

ARTIGO

O Casal com Vaginismo: Um olhar da Gestalt-Terapia

Couple with vaginismus: A look of Gestalt-therapy

Mônica A. de Oliveira Pinheiro

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo estudar o vaginismo, abordando os fatores presentes em sua etiologia, apresentando alguns métodos terapêuticos para o quadro, além de buscar uma compreensão do vaginismo e de como esta disfunção sexual interfere no relacionamento do casal, tendo como referencial epistemológico a Gestalt, abarcando alguns de seus conceitos teóricos. O desenvolvimento deste estudo também pretende contribuir para a ampliação dos conhecimentos teórico-metodológicos já existentes nesta área, possibilitando uma maior capacitação profissional para atuação com os clientes que apresentam o quadro de vaginismo. Para atingir os seus propósitos, esta monografia introduz uma discussão sobre o tema sexualidade, englobando a definição e a classificação de algumas disfunções sexuais que constam na CID-10 e no DSM-IV, com o intuito de apresentar alguns critérios para o diagnóstico diferencial do vaginismo; além de incluir um breve relato a respeito dos diferentes olhares em relação ao quadro de vaginismo e acerca das diversas formas de tratamento (fisioterapia, medicina e psicologia) para esta disfunção sexual.

Palavra-chave: Vaginismo; Sexualidade; Casal; Tratamento; Gestalt-terapia.

ABSTRACT

The purpose of this study is to investigate the vaginismus, considering the factors related to its etiology, presenting some therapeutic methods for the treatment, seeking an understanding of vaginismus as well as a comprehension of how this sexual dysfunction interferes in the couple relationship, based on a gestalt conception, embracing some of its theoretical concepts. The development of this study also intends to contribute to amplify the theoretical and methodological knowledge existing in this area, contributing for a better professional skill to assist clients who present this disease. To achieve its purposes, this monograph introduces a discussion about sexuality, containing the definition of some sexual dysfunctions which are included in the diagnostic criteria of official classifications (CID-10, DSM-IV), in order to provide some criterions to distinguish the vaginismus diagnosis. It also includes a brief statement referents the different comprehensions about the vaginismus and the several types of treatment for this sexual dysfunction such as: physiotherapy, medicine and psychology.

Keyword: Vaginismus; Sexuality; Couple; Treatment; Gestalt therapy.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu a partir interesse da especializanda pela temática do vaginismo, tendo como principal motivação ao seu desenvolvimento, a ampliação dos conhecimentos teórico-metodológicos já existentes nesta área, possibilitando uma maior capacitação profissional para atuação com clientes que apresentam quadro de vaginismo.

Inicialmente, a proposta de realização do presente trabalho, abrangia, em sua metodologia, a aplicação de questionário, que seria respondido por casais que vivenciavam o quadro de vaginismo. Apesar da dedicação e do empenho investidos para que esta pesquisa pudesse ser realizada, deparei-me com uma grande dificuldade de encontrarmos público para viabilizá-la. Como não encontrei casais aqui no Rio de Janeiro para o desenvolvimento do estudo, enviei e-mails contendo o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos casais que contataram o IGT- Instituto de Gestalt-terapia e Atendimento Familiar, virtualmente, fazendo perguntas a respeito do vaginismo. Foi organizada uma lista que apresentava 877 endereços eletrônicos, sem retorno. Entrei também em páginas de comunidades do Orkut ligadas ao tema, falando a respeito da pesquisa, novamente sem retorno. Assim, a metodologia usada foi a pesquisa bibliográfica para a realização deste estudo.

Vaginismo, segundo o CID 10, é definido como “Espasmo da musculatura do assoalho pélvico que circunda a vagina causando oclusão do intróito vaginal. A entrada do pênis é impossível ou dolorosa”, podendo a causa ser orgânica (F94.2) ou psicogênica (F52.5)

Apesar de a literatura especializada referir-se ao vaginismo como uma disfunção sexual rara, pode-se argumentar que a sexualidade, ainda hoje, é um tema considerado tabu pela sociedade e não se pode ter certeza que o número de casos que chegam aos consultórios e demais locais que se dedicam ao atendimento das disfunções sexuais é condizente com a realidade.

Falar sobre si, sobre a sua intimidade e as questões que lhe atravessam para um profissional que mal se conhece, já é um grande desafio, exigindo bastante investimento da pessoa na busca de auxílio. Expor a sua sexualidade ao outro, torna-se ainda mais difícil. Assim, quando se procura ajuda é porque o grau de sofrimento do casal alcançou um nível considerável.

As condições atuais de exercício da sexualidade, inserida num contexto histórico bastante peculiar, tem trazido à tona diversos problemas de relacionamento, entre eles o vaginismo. Coexistem, em nossa sociedade, diversos valores referentes ao sexo e a sua prática. Ora recebe-se a mensagem de livre exercício da sexualidade, da queda do tabu da virgindade e

adolescentes que ainda não tiveram relação sexual são alvos de gracejo, sendo cobrados pelos seus pares a fazê-lo. Ao mesmo tempo, ocorre a repressão da sexualidade, a proibição da relação sexual pré-marital. Grupos religiosos, como a Igreja Católica, pregam até mesmo a condenação de métodos contraceptivos não naturais. São permitidos apenas alguns métodos como o uso da tabela e do coito interrompido àqueles casais que desejam fazer um planejamento familiar.

Almeida, Silva e Araújo (2005) referem que “de acordo com Bueno (2001), Mannocci (1995) e Muralho (apud BENTO 2000), os preconceitos e a desinformação sobre a sexualidade afetam a saúde sexual, comprometendo o alcance da plenitude da vida humana”. Principalmente para as mulheres, torna-se bastante difícil o exercício da sexualidade, pois sua educação é diferente da dos homens, sendo-lhe passado desde cedo que deve ser recatada, comportada. Caso o garoto se relacione com mais de uma menina, ele é “macho”, é conquistador. Ocorrendo o inverso, ela é uma “perdida”, é “fácil”, “não presta para um relacionamento sério”.

Somem-se a isto os inúmeros casos de violência doméstica sofridos pelas mulheres que são agredidas e estupradas, podendo ser os agressores até mesmo os pais, irmãos, namorados ou maridos. Desta forma, as mulheres podem acabar sofrendo a consequência de uma educação sexual repressora, desenvolvendo disfunções sexuais, entre elas, o vaginismo, comprometendo a vida sexual e o relacionamento do casal.

Observa-se ainda que os currículos das Faculdades de Psicologia, Enfermagem e Medicina são bastante insuficientes no que diz respeito ao ensino de teorias e técnicas de manejo e tratamento de tal disfunção. Estudo realizado por Nilza Alves Marques Almeida, Luciana Alexandre da Silva e Neide Maria de Araújo em 2005 sobre o conhecimento de acadêmicas de enfermagem a respeito das disfunções sexuais femininas, constatou que:

[...] o conhecimento das acadêmicas de enfermagem sobre as disfunções sexuais femininas, em ambas as instituições, é parcial e insuficiente, devido ao conteúdo não ser abordado na graduação pela especificidade. Quanto à importância para a formação profissional do enfermeiro, constatou-se a necessidade de sua abordagem para atuação na assistência à saúde da mulher. Concluiu-se que é pertinente a introdução de uma disciplina sobre sexualidade humana no curso de graduação em enfermagem, para que o profissional enfermeiro promova assistência global à saúde da mulher. [...]

Conforme ANDRADE & MELLO (1993), o estudo científico da sexualidade humana é bastante recente. Isto faz com que a própria formação dos diversos profissionais da área da saúde e da educação, que atuam junto às pessoas tanto na prevenção quanto no tratamento dos diferentes distúrbios e disfunções emocionais e orgânicas, nos mais diferentes níveis, seja deficiente.

As autoras também referem que :

Masters & Johnson (1979) apud SILVEIRA (1993), após várias pesquisas, estimaram que problemas sexuais de qualquer natureza ocorrem em 50% dos casais que têm vida sexual ativa. Mannocci et al (1992) apud SILVEIRA (1993), estudando um grupo de 500 pacientes sem queixa sexual prévia, constataram que 45% das mulheres eram anorgásmicas. NEIVA (2002) constatou que 54% das Brasileiras apresentavam algum tipo de problema sexual. Diante desses dados, NEIVA (2002) relata que a sexualidade se tornou um dos quatro parâmetros utilizados pela Organização Mundial de Saúde para definir a qualidade de vida de uma pessoa. A sexualidade é uma dimensão importante do ser humano, incluída entre as necessidades humanas básicas, sendo essencial no atendimento holístico.

Desta forma, podemos perceber a insuficiência de conhecimentos referentes à área da sexualidade humana. Saliente-se que a mesma insuficiência pode ser percebida em outras áreas como a psicologia, sendo de grande relevância esse conhecimento no âmbito da psicologia clínica, visto que a falta de um embasamento teórico pode comprometer todo o acompanhamento, não raro resultando em mais prejuízos e agravos à saúde do cliente. Torna-se importante, assim, o desenvolvimento de estudos, pesquisas e produção de artigos para uma maior qualificação teórico-prática dos profissionais, e um atendimento de melhor qualidade e eficiência das demandas que se fazem nos consultórios, clínicas e hospitais que recebem pessoas apresentando quadro de vaginismo.

O presente trabalho tem como objetivo estudar o vaginismo, a fim de se ampliar o conhecimento teórico existente neste campo, possibilitando, desta forma, uma maior qualificação profissional para acompanhamento dos clientes que apresentam o quadro de vaginismo. Para isso, apresenta como proposta:

Investigar os fatores predisposicionais ao vaginismo, observando-se uma abordagem relacional;

Fazer um levantamento de métodos terapêuticos existentes atualmente para o tratamento do vaginismo;

Compreender como o referido distúrbio afeta o relacionamento do casal.

Refiro-me a casal, tomando como fundamentação teórico-metodológica, a Gestalt-terapia, que ao estabelecer um olhar holístico sobre o cliente, considera o contexto histórico em que este se insere. Assim sendo, compreende-se o vaginismo não como uma questão apenas da mulher, mas como toda disfunção sexual, algo que afeta o casal, trazendo também para o homem angústia e sofrimento. Vale ressaltar que os efeitos podem se estender à família, pois se adotando uma visão sistêmica, o que ocorre a um membro, repercutirá em todo o sistema.

Tendo uma visão do homem como ser biopsicossocial, esta monografia abordará aspectos como a etiologia do vaginismo (incluindo entre estas as causas biológicas, psíquicas e sociais), os efeitos para o relacionamento do casal e os tratamentos existentes de conhecimento da autora.

CONVERSANDO SOBRE SEXUALIDADE E VAGINISMO

Falar sobre sexualidade, para muitos, ainda é um tabu. Pais e filhos, poucas vezes conversam sobre o assunto, e quando o fazem, ficam cheios de cerimônias, sem saber muito bem o que e como falar. Quando se trata de meninas, a conversa torna-se ainda mais difícil, pois há uma pressão social para que a menina seja, recatada, “pura”, quase uma santa, pois senão “fica falada, não serve para casar”.

Isto implica em não poder mostrar a sua sexualidade, algo quase impossível na adolescência, fase em que os hormônios sexuais estão “borbulhando”. Ao contrário dos meninos, que são chamados a mostrar a sua virilidade e a serem conquistadores, exige-se das meninas que elas sejam “sexualmente comportadas”. Isto, em pleno século XXI, quando percebemos um contexto sociocultural em que há um apelo em relação à sexualidade, que está por todo o lado (filmes, novelas, outdoors, propagandas e etc.) e ocorrendo quase a todo momento.

Os meninos, também sofrem pressão social, para que tenham namoradas, saibam como “chegar” nas meninas e transem (e tenham um bom desempenho sexual !!!), a fim de que sejam reconhecidos como homens. Imaginem essa pressão em meio à ambigüidade, paradoxo sociocultural que clama ao mesmo tempo para a liberdade, o exercício e a repressão, contenção da sexualidade. Fica difícil, mesmo para os adultos, lidarem com a sua sexualidade. Quando se trata de adolescentes, os conflitos tendem a se tornar ainda maiores, já que estão em uma fase cheia de transformações típicas da puberdade, e onde ocorre uma busca pela auto-afirmação diante do grupo social em que se

inserir, além da construção da identidade (sendo esta tanto a auto-imagem - crenças a respeito de si mesmo - quanto à identidade sexual e a subsequente orientação sexual – hetero, homo ou bissexual).

Os pais, que poderiam conversar e orientar os filhos em relação à sexualidade, muitas vezes, foram criados sem falar com seus genitores sobre sexo e sentem-se embaraçados e mesmo com poucas informações a respeito do assunto. Chama a atenção que até mesmo profissionais de saúde (certamente, não afirmando que todos), possuam poucas informações sobre este tema. Segundo pesquisa realizada por Almeida, Silva e Araújo (2005):

Os acadêmicos necessitam adquirir maior conhecimento sobre o processo de sexualidade nas diferentes etapas do ciclo vital, a fim de capacitarem-se para o auto-entender, evitando problemas no exercício da sua própria sexualidade, e para a assistência à mulher com diagnóstico de disfunções sexuais [...] Na pergunta “A graduação proporcionou a aquisição de conhecimentos sobre sexualidade?”, das 60 acadêmicas 38,3% referiram não ter adquirido conhecimento sobre sexualidade durante a graduação.

Esta pesquisa, refere-se especificamente a área de enfermagem, entretanto, a situação não se mostra muito diferente em outras áreas como, por exemplo, psicologia e medicina, tendo, a educação sexual, “ficado de lado nas universidades, não se tornando parte da educação e treinamento dos profissionais da área de saúde.” (VEIGA, 2007).

A fim de proporcionar uma maior compreensão sobre este tema (sexualidade), com objetivo de que estas informações auxiliem tanto a profissionais quanto a leigos, e permitam um maior entendimento do que está sendo tratado neste trabalho (as diversas formas de tratamento do vaginismo e efeitos do quadro para o casal), iniciaremos este estudo falando de sexualidade e definindo vaginismo.

Traremos algumas classificações e definições das disfunções sexuais que constam no DSM-IV e na CID-10, e o olhar de diferentes autores, visando traçar linhas que orientem em relação ao diagnóstico diferencial do vaginismo. O DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais) é uma publicação da American Psychiatric Association. Fornece critérios de diagnóstico para as perturbações mentais, incluindo componentes descritivas, de diagnóstico e de tratamento, constituindo um instrumento de trabalho de referência para os profissionais da saúde mental. A CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) foi aprovada por Conferência Internacional convocada pela Organização Mundial de Saúde (ONU), realizada em Genebra no ano de 1989 (CID-10, 1993). Faz a compilação e a classificação de

diversas patologias, trazendo orientações para a realização de diagnósticos, servindo como referência para os profissionais de saúde de diversas áreas.

Ainda que a Gestalt-terapia não trabalhe com diagnósticos rotuladores, enrijecidos, mas ao contrário, com a noção de diagnóstico processual, compreendendo o dinamismo, o constante vir-a-ser desta complexidade que é o homem; reconhecendo a sua singularidade e a necessidade do tratamento levar em consideração as especificidades de cada um; tais classificações podem trazer auxílio na formulação de hipóteses diagnósticas para o atendimento daquele que busca auxílio profissional (e como se torna difícil, algumas vezes, buscar a ajuda!).

Dalgalarondo faz uma comparação muito interessante entre o que denomina de psicopatologia médica e a psicopatologia existencial, mostrando a diferença de olhares.

A perspectiva médico-naturalista trabalha com uma noção de homem centrada no corpo, no ser biológico como espécie natural e universal. [...] Já na perspectiva existencial, o doente é visto principalmente como 'existência singular', como ser lançado a um mundo que é apenas natural e biológico na sua dimensão elementar, mas que é fundamentalmente histórico e humano (Dalgalarondo, 2000, p. 29).

Masters e Johnson, casal de terapeutas norte-americanos, desenvolveram, na década de 1960, um modelo de ciclo de resposta sexual constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução, as quais eram comuns aos dois gêneros (feminino e masculino). Neste modelo, estímulos internos (pensamentos e fantasias), bem como estímulos externos (tato, olfato, audição, gustação e visão), promoveriam a excitação sexual, ocorrendo a ereção no homem e a vasocongestão da vagina e da vulva na mulher (ABDO; FLEURY, 2006).

Estas transformações indicam excitação sexual e servem como preparo do corpo para o coito, visto que a ereção peniana e a lubrificação vaginal são fatores fundamentais para a ocorrência de relação sexual com penetração. A continuidade do estímulo aumenta o nível de tensão sexual, conduzindo à fase de platô, à qual se segue o orgasmo. Na seqüência, há um período refratário (resolução) – mais definido no homem que na mulher – quando o organismo retorna às condições físicas e emocionais usuais, visto que, durante as fases anteriores, a respiração se torna mais ofegante, os batimentos cardíacos se aceleram, a pressão arterial se eleva, ocorre sudorese e piloereção, entre outras manifestações orgânicas (ibidem).

Na década de 1970, Kaplan formulou que, antecedendo à fase de excitação, há o desejo e que não se justificaria o platô, considerando-se que é a excitação crescente o que conduz ao orgasmo. O novo esquema de respostas sexuais masculina e feminina, foram então reformulados, constituindo-se de três fases: desejo, excitação e orgasmo (KAPLAN, 1977, apud ABDO; FLEURY, 2006).

A partir da associação entre os modelos de Masters e Johnson e de Kaplan (ABDO; FLEURY, 2006), estabeleceram-se critérios diagnósticos para os transtornos da sexualidade, os quais constam do DSM-IV (2002), definindo a resposta sexual saudável como um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução (ABDO; FLEURY, op.cit.).

As disfunções sexuais, então, caracterizam-se pela ausência, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento desse ciclo, afetando uma ou mais das fases deste. A disfunção sexual, portanto, implica alguma alteração, em uma ou mais das fases do ciclo de resposta sexual, e/ou dor associada ao ato, e que se manifesta de forma persistente ou recorrente (FLEURY, 2006).

Há na literatura dois principais meios de diagnóstico: o DSM-IV e a CID-10. De acordo com as características diagnósticas apresentadas no primeiro, vemos que o vaginismo pode variar desde leve, produzindo alguma tensão e desconforto, até severa, impedindo completamente a penetração.

A Associação Psiquiátrica Americana (2002 apud ABDO; FLEURY, 2006) classifica as disfunções sexuais em :

Transtornos do desejo sexual;
Transtornos da excitação sexual;
Transtornos do orgasmo;
Transtornos sexuais dolorosos;
Disfunção sexual devida a uma condição médica geral;
Disfunção sexual induzida por substância.

Para o desenvolvimento de nosso trabalho, nos interessa ressaltar os Transtornos sexuais dolorosos que são classificados pelo DSM IV (2003) como:

– 302.76. Dispareunia (feminina e masculina): dor genital associada com intercurso sexual. Embora a dor seja experimentada com maior frequência durante o coito, também pode ocorrer antes ou após o

intercurso.

– 306.51. Vaginismo: contração involuntária, recorrente ou persistente, dos músculos do períneo adjacentes ao terço inferior da vagina, quando é tentada a penetração vaginal com pênis, dedo, tampão ou espéculo.

Podemos acrescentar a definição de vaginismo acima descrita, que a contração (espasmo) da musculatura vaginal pode ocorrer não só quando se tenta a penetração, mas também quando ela é prevista ou imaginada pela mulher. Podem também ocorrer reações como náuseas, sudorese, falta de ar e taquicardia em decorrência do medo, ansiedade e tensão vivenciados frente à situação de penetração.

O DMS-IV também divide em subtipos as disfunções sexuais. Abaixo estão relacionados e comentados os subtipos de vaginismo.

a) tipo ao longo da vida – “quando se manifesta pela primeira vez durante as tentativas iniciais de penetração sexual por um parceiro ou durante o primeiro exame ginecológico.”;

ou tipo adquirido – caso tenha ocorrido após o critério acima estabelecido, podendo ser resultado de “um trauma sexual ou a uma condição médica geral.”

b) tipo generalizado – se ocorre em qualquer tentativa de penetração vaginal, como por exemplo na relação sexual e no consultório do ginecologista;

ou tipo situacional – ocorre apenas em situação específica como por exemplo tentativa de penetração pelo parceiro.

c) devido a fatores psicológicos – são decorrentes de questões emocionais;

ou devido a fatores combinados – ocorre em consequência de pelo menos dois fatores: psicológico e condição médica, por exemplo.

A CID-10 é outro referencial que pode ser utilizado pelo profissional de saúde. Ela classifica as disfunções sexuais em:

F52 - Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica;

F64 - Transtornos da identidade sexual;

F65 - Transtornos da preferência sexual;

F66 - Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação.

O vaginismo não orgânico (F 52.5) encontra-se inserido na primeira delas e é definido como: “Espasmo da musculatura do assoalho pélvico que circunda a

vagina causando oclusão do intróito vaginal. A entrada do pênis é impossível ou dolorosa”.

É importante que se diferencie, para fins diagnósticos, o vaginismo da dispareunia não orgânica (F52.6), que também pode ser denominada de dispareunia psicogênica e é classificada como:

A dispareunia (ou dor durante as relações sexuais) ocorre tanto na mulher quanto no homem. Pode comumente ser atribuída a uma causa patológica local e deve então ser classificada na rubrica da afecção patológica em causa. Esta categoria deve ser utilizada unicamente quando não há outra disfunção sexual primária (por exemplo, vaginismo ou secura vaginal) (CID-10, 1993).

A CID 10 também apresenta a seguinte classificação: N94 (dor e outras afecções associadas com os órgãos genitais femininos e com o ciclo sexual), na qual se encontra o vaginismo (N94.2), que exclui o vaginismo de origem psicogênica. Neste item também se encontra a dispareunia (N94.1).

De acordo com a CID 10, as disfunções sexuais:

[...] dizem respeito às diferentes manifestações segundo as quais um indivíduo é incapaz de participar numa relação sexual, como ele ou ela desejaria. A resposta sexual é um processo psicossomático e mais comumente, processos tanto psicológicos quanto somáticos intervêm na causação da disfunção sexual (ibdem).

A CID-10 e o DSM-IV servem como referências de definição e de diagnóstico para as diversas patologias, entre elas, as disfunções sexuais. Entretanto, cada profissional formará a sua própria compreensão do quadro.

Segundo KAPLAN (1977), disfunção sexual geral é a inibição do aspecto geral de excitação da resposta sexual. Disfunção orgástica é o dano do componente orgástico da resposta sexual da mulher. Vaginismo é o espasmo condicionado da entrada da vagina, impossibilitando a relação sexual. Anestesia sexual ou conversão é a ausência de sensação com a estimulação sexual. O autor destaca que uma pequena porcentagem destas são derivadas de causas físicas e a maioria é de origem psicológica (ALMEIDA; SILVA; ARAÚJO, 2005).

A definição de vaginismo descrita acima (quando afirma que impossibilita a relação sexual) só é verdadeira se pensarmos em sexualidade única e exclusivamente como coito, relacionada necessariamente à penetração.

Considerando as diversas formas de carícias trocadas pelo casal, como uma forma de relacionamento sexual, ela perde o seu sentido.

Segundo Leite (JAS FARMA, COMUNICAÇÃO, [20--]), podemos classificar o vaginismo em primário ou secundário. “O primeiro é de ordem psicológica e involuntária, o segundo tem causas fisiopatológicas, como infecções ginecológicas, algumas doenças neurológicas, etc.”

Entre as diversas patologias ginecológicas que podem provocar dor durante a relação sexual, encontram-se:

Infecções da vulva e da vagina (leucorréia causadas por bactérias, fungos, flagelados ou outros microorganismos e também as de origem alérgica);

Tumores da vulva e da vagina: bartholinites , cistos glandulares e os tumores malignos;

As patologias pélvicas: endometriose, doença inflamatória pélvica (DIP), aderências pélvicas, infecções nas trompas e ovários, tumores pélvicos, adenomioses , etc.;

Os traumatismos na vulva ou na vagina: cicatrizes decorrentes de cirurgias complicadas, seqüelas de acidente;

Alterações de trofismo dos genitais: causadas pela deficiência estrogênica do climatério ou por fatores hormonais no pós-parto e amamentação;

Doenças do aparelho urinário: cistite é a mais freqüente;

Lesões dermatológicas na região genital: herpes genital, psoríase, etc. (O GLOBO ONLINE, 2008).

A dor pode também ocorrer por falta de adequada lubrificação vaginal durante o relacionamento sexual. Isto pode estar acontecendo por uma disfunção da fase de excitação sexual ou por deficiência hormonal, o que pode provocar atrofia do genital. (BRENDLER, [20--]).

Observamos, desta, forma, que fatores biológicos e psicológicos, além dos sociais, podem interferir na sexualidade do ser. A orientação gestáltica considera todos estes aspectos envolvidos, a fim de não se ter uma visão reducionista, e simplista do vaginismo. Outros autores também partilham desta idéia. Ilustramos com as seguintes citações:

De acordo com Bueno (2001) e Mannocci (1995), os problemas relacionados à sexualidade, são condicionados a fatores

históricos, políticos, sociais, culturais, religiosos e educacionais, têm influenciado consideravelmente no comportamento e nas atitudes dos indivíduos, diante de padrões morais e valores rigidamente pré-estabelecidos, causando graves consequências para a saúde em geral, como os distúrbios psicossomáticos (ALMEIDA; SILVA; ARAÚJO, 2005).

Conforme Garcia (1993), Diamantino et al (1993) e Abdo (2000) a função sexual excede na espécie humana os aspectos orgânicos, sendo dependente de fatores biopsicossociais. Os elementos que influenciam e que são influenciados pela sexualidade são: idade biológica, aspectos sócio-culturais (situação conjugal/afetiva, emocional, espiritual, conhecimento e crenças a respeito da sexualidade, capacidade de identificação e comunicação das dificuldades sexuais), antecedentes pessoais (história de vida, iniciação sexual, evolução dos relacionamentos), estados de depressão e índices hormonais (ibdem).

Walker (2006) refere que o vaginismo é uma síndrome psicofisiológica, havendo um conjunto de fatores físicos e psicológicos atuando simultaneamente. Entre as causas orgânicas, ele destaca alguns quadros clínicos como:

Hímen rígido;

Orlas do hímen doloridas;

Afrouxamento dos ligamentos suspensórios do útero;

Infecções vaginais que podem gerar o efeito fisiológico de contração muscular involuntária.

Segundo Abdo e Fleury (2006), caso o quadro seja melhor explicado por outro transtorno (por exemplo, depressão), não se faz o diagnóstico de vaginismo, a não ser que este anteceda o episódio depressivo. Neste caso faz-se o diagnóstico também da disfunção sexual.

Os autores pesquisados relatam que as causas mais comuns são as de origem psicológica. Walker (2006) coloca entre as mais comuns:

Tentativas de sexo sem prazer;

Falta de orgasmo na relação;

Fracasso na relação;

Angústia;

Sentimento de culpa;

Educação religiosa severa;

Abuso sexual e estupro.

Quando a relação do casal não vai bem e/ou o sexo está destituído de prazer ou é considerado insuficiente, ele pode perder a graça e assim, torna-se mais

difícil para a mulher ter motivação e desejo para estabelecer uma relação sexual. Ela então, mesmo recebendo as carícias, acaba não se excitando. Como consequência há uma insuficiente lubrificação vaginal, dificultando a penetração do pênis ou mesmo a introdução do dedo no orifício vaginal, causando dor e como consequência a contração (involuntária) da musculatura vaginal.

Quanto à angústia, culpa e educação religiosa severa, estes também podem interferir no desejo e na excitação sexual, pois a pessoa impregnada destes sentimentos, não se entrega à relação sexual, que aparece como fundo e não como figura. Surgem os mecanismos de defesa e os bloqueios nas fronteiras de contato, dificultando e/ou impedindo a relação sexual, conforme será abordado no capítulo 3.

Nos casos de violência sexual, muitas vezes, o sexo ficou associado a esta. Relacionar-se sexualmente traz à tona estas lembranças, que são revivenciadas, trazendo ansiedade, tensão e medo. As gestalten inacabadas, ressurgem, reaparecem como figura, buscando uma elaboração, um processo de auto-regulação do organismo .

As várias experiências pelas quais o ser passa, atuam como um conjunto de forças que influenciam o comportamento, as emoções, ou seja, o psiquismo. Cabe aqui ressaltar o uso do verbo influenciar, já que segundo a concepção da Gestalt-terapia, o ser sempre possui possibilidades de escolhas, até mesmo de não escolher (o que se caracteriza como uma escolha).

Segundo a teoria de campo de Kurt Lewin, o comportamento humano é derivado da totalidade de fatos coexistentes, que têm o caráter de um campo dinâmico, no qual cada parte do campo depende de uma inter-relação com as outras partes. O comportamento, então, é o resultado da interação entre a pessoa e o meio ambiente em que está inserida (INSTITUIÇÃO TOLEDO DE ENSINO, [20--]).

Segundo Yontef (1998)

A abordagem de campo é holística.[...]. o campo é interativo, determinado pelas forças atualmente presentes. [...] explanações lineares não respondem muito bem à complexidade de múltiplos fatores e influências que ocorrem na interação. (YONTEF, 1998, p.185)

Encontramos, desta forma, uma multiplicidade de fatores, isto é uma multicausalidade (fatores biológicos, psicológicos, sociais, religiosos e etc.) envolvida no vaginismo, o que nos faz trabalhar inseridos em uma equipe multiprofissional, sendo importante o contato e a atuação conjunta com o

ginecologista e outros profissionais que acompanham o caso, a fim de se obter melhores resultados. O próximo capítulo abordará diferentes olhares e formas de tratamento para o vaginismo.

VAGINISMO: ALGUMAS ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

É comum que a mulher, o homem ou casal, sintam, inicialmente, algum incômodo, desconforto, uma certa ansiedade, quando optam por buscar um profissional especializado para o tratamento de uma disfunção sexual.

Sexo, ainda é um tabu em nossa sociedade, e não se fala de sexo de forma aberta em qualquer ambiente e/ou com qualquer pessoa. Sexualidade é um solo muito íntimo e privado, difícil de ser revelado ao outro. Falar sobre, pode fazer com que a pessoa sinta-se exposta, envergonhada ou constrangida. Torna-se importante, então, que o profissional procure deixar o cliente à vontade, respeitando seus limites, o seu tempo, a sua singularidade, cuidando para que tal contato seja ético e estético.

Quando um casal ou uma mulher com questões ligadas à sexualidade chega ao consultório de um ginecologista, psiquiatra ou psicoterapeuta, entre outros, é importante buscar se avaliar o quadro em todos os aspectos, orientando-se pelo modelo biopsicossocial de atenção, para uma visão mais abrangente da situação e obtenção de melhores resultados.

Mulheres afetadas por disfunção sexual podem ter questões de qualidade de vida relacionadas com sua dificuldade de comportar-se sexualmente. [...] muitas delas relutam em tratar esses temas em seus exames clínicos [...] sentem, que seus médicos são muito ocupados ou não abordam com propriedade temas relacionados à disfunção sexual. [...] A moral individual, crença religiosa, falta de tempo, dificuldade em discutir esses temas por parte dos médicos podem contribuir para a falta de comunicação entre médicos e pacientes (WALTON; THORTON, 2003 apud BARBALHO, 2005, p.10).

Segundo Berman e Berman (2003 apud VEIGA, 2007)

[...] deve-se solicitar uma impressão relativa ao desejo sexual, à habilidade de se excitar, ao nível de lubrificação, a qualquer percepção na área genital durante o ato sexual e sensação de entorpecimento, à capacidade de atingir o orgasmo, a qualquer tipo de dor que possa notar no momento do ato sexual, ao nível de satisfação com a relação, à forma como é estimulada e aos sentimentos de intimidade emocional durante o ato sexual. É essencial, além de investigar sobre a questão presente, ter

conhecimento sobre cirurgias anteriores, doenças passadas, histórico ginecológico e obstétrico, além da história familiar.

Buscar uma compreensão a respeito do desejo e do nível de excitação, pode trazer indícios não só referentes à sexualidade, pois a libido pode ser comparada a um termômetro que traz informações sobre o relacionamento/afetividade do casal. A investigação a respeito da dor e da história ginecológica da mulher nos traz dados a respeito da possibilidade de existirem problemas que necessitem também de um acompanhamento ginecológico. A história familiar pode nos falar de como a família lida com o tema sexualidade e de que forma isto pode estar influenciando a vida sexual do casal.

As experiências da primeira infância também podem ter efeito sobre a sexualidade na vida adulta. Desta forma, torna-se importante checar questões relacionadas à infância e adolescência, assim como as crenças familiares e a atitude dos pais e cliente em relação à sexualidade, além das experiências sexuais vivenciadas. Faz-se, desta forma, uma leitura global (ou holística) do conflito, a fim de conhecer o contexto social em que o cliente está inserido.

Psicólogos não diagnosticarão e nem tratarão um problema físico, ginecológico (como por exemplo, definir para a cliente que a dor durante a relação sexual é decorrente de uma vaginite), mas caso suspeitem de algo orgânico, procedem ao encaminhamento para o ginecologista. Da mesma forma, o ginecologista não fará diagnósticos de disfunções psíquicas, emocionais, nem fará psicoterapia, mas encaminhará ao profissional de saúde mental, se suspeitar de problemas psicológicos.

Um diagnóstico correto é de fundamental importância para o sucesso terapêutico. O diagnóstico equivocado compromete o tratamento e pode trazer sérios prejuízos para a saúde física e emocional daquele que busca ajuda para o problema que o aflige.

A terapia ou tratamento pode ser realizado por diferentes profissionais (fisioterapeutas, médicos, psicólogos) sob diferentes olhares e abordagens, tendo cada uma delas sua forma específica de tratamento. Alguns privilegiarão o aspecto biológico, tendo uma visão mais organicista do quadro, enquanto outros priorizarão o aspecto psicológico. Prosseguiremos este trabalho, descrevendo, de forma breve, algumas abordagens e os diferentes olhares para o tratamento do vaginismo.

Tratamento Fisioterapêutico

A fisioterapia, além das suas especialidades mais conhecidas como a traumatologia ortopédica e a respiratória, pode ser aplicada à uroginecologia, uma das mais recentes áreas de atuação do fisioterapeuta. Segundo Garcez (2006) esta “tem por finalidade melhorar o controle e a qualidade da musculatura do assoalho pélvico”.

Arnold Kegel, ginecologista californiano, em 1948, descobriu a importância desta musculatura nas incontinências e nos prolapso, atingindo, em suas pacientes, um índice de 70% de cura. Em 1992, a Sociedade Internacional de Continência validou cientificamente as técnicas de reabilitação do assoalho pélvico para o tratamento dos distúrbios perineais. Segundo Nolasco et al. (2008)

[...] entende-se como assoalho pélvico todo o conjunto de estruturas que dá suporte às vísceras abdominais e pélvicas. (SAMPAIO, FAVORITO & RODRIGUES, 1999). O assoalho pélvico consiste dos músculos coccígeos e elevadores do ânus, que conjuntamente são chamados de diafragma pélvico, que é atravessado à frente pela vagina e uretra e ao centro pelo canal anal (FREITAS, MENKE & RIVOIRE, 2002). Suas funções são de sustentar e suspender os órgãos pélvicos e abdominais, mantendo as continências urinária e fecal. Os músculos do assoalho pélvico também participam da função sexual [...] (OLIVEIRA & LOPES, 2006).

Atualmente, como vimos acima, o campo de aplicação dessa técnica se expandiu consideravelmente, atuando em disfunções sexuais como anorgasmia, dispareunia e vaginismo (GARCEZ, 2006). Nos exercícios propostos por Kegel, a mulher contrai os músculos à volta da vagina de forma intensa e depois os relaxa, o que permite a ela desenvolver a habilidade de controle sobre eles (MERCK SHARP & DOHME, 1995-2007). Segundo Nolasco et al.

A força muscular é então adquirida através da prática de exercícios específicos para o assoalho pélvico baseados no preceito de que os movimentos voluntários repetidos proporcionam aumento da força muscular e seus efeitos benéficos incluem desenvolvimento, melhora, restauração ou manutenção da força, da resistência, da mobilidade, da flexibilidade, do relaxamento, da coordenação e da habilidade através dos movimentos (HILBERATH, 2006; RUBINSTEIN, 2001) (NOLASCO et al. 2008).

Nesta mesma obra, o autor acrescenta que ao exercício de Kegel pode ser associado o uso de cones – “pequenas cápsulas que se introduz na vagina para fornecer resistência e feedback sensorial nos músculos do assoalho pélvico à medida que eles se contraem (SIZINO; SILVA; BRAZ, 2003; MORENO, 2004; SANTOS, 2004).”

O biofeedback descrito por Kegel em 1948 é essencialmente toda e qualquer abordagem que o fisioterapeuta utiliza para conscientizar um paciente de seu corpo e suas funções, sejam estímulos táteis, visuais, auditivos ou elétricos (perineômetro, toque digital ou cones vaginais). Então é um aparelho que mensura, avalia e trata as disfunções neuromusculares, sendo eficiente na avaliação dos músculos do assoalho pélvico por monitorar o tônus em repouso, a força, a sustentação e outros padrões de atividade, mostrando-se efetivo na orientação da paciente a melhorar as contrações voluntárias dessa musculatura, favorecendo também o treino do relaxamento (MORENO, 2004) (NOLASCO, 2008).

A fisioterapia, desta forma, atuando conjuntamente com a equipe multidisciplinar, pode proporcionar melhora na qualidade de vida das clientes que apresentam o vaginismo, na medida em que contribui para a conscientização e percepção do próprio corpo, favorecendo o controle das contrações voluntárias e do relaxamento da musculatura do assoalho pélvico.

Tratamento Médico

O tratamento médico para os quadros de vaginismo pode envolver o uso de medicamentos, dilatadores vaginais e o procedimento cirúrgico (hoje não mais utilizado) como descreveremos a seguir.

Tratamento Medicamentoso

Como vimos no capítulo 1, de acordo com a CID-10 (1993), o vaginismo pode ser classificado como de origem psicogênica (F 52.5) ou orgânica (N 94.2). Caso o ginecologista baseie o seu diagnóstico de acordo com esta classificação, ao fazer o diagnóstico do vaginismo de origem orgânica, irá tratá-lo com o uso de medicação. Nestes casos é importante que a medicação seja usada somente com indicação médica e esclarecimento pelo profissional que a prescreveu, de seus possíveis efeitos indesejáveis. Cada medicação deve ser

escolhida de acordo com o perfil do paciente e de suas condições gerais de saúde.

O tratamento medicamentoso no caso das disfunções sexuais desenvolvidas em função de quadros claramente ligados a organicidade como níveis de taxas hormonais alteradas, processos inflamatórios e outros (que serão melhor esclarecidos abaixo) é fundamental.

A falta de (ou pouco) desejo sexual, que pode estar relacionada aos níveis de taxas hormonais, tem como consequência uma lubrificação vaginal inadequada. Isto gera como consequência a ocorrência de dor no momento da penetração. Nestes casos é feito tratamento hormonal, como ocorre na menopausa. Os estrógenos possuem efeito sobre o trofismo vaginal, aliviando o quadro de dor, secundário à atrofia do epitélio da vagina, restaurando-o, bem como o pH e o fluxo sangüíneo vaginais, possuindo também efeito no desejo sexual (FERNANDES 2005, apud ABDO; FLEURY, 2006).

No caso da dor ser decorrente de um processo inflamatório, infeccioso, ou outros, o ginecologista irá prescrever a medicação mais adequada ao quadro. Com a melhora dos sintomas, poderá o casal voltar a ter relações sexuais com penetração normalmente.

Caso o quadro de vaginismo não sofra reversão apenas com o uso da medicação relacionada ao quadro clínico que o disparou, e isto já tiver gerado questões e impasses de ordem também emocional para o casal, faz-se necessário a realização de um processo psicoterapêutico concomitantemente.

Nos casos em que o quadro de vaginismo apresentar como comorbidade a depressão, pode ser utilizado antidepressivo. Segundo Abdo e Fleury (2006), a depressão agrava a disfunção sexual. Saliente-se, entretanto, que os antidepressivos (como qualquer outra medicação) só devem ser usados em caso de real necessidade, devendo o médico avaliar cuidadosamente a sua prescrição. Caso o cliente ainda não esteja fazendo acompanhamento psicológico, o médico deve proceder ao encaminhamento.

Uso de Dilatadores Vaginais

Na técnica de dilatação gradual, são inseridos dilatadores lubrificados no canal vaginal. Os dilatadores são bem pequenos no início e vai-se aumentando o seu tamanho à medida que a tolerância da mulher o permita. A técnica de dilatação pode

também ser praticada em casa usando os dedos ao invés dos dilatadores (MERCK SHARP & DOHME 1995-2007).

Pode-se fazer exercícios para fortalecer os músculos pélvicos, como os de Kegel, anteriormente citados, enquanto os dilatadores estão inseridos na vagina. Desta forma, a utilização da técnica nos casos de vaginismo pode contribuir para a melhora do quadro, diminuindo a sensibilidade à penetração e favorecendo a percepção da musculatura da pélvis pela mulher, o que lhe possibilita o seu controle e relaxamento.

Tratamento Cirúrgico

Antigamente, a perineotomia (alargamento cirúrgico do intróito vaginal) era o método utilizado para a correção dos casos mais graves de vaginismo. Atualmente, não é mais realizado este procedimento, pois apesar dos resultados, sob ponto de vista anatômico, serem considerados satisfatórios, por permitirem a penetração sem dor (QUILICI, 2006), uma série de prejuízos poderiam ocorrer como consequência da cirurgia.

[...] o trauma sofrido pela mulher, podia colocar tudo a perder porque interferia em sua responsividade sexual. Algumas mulheres que passaram por esta cirurgia, perderam a capacidade de ter orgasmos e outras, perderam completamente o interesse pelas atividades sexuais inclusive aquelas que não envolviam o coito e pelas quais se interessavam antes da cirurgia [...] Hoje os métodos de tratamento excluem a cirurgia e são bastante simples e eficientes em termos de resultados. Habitualmente utilizamos as sessões terapêuticas e tarefas sexuais para se conseguir reduzir a ansiedade da paciente e assim introduzir as experiências de dilatação. Muitos métodos sabidamente eficientes são utilizados com resultados muito bons (QUILICI, 2006).

Segundo Abdo e Fleury (2006), o médico desempenha papel fundamental, orientando, esclarecendo e prevenindo a cronificação dos sintomas. Este tipo de abordagem será chamada neste trabalho de pedagogia terapêutica.

A simples orientação dirimindo mitos e tabus, bem como legitimando o prazer sexual, pode resolver uma parcela das dificuldades sexuais, em especial de mulheres mais jovens e daquelas que ainda não tiveram repercussão da sintomatologia disfuncional na vida como um todo e/ou sobre o desempenho sexual do parceiro (ABDO; FLEURY, 2006).

Nesta mesma obra, os autores apontam que o comprometimento da auto-imagem e do vínculo conjugal, fantasias impeditivas de manifestação mais livre da própria sexualidade e ansiedade excessiva são indicações de atendimento psicológico, sobre o qual falaremos a seguir.

Acompanhamento Psicológico

Nem todo transtorno sexual que se desenvolve a partir de quadros clínicos como descrito acima, responde somente à medicação. Não é raro se tentar o uso de um remédio e ele não funcionar no primeiro momento, trazendo uma série de efeitos indesejáveis e até uma piora no estado do "paciente". O apoio psicológico faz-se muito importante mesmo nos casos em que há comprometimento orgânico. O vaginismo, assim como outras disfunções sexuais, pode trazer prejuízos ao relacionamento do casal e à auto-estima da mulher, além de comorbidades como a depressão. A depressão pode ocorrer em função da mulher, diante do quadro de vaginismo, começar a ter um sentimento de menos-valia, isto é, ter a sua auto-estima prejudicada por não conseguir ter uma relação sexual com penetração com seu parceiro. Ela pode se sentir inferior a outras mulheres por não conseguir manter uma relação sexual "completa".

Outro fator que merece consideração é o surgimento de conflitos entre o casal, que começa a se desentender, gerando insegurança, medo da perda/separação do companheiro na mulher, que pode reagir manifestando um quadro de depressão. Caso o casal tenha filhos, estes também são passíveis de sofrerem os efeitos dos conflitos no subsistema parental, que refletem em todo sistema familiar.

Os desentendimentos entre o casal, não necessariamente têm como causa o vaginismo. Este, pode ser apenas um disparador, sendo a sexualidade apenas um em meio aos vários pontos de conflitos entre o casal que podem ser trabalhados em psicoterapia. A psicoterapia é um método de tratamento muito efetivo, trazendo ótimos resultados. Nos casos de disfunção sexual, é preferencialmente feita com o casal.

A terapia de casal visa facilitar a comunicação entre o mesmo, a fim de proporcionar um conhecimento maior sobre o funcionamento da relação, ajudando a perceber, entre outros, de que forma os parceiros têm se posicionado um frente ao outro, revejam situações ainda inacabadas, mantendo sentimentos de mágoa, raiva, ciúmes e etc., e de que forma isto se reflete na dinâmica e na vida sexual do casal.

Entretanto, podem existir algumas dificuldades para que o casal esteja na terapia. Uma das dificuldades é que como o vaginismo ocorre na mulher, o parceiro pode achar que o problema é só dela, e que ele não precisa de tratamento. Falta a compreensão que o problema afeta o casal, a ambos, já que a sexualidade é exercida a dois. Este tende a ser o empecilho mais comum.

Nos casos em que ocorra alguma dificuldade ou impedimento para o trabalho com o casal, a terapia pode ser feita individualmente ou em grupo. Nos grupos terapêuticos com pessoas que vivam a situação de vaginismo, a possibilidade de um ambiente de trocas e acolhimento já traz inúmeras possibilidades no sentido da mulher se sentir amparada e aberta para compreender sobre o que vive e sobre as possibilidades de mudança.

O acolhimento e a continência grupal favorecem o desenvolvimento da capacidade de interagir com os parceiros. As participantes relatam melhora significativa em seus relacionamentos afetivos, incluindo o diálogo e o intercursos sexual. Esse método, além da ação psicoeducativa, utiliza técnicas que facilitam a desinibição e a expressão, desenvolvendo habilidades comunicacionais e de auto-observação, ampliando as possibilidades de lidar com a função sexual (FLEURY; ABDO 2005 apud ABDO; FLEURY, 2006).

Veiga (2007), refere ser muito freqüente que, durante o tratamento, a mulher passe a ter maior curiosidade sobre o próprio corpo. É importante, no tratamento de uma disfunção sexual, que ela se conheça, se toque, saiba do que gosta e o que não lhe agrada. Isto se estende ao casal. É importante que os parceiros se comuniquem, falem um ao outro, o que gostam, o que incomoda e quais carícias são mais prazerosas. A partir do momento em que a mulher se conhece e ao parceiro, a relação sexual e o relacionamento como um todo, costuma fluir melhor e se tornar mais funcional.

Existem várias abordagens de psicoterapia, onde se busca o clareamento de conflitos internos e de preocupações íntimas e profundas que inibem a vida sexual, tais como a Terapia Cognitivo-comportamental, a Terapia focal e de orientação analítica e a Gestalt-terapia entre outras. A Terapia Cognitivo-comportamental utiliza técnicas comportamentais e a reestruturação cognitiva a fim de trabalhar as problemáticas apresentadas pelo cliente. A Terapia Focal e de Orientação Analítica oferece interpretações ao sujeito para que ele se dê conta de seus conflitos inconscientes. A Gestalt-terapia utiliza vários recursos como por exemplo, experimentos a fim de se ampliar a awareness do cliente do modo como ele tem estado e se posicionado frente ao meio em que vive e

com o qual se relaciona, auxiliando no desenvolvimento do potencial que ele possui, promovendo o seu crescimento pessoal.

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

A Terapia Cognitivo-Comportamental integra os conceitos e as técnicas vindos de duas principais abordagens: a cognitiva e a comportamental. De acordo com a Terapia Cognitiva os indivíduos atribuem significados aos acontecimentos de sua vida. As hipóteses formuladas têm grande influência sobre o comportamento do indivíduo, podendo afetar também a sua auto-imagem (crenças a respeito de si mesmo) e, conseqüentemente, a sua auto-estima. A terapia comportamental fundamenta-se nas teorias do comportamento desenvolvidas no início do século XX, tendo grande repercussão na década de 50 através da obra de Skinner (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

O comportamento operante é aquele que modifica o ambiente, estando sujeito a alterações a partir das conseqüências de sua atuação sobre o ambiente. Ou seja, as probabilidades futuras de um operante ocorrer novamente está na dependência das conseqüências que foram geradas por ele (Skinner, 1953 apud Bahls; Navolar, 2004).

O condicionamento operante de Skinner se refere à associação estímulo-resposta. De acordo com este ponto de vista se poderia compreender o desenvolvimento de algumas dificuldades como o vaginismo a partir de reforços que a mulher recebe do seu ambiente. Tomemos como exemplo, uma mulher que tem o seu comportamento sexual elogiado pelo parceiro (reforço positivo). Ela tende a responder se sentindo segura e sendo espontânea em sua sexualidade. Ao contrário, uma mulher que, ao contar para mãe que deseja iniciar uma vida sexual com o namorado, recebe uma bronca (punição), pode não mais se abrir com a mãe ou mesmo começar a apresentar problemas na sexualidade, que passa a ser vista como algo errado. Consideremos outro exemplo da compreensão da TCC sobre o desenvolvimento de quadros ligados a disfunções sexuais: uma mulher que tenha passado por uma situação de estupro como primeira vivência sexual (ou mesmo após já ter iniciado uma vida sexual), pode associar sexo a dor e a sofrimento, e, posteriormente, no momento da relação sexual, ainda que consentida e com alguém que ame, pode contrair, involuntariamente, a musculatura vaginal, em decorrência do medo da dor e/ou da ansiedade. Ocorre então, a retroalimentação: a mulher, diante do medo, contrai a musculatura vaginal, o que causa dor. Em relações

sexuais posteriores, diante da ansiedade, não ocorre uma lubrificação vaginal adequada, o que, assim como a contração, dificulta penetração e gera dor. O ciclo, então se alimenta e se repete.

Para a terapia cognitivo-comportamental, muitos dos sintomas estão relacionados a crenças irracionais. Desta forma, as disfunções sexuais estariam relacionadas, utilizando uma expressão de Veiga (2007), a “problemas decorrentes da aprendizagem - percepções equivocadas sobre a sexualidade”. O trabalho, então, deve envolver a reestruturação cognitiva e a orientação sobre sexualidade (JUNIOR, 1995 apud VEIGA, 2007).

[...] mudanças terapêuticas acontecem na medida em que ocorrem alterações nos modos disfuncionais de pensamento. Neste ponto de vista, o mundo é considerado como constituinte de uma série de eventos que podem ser classificados como neutros, positivos e negativos, no entanto a avaliação cognitiva que o sujeito faz destes acontecimentos é o que determina o tipo de resposta que será dada na forma de sentimentos e comportamentos. Desta forma, a TCC dá uma grande ênfase aos pensamentos do cliente e a forma como este interpreta o mundo (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

Um dos objetivos da TCC é corrigir as distorções cognitivas que estão gerando problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los. Para tanto são utilizadas técnicas cognitivas que buscam identificar os pensamentos automáticos, testar estes pensamentos e substituir as distorções cognitivas. As técnicas comportamentais são empregadas para modificar condutas inadequadas relacionadas com o transtorno em questão (ibdem).

Assim, como vimos acima, dentro desta abordagem, o terapeuta, ao trabalhar as disfunções sexuais, faz um planejamento que envolverá:

Reestruturação cognitiva das crenças irracionais (por exemplo, relações sexuais são dolorosas, meu marido está me traindo), que podem estar prejudicando o relacionamento afetivo e sexual do casal;

Prescrição de técnicas comportamentais (por exemplo, exercícios sexuais como tocar-se para conhecer o próprio corpo).

Segundo Muse (1994), a TCC consiste em um tratamento psicofisioterapêutico que objetiva o relaxamento do primeiro terço da musculatura vaginal a fim de que seja possível a penetração. O autor ainda frisa que não basta só o

tratamento fisioterapêutico, mas que um apoio psicológico deve fazer parte da terapia.

Os exercícios apresentados nesta obra consistem em inicialmente a mulher, em um ambiente tranquilo, explorar o próprio corpo, conhecendo-o e percebendo as reações ao toque – o que sente, quais toques são mais prazerosos e excitantes e quais são incômodos.

Posteriormente, ela introduz o seu dedo no canal vaginal, passando depois a inserir dois dedos. Isto é uma forma de dessensibilização, preparando a mulher para a penetração do pênis.

O passo seguinte é fazer o mesmo com o dedo do parceiro, sendo ela a inserir o dedo dele, conduzindo todo o processo (ritmo, profundidade da penetração e etc). Com isto, o seu tempo é respeitado (e mais do que isto ela se sente respeitada) e consegue, então, ficar mais relaxada para a introdução do dedo do companheiro.

Depois então, já se pode partir para a penetração, sendo inicialmente comandados por ela os movimentos sexuais. Ela pode, por exemplo, ficar por cima do companheiro ou colocar as mãos nos quadris dele, conduzindo os movimentos. Finalmente o coito é realizado livremente.

Saliente-se que toda esta seqüência não precisa ser feita em um único dia. Ao contrário: a mulher e o casal só passarão para a etapa seguinte quando se sentirem seguros para tal, sendo de fundamental importância que se respeite o ritmo de cada pessoa. Apressando-se o ritmo, pode ocorrer de se ter o efeito contrário do desejado, isto é, aumentar a ansiedade da mulher e reforçar o comportamento de contração da musculatura vaginal ao se tentar a penetração (ou até mesmo antes, por antecipação, ao simplesmente imaginar tal situação).

Percebemos, desta forma, como para a TCC as experiências pelas quais passamos e as crenças que temos em relação às mesmas influenciam o comportamento. Como escreve Castafté (1994), no prefácio da obra, “cuanto mejor nos conocemos a nosotros mismos y a nuestras formas de comportamiento sexual, más fácil nos resulta actuar modificando las alteraciones existentes”.

Psicanálise

Esta abordagem teve origem com as descobertas de Freud a respeito do psiquismo humano. Um dos pilares desta teoria é o conceito de inconsciente. O inconsciente freudiano, não se limita ao não estar na consciência. Freud

(1923a) refere que o que é consciente é algo transitório, não permanecendo na consciência por um período muito longo, embora possa tornar-se novamente consciente a qualquer momento, em condições favoráveis. O fato de determinadas idéias não poderem se tornar conscientes, deve-se ao fato de existir uma força que se lhes opõem e trabalha no sentido de que estas permaneçam inconscientes, recalçadas. Desta forma, o inconsciente é constituído por conteúdos recalçados aos quais foi impedido o acesso a consciência pela ação do recalque. Freud escreve que:

existem idéias ou processos mentais muito poderosos (e aqui um fator quantitativo ou econômico entra em questão pela primeira vez) que podem produzir na vida mental todos os efeitos que as idéias comuns produzem (inclusive certos efeitos que podem, por sua vez, tornar-se conscientes como idéias), embora eles próprios não se tornem conscientes [...] O fato de se ter encontrado, na técnica da psicanálise, um meio pelo qual a força opositora pode ser removida e as idéias em questão tornadas conscientes, torna irrefutável essa teoria. O estado em que as idéias existiam antes de se tornarem conscientes é chamado por nós de repressão, e asseveramos que a força que instituiu a repressão e a mantém é percebida como resistência durante o trabalho de análise. Obtemos assim o nosso conceito de inconsciente a partir da teoria da repressão. O reprimido é, para nós, o protótipo do inconsciente (Freud, 1923a).

De acordo com a psicodinâmica, idéias que sejam egodistônicas, isto é, contrárias ao eu, tendem a ser rejeitadas pelo mesmo, sendo mobilizada a resistência na intenção de recalcar-las. O recalque também acontece em situações traumáticas, como uma defesa, uma tentativa do sujeito se poupar de tensão e dor. Ocorre, contudo, que o recalcado busca o retorno à consciência, fazendo tentativas no sentido de vencer as barreiras da censura e da resistência. Está, então, formado o sintoma, que surge em decorrência deste jogo de forças.

Neste jogo de forças, um mecanismo de defesa que pode ser utilizado é o deslocamento do afeto da situação traumática. Tomemos como exemplo desta maneira de compreender o surgimento de uma disfunção sexual como o vaginismo, uma situação em que a filha tenha se sentido humilhada ou injustiçada pelo pai, sendo tomada por um forte sentimento de raiva. Contra este sentimento pode ser levantada uma resistência, caso o que ela considere como correto e aceito seja o amor entre pais e filhos.

Uma possibilidade é ela deslocar esta raiva (afeto que estava originalmente dirigido ao pai) para os homens, ou mais especificamente, para o seu parceiro.

Pode advir um desejo de punir e se vingar do pai, também deslocado para o companheiro. Surge então como sintoma o vaginismo

Nada do que foi acima descrito ocorre conscientemente, mas sim, a nível inconsciente. O trabalho de análise envolve, então, fazer com que, através da fala do sujeito, o recalcado venha à tona, torne-se consciente, possibilitando que a pessoa, ao se dar conta de suas idéias ou desejos recalcados, se responsabilize, se implique em sua queixa. No exemplo acima, irá possibilitar que ela reveja a relação com a figura paterna e/ou com o companheiro e faça um movimento no sentido de uma descatexia, liberação de libido (energia psíquica) que está fixada, a fim de que ela possa ser investida em algo mais funcional para o sujeito. Freud acrescenta que “O núcleo do lcs. consiste em representantes instintuais que procuram descarregar sua catexia; isto é, consiste em impulsos carregados de desejo” (Freud, 1915 b). O autor ainda refere que

Uma precondição invariável e indispensável de todo desencadeamento de uma psicose é o processo a que Jung deu o nome apropriado de ‘introversão’. Isto equivale a dizer: a parte da libido que é capaz de se tornar consciente e se acha dirigida para a realidade é diminuída, e a parte que se dirige para longe da realidade e é inconsciente, e que, embora possa ainda alimentar as fantasias do indivíduo, pertence todavia ao inconsciente, é proporcionalmente aumentada. A libido (inteiramente ou em parte) entrou num curso regressivo e reviveu as imagos infantis do indivíduo. O tratamento analítico então passa a segui-la; ele procura rastrear a libido, torná-la acessível à consciência e, enfim, útil à realidade. (Freud, 1912)

Magalhães (2001) fala sobre os efeitos de se contatar o inconsciente

A produção de saber do inconsciente e da psique é resultado da construção de um lugar que o situa, potencializando seu processamento segundo suas próprias formas de funcionamento. Isso aumenta a possibilidade de transmissão e tradução entre representações, entre registros e sistemas da psique propiciando que o fluxo do desejo infantil, marca indestrutível na psique, se coloque a serviço da capacidade de linguagem e de sublimação, tornando-se disponível também para as realizações no mundo externo. A dissolução de fixações propicia que o sexual deixe de imantar e de ser imantado pelos complexos infantis. Dessa forma, o sujeito vai deixando de ser vítima das próprias pulsões, aumentando a sua capacidade de contato consigo mesmo e com os outros, tornando-se livre do medo crônico do prazer obtido na realidade.

Outro conceito muito importante para a psicanálise é a transferência. Segundo Freud,

[...] cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica [...] Isso produz o que se poderia descrever como um clichê estereotípico (ou diversos deles), constantemente repetido — constantemente reimpresso — no decorrer da vida da pessoa [...] e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente a experiências recentes. [...] Se a necessidade que alguém tem de amar não é inteiramente satisfeita pela realidade, ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontra com idéias libidinais antecipadas; e é bastante provável que ambas as partes de sua libido, tanto a parte que é capaz de se tornar consciente quanto a inconsciente, tenham sua cota na formação dessa atitude. Assim, é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, [...] recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos que se acham presentes no indivíduo; [...] a catexia incluirá o médico numa das 'séries' psíquicas que o paciente já formou (FREUD, 1912).

Quando ocorre a transferência, o sujeito pode reviver a situação no setting analítico, ocorrendo uma atualização, e assim torna-se possível ao analisando trabalhar, elaborar as suas questões, revendo o seu posicionamento e implicando-se em sua queixa. É tarefa da análise “implicar o sujeito em sua própria vida, como autor responsável de seus atos” (CARRERA; FERRERA 2000, p.111), pois desta forma algo poderá ser reconstruído por ele.

Gestalt-Terapia

A abordagem psicoterápica da Gestalt-terapia, partilha da visão de que é de fundamental importância que a pessoa se responsabilize pelos seus atos e pelas escolhas que faz, pois quando ela deixa de culpar o meio pelo seu sofrimento e se responsabiliza pela sua vida, compreende que cabe a ela promover as mudanças que se fizerem necessárias e possíveis para o seu desenvolvimento e então mobiliza os recursos que possui na direção do seu crescimento e equilíbrio. O próximo capítulo será dedicado exclusivamente a esta abordagem, a fim de que a autora possa fazer um desenvolvimento maior dos conceitos e fundamentos que orientam o seu trabalho, traçando um olhar da Gestalt-Terapia sobre o casal com vaginismo.

GESTALT-TERAPIA: UM OLHAR SOBRE O VAGINISMO

Neste capítulo, estabeleceremos um olhar da Gestalt-terapia sobre o vaginismo e os efeitos do mesmo para o casal. Para maior esclarecimento, estaremos fazendo uma apresentação da Gestalt-terapia, e trazendo alguns conceitos da abordagem gestáltica, que serviram como embasamento e fundamentação de nossa concepção sobre o vaginismo e seus efeitos para o casal que vivencia o quadro. Após termos trazidos estes conceitos, estaremos abordando o atendimento psicoterápico realizado pelo gestalt-terapeuta, que poderá, após a introdução conceitual feita inicialmente, ser melhor compreendido pelo leitor deste trabalho.

A Gestalt-terapia possui uma visão holística de homem, considerando-o de forma global e não dividido, fragmentado em corpo/mente (referencial cartesiano) ou fora do seu contexto sociocultural. Ele é um ser que se encontra inserido em um meio (social, orgânico, ambiental, etc.) e com o qual estabelece contato, influenciando e sendo influenciado; modificando e sendo modificado por este meio. Sob o prisma desta abordagem o homem está em constante processo, construindo-se e desconstruindo-se ao longo de sua existência, em um permanente vir-a-ser ou devir. Assim sendo, quando fazemos um diagnóstico dentro desta abordagem, este é processual, isto é, considerado como algo que está ocorrendo naquele momento, compreendendo-se o homem como um ser-em-processo, dinâmico, em constante transformação; e acreditando-se no potencial de auto-regulação do ser. O conceito de auto-regulação, surge a partir da Teoria Organísmica de Goldstein. Este buscou, através de seus estudos, a formulação de uma compreensão holística para as mudanças de personalidade que haviam sofrido os pacientes com lesões cerebrais permanentes (LIMA, 2005).

Goldstein também observou os comportamentos adaptativos empregados por estas pessoas. Defendia um olhar sobre os sintomas que os compreendessem como tentativas de adaptação, de equilíbrio do organismo. Através do conceito de auto-regulação organísmica, acreditamos que há uma tendência no homem ao equilíbrio, que ele possui o potencial e as ferramentas, os recursos necessários para o seu próprio crescimento e resolução ou ajustamento criativo das problemáticas que o afligem.

Goldstein considerava que não se poderia compreender estes pacientes levando em consideração unicamente os aspectos ambientais ou físicos de sua

doença (LIMA, 2005). Propunha uma visão global, holística do homem, compreendendo-o como um todo. Esta visão se aproxima bastante da Teoria de Campo que é uma das bases da Gestalt-terapia. Ao examinarmos um organismo ou sistema, o fazemos considerando-o inserido em uma totalidade dinâmica (o campo), composta de partes mutuamente influenciáveis.

Ainda dentro da concepção gestáltica de homem, este não é considerado como determinado (no sentido de não ter escolhas) pela sua história. O existencialismo, um dos referenciais teóricos desta abordagem, tem o filósofo Sartre como um de seus expoentes. Ilustramos a concepção sartriana de liberdade com as citações abaixo:

A existência precede a essência. Esse é o mais popular e emblemático princípio da filosofia existencialista de Sartre. O homem não possui uma essência dada a priori: ele é aquilo que faz no decorrer de sua vida. Nesse sentido, nenhuma determinação, seja da ordem da natureza – como a hereditariedade – seja de ordem metafísica – como Deus – explica o que seja o homem: ele é fruto de um processo marcado pela liberdade de escolha num contexto de possibilidades. O homem constrói a si mesmo por meio do exercício da liberdade.

É preciso lembrar que, para Sartre, a liberdade não é uma faculdade humana abstrata ou puramente espontânea. A liberdade é uma atitude concreta e sempre situada. Cada indivíduo está inserido no mundo no qual pesam sobre ele desde fatores pessoais, como a família e a condição social, até a própria configuração histórica de sua época. A existência depende da conduta que cada um assume em relação a essas contingências. O homem é inteiramente responsável por aquilo que ele é. E a responsabilidade, pensada como o engajamento no mundo, é um valor inerente à liberdade (CANTARINO, 2005).

Vejamos o que Teixeira fala a respeito da liberdade de escolha:

[...] as manifestações psicopatológicas seriam possibilidades escolhidas, porque derivam de escolhas inautênticas, consideradas por May como pouco corajosas. Assim, a ansiedade existencial não é reduzida e aparece sob a forma de ansiedade neurótica. Seriam possibilidades de existir, isto é, expressões da forma como o indivíduo constrói (escolhe) o seu-mundo (Teixeira 2006 p. 406).

O fato de sermos livres, e responsáveis pelas nossas escolhas e consequências das mesmas para a nossa vida, traz angústia. A fim de diminuí-

la, o homem se utiliza da má-fé, mente para si mesmo, atribuindo ao mundo a responsabilidade pelo que lhe acontece. Tal concepção acaba servindo para que ele possa começar a se perceber e a se posicionar como vítima do meio que o circunda, assumindo uma atitude passiva e eximindo-se da responsabilidade pela sua própria existência.

Na abordagem gestáltica, a história de vida do ser o influencia, mas, ainda assim, ele permanece um ser que tem possibilidade de escolhas, pelas quais deve se responsabilizar e assumir as conseqüências das mesmas. A partir do momento em que ele compreende isso, se torna mais fácil acreditar na mudança, percebe que cabe a ele se movimentar, promover a sua própria transformação, assumindo a responsabilidade pela sua existência. O terapeuta surge como um facilitador, pessoa com a qual se estabelece contato; e é neste contato que ocorre a possibilidade de uma reflexão sobre o seu modo de ser e estar no mundo, que se dá a ampliação da awareness, podendo advir a transformação, o crescimento pessoal.

Awareness é traduzida por vários autores como conscientização. Entretanto isto não significa e não se reduz a estar na consciência. Estar aware envolve um estar presente, um experienciar, e o estabelecimento de contato: com o meio e, sobretudo, consigo mesmo, com as suas partes. O contato e a ampliação da awareness nos possibilita vislumbrar novas possibilidades, novas formas de ser e estar no mundo, permitindo-nos sair de um padrão enrijecido de existir, possibilitando o amadurecimento, o desenvolvimento do nosso ser. Compreendemos, enquanto gestalt-terapeutas, que as trocas, a awareness e as transformações, ocorrem no contato. O contato se dá através dos nossos sentidos: visão, audição, tato, paladar e olfato. É através deles que podemos perceber e se fazer perceber, contatar as pessoas e os objetos, como ocorre na leitura de um bom livro, quando ficamos envolvidos. Olhar, escutar, tocar, degustar, cheirar, falar e movimentar-se são o que chamamos de funções de contato. É através de suas funções que o contato pode ser estabelecido; e é “através da corrupção destas funções pode ser bloqueado ou evitado” (POLSTER e POLSTER, 1979, p.124), privando-nos, não raras vezes, da oportunidade de trocas enriquecedoras para o nosso ser.

O contato é basicamente movimento para fora, é aproximação, identificação e formação de figura, enquanto o retraimento é movimento de volta para o fundo, para dentro de si mesmo, é afastamento e alienação. Através desses dois movimentos opostos, contato e retraimento, o organismo discrimina o que é identificável e alienável no campo e se auto-regula. Na medida em que contato e retraimento se processam indevidamente, isto é, quando o self perde suas funções de ego, a fronteira de contato se torna rígida ou perturbada, ocorrendo uma fixação na permeabilidade, abertura ou contato, que permite a entrada

indiscriminada de tudo que vem de fora, inclusive do que é tóxico, ou uma fixação na impermeabilidade, fechamento ou retraimento, que impede a entrada, inclusive do que é nutritivo, favorável ao equilíbrio e crescimento do self (Tenório, 2003, p.248)

Estar-em-contato-com, não é definido simplesmente por uma proximidade física. Pode-se estar perto de uma pessoa, vê-la e ouvir o som de sua voz, mas com a sensação de estar longe e distante. Contatar é estar presente, é envolver-se na relação. “No momento da união, o pleno senso que uma pessoa tem de si mesma é rapidamente colocado numa nova criação. Eu não sou mais somente eu, mas eu e você fazemos nós” (POLSTER e POLSTER, 1979, p.100).

O contato ocorre no que chamamos de fronteiras do contato. Essas fronteiras delimitam o nosso espaço, marcam a distinção entre o que é eu e não-eu, tornam-se permeáveis ao que se deseja contatar e impermeáveis ao que não se deseja ou não se está preparado para contatar. Nos indivíduos funcionais, observamos as fronteiras de contato fluidas e flexíveis, ocorrendo a alternância entre união e separação, aproximação e afastamento.

Embora a fronteira do eu não seja fixada de uma forma rígida, mesmo nas pessoas mais inflexíveis, os indivíduos mostram grande variabilidade na expansividade ou contratibilidade da sua fronteira do eu. Algumas pessoas parecem realizar grandes modificações na sua fronteira-do-eu durante as suas vidas e estamos inclinados a pensar que aquelas que mostram maiores modificações são as que mais cresceram(POLSTER e POLSTER, 1979, p.109).

Chamamos de bloqueio de contato ao que ocorre quando a fronteira entre o self e o outro perde a permeabilidade, a nitidez, ou desaparece, gerando confusão entre os limites e a discriminação entre o que sou eu e o que é o outro, sendo um problema tanto de contato quanto de awareness (YONTEF, 1998, p.28).

Perls, Hefferline e Goodman (1997) definem a neurose como o resultado de interrupções do ciclo de contato e da perda das funções de ego do self, uma vez que na interrupção do contato o que deveria ser rejeitado ou transformado é aceito passivamente, tendo como consequência a divisão do self. No entanto como a interrupção do contato e a aceitação passiva do que deveria ser rejeitado é uma forma de defesa do self, no sentido de tentar resolver um impasse existencial, no qual este se encontra diante de uma situação que é ao mesmo tempo intolerável e inevitável, preferimos dizer que a neurose é o

resultado do enfraquecimento das funções de ego do self. [...] Em fim, diante de situações intoleráveis, as quais não podem ser evitadas nem transformadas, o self, através de suas funções de ego, prioriza a necessidade de sobrevivência em detrimento de seu prazer e de seu crescimento harmonioso, produzindo as neuroses. (Tenório, 2003 p. 241-242)

Introjeção, projeção, confluência, retroflexão, deflexão, fixação, proflexão, egotismo e dessensibilização são mecanismos de defesa que ocorrem na fronteira de contato. Alguns destes mecanismos (os quatro primeiros) serão utilizados mais adiante para apresentar uma compreensão da etiologia e tratamento do vaginismo. Descreveremos a seguir os mecanismos acima citados para proporcionar ao leitor uma compreensão dos mecanismos que trazem interrupções ou bloqueios do contato.

A introjeção se caracteriza por aceitarmos indiscriminadamente o que vem do meio, sem nenhuma crítica. Utilizando-nos da analogia de Perls (1977, p. 46) com o processo digestivo, na introjeção engolimos por inteiro o alimento, forçando-o goela abaixo, e o mesmo não poderá ser digerido e assimilado, sem um esforço quase sobre-humano. O alimento assim digerido, nos trará desconforto gástrico, náuseas. Assim, quando introjetamos idéias ou comportamentos de outra pessoa sem os avaliarmos, mergulhamos em um oceano qual se fôssemos peixe, e se não descobrirmos a tempo que somos seres humanos, nos afogamos nesse meio que é tão diferente do nosso.

Os perigos da introjeção, são, pois, duplos. [...] o homem que introjeta nunca tem uma oportunidade de desenvolver sua própria personalidade porque está muito ocupado em ficar com os corpos estranhos alojados em seu sistema [...] Quanto mais se sobrecarrega com introjeções, menos lugar há para que expresse ou descubra o que é de fato. Em segundo lugar [...] contribui para a desintegração da personalidade. Se alguém traga inteiros dois conceitos incompatíveis, pode se achar tragado em pedaços no processo de reconciliá-los (PERLS, 1977, p.48).

A projeção ocorre quando responsabilizamos ou atribuímos ao meio o que se origina em nosso próprio ser. É muito comum fazermos hipóteses em relação ao que observamos. Entretanto, aquele que projeta não as reconhece como hipóteses, mas lhes confere valor de verdades absolutas. Os seus pensamentos e/ou sentimentos são atribuídos a outras pessoas. Assim, ao projetar, desapropria-se de seus impulsos, tornando-se cego às suas responsabilidades, e às partes-de-si que considera não-positivas, atribuindo-lhes ao mundo exterior. Aquele que projeta, percebe-se, então, muitas vezes como uma vítima do mundo.

Na confluência, as fronteiras entre o homem e o meio se tornam tão permeáveis, que é como se não existisse nenhuma barreira entre eles. Ele não distingue os limites entre si e o meio. Neste estado, as partes não se distinguem do todo. Uma pessoa em confluência mostra-se tão identificada com o outro que, para ela, é como se fossem um só. Um exemplo de confluência é o que ocorre com o bebê que ainda não se reconhece como alguém diferenciado do meio em que vive ou na relação sexual, quando o casal entra em um contato tão íntimo e intenso. Acrescente-se que quando a confluência se prolonga e se torna um padrão, isto acaba prejudicando o contato, pela falta de distinção, delimitação entre as fronteiras do eu e do meio.

A retroflexão se constitui no mecanismo de voltar para si mesmo a energia que seria direcionada para o meio. Deixa de investir a energia no ambiente, permitindo escapar a possibilidade de agir, de provocar mudanças que satisfaçam as suas necessidades.

Na deflexão, o contato é evitado através do desvio da energia proveniente do meio. Neste caso, o contato é desviado para algo que traga uma carga menor de ansiedade. Comportamentos como desviar o olhar, intelectualizar, desviar a conversa de um tema difícil são exemplos de deflexão. Zinker traz alguns exemplos de deflexão ocorridos em sua própria família.

Joseph: (depois da cirurgia da mãe) Como está se sentindo? Eu estou preocupado com você.

Mãe: Sinto uma dor aqui. Então, me diga, você vai ficar para o fim de semana? (ZINKER, 2001, p.146).

Na fixação, o indivíduo bloqueia o contato através da ancoragem, do apego excessivo a pessoas, idéias e coisas que percebe como familiares e/ou seguras, em decorrência do medo que surge diante do novo, e da realidade que supõe estranha e/ou ameaçadora, reduzindo a qualidade e o vigor do contato.

Segundo Rodrigues (C., [20--?]), a pessoa “sente-se incapaz de explorar situações que flutuam rapidamente, permanecendo fixado em coisas e emoções, sem verificar as vantagens disso.”

Na proflexão, a pessoa bloqueia o contato fazendo ao outro o que desejaria fazer a si mesma ou o que gostaria que lhe fizessem. Para isso, muitas vezes, subordina-se, realizando as expectativas dos outros, na intenção que lhes satisfaçam a vontade e lhe concedam o que anseia.

Na proflexão ele dá ao outro aquilo que gostaria de receber, com isto ele espera que esse outro lhe retribua fazendo o mesmo.

Dessa forma o neurótico, inconscientemente, manipula o outro, fazendo com que este lhe dê “espontaneamente” aquilo que ele precisa, sem ter que pedir ou se humilhar. Este mecanismo é uma estratégia para não entrar em contato com a própria carência e para evitar a frustração de pedir e não ser atendido. (Tenório, 1994) (Tenório, 2003, p. 250).

“O indivíduo que proflexiona não se reconhece como sua própria fonte de nutrição, lamenta profundamente a ausência de contato externo e a dificuldade do outro para satisfazer às suas necessidades”. (RODRIGUES, C., [20--?])

O egotismo se caracteriza pelo investimento exacerbado de energia em si mesmo. Focada em seus próprios sentimentos, necessidades e objetivos, a pessoa limita/impede o contato e o envolvimento com o outro, em virtude do enrijecimento da fronteira de contato.

Pelo egotismo a pessoa se volta para si mesma num processo de auto-observação e preocupação, no sentido de fazer o melhor possível para satisfazer sua própria exigência narcísica de perfeição, utilizando o outro como meio e não como fim. No fundo o que ela quer é satisfazer a si mesma, em detrimento da satisfação do outro. Com isto ela se sente auto-suficiente, mascarando sua dependência em relação ao outro e sua dúvida com relação a seu próprio valor e competência. (Tenório, 1994,) (Tenório, 2003, p.250)

Ao contrário do que ocorre na confluência, a fronteira que separa o eu do outro está rigidamente definida a ponto de impedir a percepção de aspectos da realidade externa. “O egotista, ao prestar muita atenção a si mesmo e às suas próprias necessidades, não enxerga ou nega a demanda do meio, fazendo com que sua ação se torne inadequada e seu contato insatisfatório, tendo como resultado a frustração e mais tensão, em vez de relaxamento (DIAS, 1994, in TENÓRIO, p.54) (Rodrigues, C., [20--?]).

A dessensibilização, segundo Ribeiro (1997 apud Rodrigues, C., [20--?]), é o processo pelo qual a pessoa se torna entorpecida, fria ao contato, perdendo o interesse por sensações novas e intensas.

Tenório (2003) pontua que há semelhança entre dessensibilização e deflexão, já que nos dois processos ocorre diminuição da sensibilidade, consciência e contato com estímulos externos e internos considerados ameaçadores à estrutura do eu. Acrescenta, ainda, que essas duas formas de bloqueio do

contato são defesas básicas existentes em qualquer tipo de neurose (RODRIGUES, C., [20--?])

Muitas vezes, como forma de defesa diante de vivências dolorosas e incômodas, as fronteiras de contato sofrem uma retração, interrompendo-o. As nossas fronteiras servem também para isso: permitir que contatemos o que nos é interessante, agradável, e/ou consideremos importante. Da mesma forma, bloqueia, rejeita impede e interrompe o contato que é considerado perigoso, prejudicial ao nosso equilíbrio, ou que ainda não estamos prontos, em condições de suportar. É muito útil e importante podermos fazer uma seleção do que poderá ou não estar em nossas fronteiras, que cuidemos de nossa integridade.

Ocorre, porém, que quando tornamos nossas fronteiras rígidas e nos cristalizamos neste padrão, o nosso contato com o mundo fica empobrecido, podendo ocorrer sentimentos de vazio, tristeza, isolamento, solidão, de não pertencimento (ou não integração) ao meio. Podemos estar cercados de entes queridos como familiares e amigos, mas continuamos a nos sentir solitários pois não há a troca, a interação.

Outra consequência de permanecermos com as nossas fronteiras de contato diminuídas é, percebermos a nossa existência como confusa, desagradável, enfadonha, superficial, desprovida de sentido, em decorrência da diminuição e da superficialidade das relações que se estabelecem com o meio e das interrupções que ocorrem no fluxo das gestalten.

Há, [...] um limite de contato entre o indivíduo e seu meio e é esse limite que define a relação entre eles. Num indivíduo saudável este limite é fluido, sempre permitindo contato e depois afastamento do meio. Contatar constitui a formação de uma gestalt e afastar-se representa seu fechamento. Num indivíduo neurótico as funções de contato e afastamento estão perturbadas, e ele se encontra frente a um aglomerado de gestalten que estão de alguma forma inacabadas ou nem plenamente formadas nem plenamente fechadas (BALLONE, 2005).

Estas interrupções geram ansiedade, desgaste e sintomas. O sintoma, dentro da concepção gestáltica, pode ser considerado um ajustamento criativo, a melhor maneira possível que a pessoa encontrou naquele momento para lidar com determinada situação. Uma tentativa de se alcançar um equilíbrio, uma boa forma. Isto não quer dizer que esteja sendo funcional, mas é a forma como ela está podendo lidar com aquela vivência.

Perls, Hefferline e Goodman amadurecendo a compreensão da neurose, dão um passo avante na teoria... “agora considero a neurose não uma doença, mas um dos vários sintomas da estagnação do crescimento” (Pimentel, 2000).

Compreender o sintoma como um recurso, como uma forma de se proteger, ou lidar com determinada situação, implica em que não se faça a terapia tendo como objetivo a retirada do sintoma. É preciso respeitar o tempo do cliente e a sua singularidade. A mudança, caso isto ocorra, será uma escolha do cliente e surgirá como consequência do que foi produzido pela pessoa (ou casal) no setting terapêutico, e no contato com o meio de uma forma geral – o que se produz na terapia se expande para além do local e horário da terapia. Existe uma continuidade ao longo do tempo. Uma determinada intervenção do terapeuta e/ou reflexão produzida pelo cliente poderá fazer efeito meses depois.

Nesta abordagem, da mesma forma, não se estabelece uma relação causal linear do tipo: ela foi violentada e por isso desenvolveu o vaginismo. Certamente, esta vivência contribuiu para a formação do quadro, mas não podemos colocar única e exclusivamente este fator como etiológico do vaginismo.

Ocorre, utilizando-nos da Teoria de Campo, que várias forças estão em jogo, e o comportamento será a resultante das várias forças que estão atuando no campo. Aqui podemos estabelecer uma analogia com a premissa gestáltica de que o todo é mais do que a soma das partes, isto é, o todo depende não exatamente das partes presentes, mas do modo como as mesmas se inter-relacionam. Caso haja alguma modificação na relação estabelecida entre as partes, o todo muda, torna-se diferente. A partir das várias experiências pelas quais a pessoa passou, a resultante pode ser o quadro de vaginismo.

Entre os fatores que contribuíram para o desenvolvimento do vaginismo, podem estar presentes os padrões de moralidade da família nuclear da mulher, caso sejam muito rígidos e o sistema apresentar questões em relação à sexualidade. Ao introjetar estes padrões, os mesmos não são assimilados por ela, e se figuram como estranhos ao seu eu, que fica com seus limites, ou fronteiras, pouco definidos. Torna-se difícil para ela saber o que faz parte de si e o que faz parte do mundo. A reprodução do padrão familiar e o conflito gerado podem ocasionar alguma disfunção sexual, como o desenvolvimento do vaginismo. Fundamentamos a concepção trazida, através de duas citações:

Estes introjetos usualmente são mantidos durante muito tempo de forma desconhecida e desintegrada do self. O resultado disso é a divisão interna da personalidade ou o conflito entre partes próprias do self e partes introjetadas,

levando a um processo de alienação daquilo que verdadeiramente pertence à sua estrutura.

A mensagem proibitiva, como uma voz introjetada, faz com que a ameaça de perder o amor dos pais, por ter desobedecido a estes, se torne uma crença fóbica, condicionada a uma catástrofe iminente, sempre que as leis proibitivas não forem respeitadas. O introjeto tóxico carrega consigo um “deveria” ou “não deveria” associado a uma expectativa de catástrofe. Quanto maior for o número e a variedade de introjetos tóxicos, mais fóbica a pessoa se tornará e menos vitalidade ela terá, tornando-se cada vez mais neurótica (TENÓRIO, p.245).

Os fenômenos psicopatológicos relacionam-se com estranheza e afastamento do indivíduo em relação a si próprio, com evitamento dos dados da existência (Cohn, 1997), associado a escolhas feitas em desacordo consigo mesmo, isto é, não autênticas. Assim, relacionam-se com o viver na dependência das expectativas dos outros e não dos próprios. Teriam relação com fracasso do indivíduo em relacionar-se de forma significativa com o seu mundo interno (fracasso no seu confronto com a autenticidade), conhecendo-se mal e tendo dificuldade em compreender-se (Van Deurzen-Smith, 1996). Incapaz de aceder ao seu mundo interno, o indivíduo perturbado teria dificuldade também em aceder ao mundo interno dos outros, pelo que não seriam possíveis relações significativas. (TEIXEIRA, 2006, p. 407)

Alguns autores trazem contribuições em relação ao trabalho com as fronteiras de contato do cliente. Segundo os Polster (2001, apud Rodrigues, C., [20--?]), no trabalho com a introjeção é preciso:

Estabelecer no cliente o senso de escolhas que lhe estão disponíveis;
 “Vomitar”, descarregar os corpos estranhos, os introjetos;
 Restituir sua capacidade de diferenciação entre eu e eles.

Os Polster (ibidem) colocam como forma de trabalho deste último aspecto, experimentos como “pedir que o cliente forme pares de sentenças para si mesmo e para o terapeuta, começando com o pronome eu, e depois com o pronome você”.

Ribeiro (1997, apud Rodrigues, C., [20--?]), coloca como “fator de cura da introjeção” levar o cliente a
 Sentir necessidade de mudança, de “exigir seus direitos”;

Expressar os seus sentimentos exatamente da forma como os sente.

Ginger (1995, apud Rodrigues, C., [20--?]), propõe

“Desenvolver a independência do cliente, a responsabilidade e assertividade dele”;

“Explicitar qualquer refúgio ilusório na introjeção”.

A etiologia do vaginismo pode também estar relacionada à interrupção na fronteira de contato denominada retroflexão. A mulher que retroflexiona, contém em si toda a excitação, acumulando energia, o que gera tensão. Ela volta contra si a raiva, ou quaisquer outros impulsos que considere destrutivos, ao invés de assimilá-los e transformá-los, investindo-os no ambiente. Não raras vezes, sente no próprio corpo o resultado do acúmulo de energia e tensão, um corpo que, através da dor e/ou do adoecimento, grita, sinaliza, alerta para o estado de desequilíbrio.

O ambiente tangível do retrofletor consiste somente em si próprio, e nessa tarefa acaba com as energias que mobilizou. Se foi um medo de destruir que despertou sua ansiedade, agora ele tortura sistematicamente seu corpo e produz enfermidades psicossomáticas (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 256)

Ribeiro (1997, apud Rodrigues, C., [20--?]), descreve como fator de cura da retroflexão um contato em que a pessoa perceba a si mesma como fonte de prazer, “nutrindo-se do que quer sem intermediários, relacionando-se com as pessoas de maneira direta e clara, usando a energia para desfrutar com os outros o prazer do momento”.

Quaisquer que sejam os fatores inter-relacionados para o desenvolvimento do quadro de vaginismo, o contato com próprio corpo mostra-se prejudicado. O desenvolvimento de um trabalho de percepção e contato com o próprio corpo faz-se de grande importância. O terapeuta pode fazer intervenções como:

Solicitar que a mulher comece a explorar e a prestar atenção ao seu corpo e à área pélvica, percebendo as reações e sensações ao toque;

Pedir que ela possa olhar, através do espelho, a sua genitália, a fim de que ela possa conhecê-la (muitas mulheres não conhecem, nunca olharam os seus genitais).

É importante deixar claro que essas duas intervenções serão feitas em casa e não durante a sessão. No setting terapêutico pode-se pedir, por exemplo, que a mulher perceba quais as partes de seu corpo estão tensas e quais estão relaxadas.

É fundamental a realização do trabalho da ampliação da awareness, pois o contato e a awareness são fontes de desenvolvimento do ser.

Na gestalt, o único objetivo é a awareness. Isso abrange maior awareness em determinada área, e também, maior capacidade de os pacientes trazerem seus hábitos automatizados à awareness, conforme a necessidade. No sentido anterior, awareness é conteúdo; no posterior, é processo. A awareness, tanto é conteúdo como processo, progride para níveis mais profundos com o avanço da terapia. A awareness compreende o conhecimento do ambiente, a responsabilidade pelas escolhas, o autoconhecimento, a auto-aceitação e a capacidade de contato (YONTEF, 1998, p. 37).

Para desenvolver um outro fator etiológico do quadro, retomemos o exemplo de violência sexual, citado no capítulo anterior. Estabelecer uma relação sexual pode significar, para a mulher que viveu esta experiência, entrar em contato com a dor da vivência do estupro, para qual ainda não está preparada, ainda não tem condições. O vaginismo, então, pode surgir como uma forma de evitar o sofrimento e preservar a sua integridade psíquica.

A cristalização do padrão de esquiva ao contato com esta vivência, teve como consequência a interrupção do fluxo das gestalten em decorrência da experiência da situação de estupro ter ficado como uma gestalt aberta, uma situação ainda não resolvida.

Na interrupção do contato está a origem da situação inacabada. Quando o processo de formação de figura é interrompido, a figura não é completada, conseqüentemente ela não retorna inteiramente para o fundo ou não desaparece completamente do campo, permanecendo marcas, fantasmas, lembranças ou impressões da imagem de uma figura que ficou incompleta, de uma gestalt que ficou aberta ou de uma necessidade que ficou insatisfeita (Tenório, p.246).

A vivência dolorosa constantemente retorna, buscando elaboração, torna-se, então, figura no momento da relação sexual com o companheiro, que fica como fundo. Desta forma, o contato entre os dois fica prejudicado, impedindo que se viva intensamente o momento de intimidade e prazer.

O amor visa à proximidade, isto é, ao contato mais íntimo possível, enquanto o outro permanece sem ser destruído. O contato do amor se dá no olhar, na fala, na presença etc. Mas o momento arquetípico do contato é o abraço sexual. Aqui a

intimidade espacial concreta ilustra de maneira espetacular a diminuição e a falta de interesse do fundo. Há pouco fundo porque não há espaço para ele: a figura vívida se avoluma tentando dispensar totalmente o fundo, e todas as suas partes são excitantes.[...] O excitamento e a intimidade do contato são sentidas como uma única e mesma coisa; mais excitamento é simplesmente um contato mais íntimo e o movimento é finalmente espontâneo (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 223).

As situações inacabadas, precisam ser trabalhadas, completadas, tornadas inteiras dentro de nós. Assim o fluxo das gestalten, que se apresenta cheio de interrupções e bloqueios, pode ser restabelecido.

A terapia consiste [...] em analisar a estrutura interna da experiência concreta, qualquer que seja o grau de contato desta; não tanto o que está sendo lembrado, feito, dito [...] mas a maneira como o que está sendo lembrado é lembrado [...] Trabalhando a unidade e a desunidade dessa estrutura da experiência aqui e agora, é possível refazer as relações dinâmicas da figura-fundo até que o contato se intensifique, a awareness se ilumine e o comportamento se energize. E o mais importante de tudo, a realização de uma gestalt vigorosa é a própria cura, porquanto a figura de contato não é apenas uma indicação da integração criativa da experiência, mas é a própria integração (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997 grifo do autor) p.46).

O gestalt-terapeuta, ao receber o casal (ou a mulher) com vaginismo em seu consultório não fará uma compreensão do quadro restringindo o seu olhar a ela, à disfunção sexual. O vaginismo traz prejuízos ao relacionamento do casal, que se estendem para além do relacionamento sexual. A mulher pode se sentir insegura em relação à fidelidade do companheiro, se perguntando se ele não está buscando em outra pessoa, o que não está tendo com ela: a relação sexual com penetração. O homem pode achar que ela não consegue a penetração porque não lhe ama o suficiente. O marido com o passar do tempo pode se frustrar por na relação sexual não haver penetração, ocorrendo o mesmo com a mulher.

Estas questões sexuais, ao gerarem tensão para o casal, podem refletir no relacionamento do sistema como um todo. Muitas vezes, discussões e desentendimentos seriam manejados mais facilmente pelo casal, não fosse o momento de crise pelo qual estão passando. Os conflitos, tendem a repercutir no sistema de diversas maneiras: os membros do sistema acabam se tornando distantes um do outro em razão dos desentendimentos, mágoas e frustrações.

Neste caso, o sistema pode ter entrado no mecanismo de dessensibilização, realizando um contato muito superficial, muitas vezes nem se tocando e quando o fazem, as sensações corporais estão bloqueadas. A convivência e o lar se tornam monótonos e entediantes. O sistema dessensibilizado tende a evadir-se de ferir e magoar uns aos outros, “mas pagam o preço de não saber o quanto perdem na vida.” (ZINKER, 2001, p.142).

Caso o casal esteja vivendo uma relação onde a retroflexão seja um mecanismo muito presente, seus membros acumularão tensão, o que pode majorar as mágoas e ressentimentos, pois como no caso anterior, a ausência de diálogo e troca entre o casal, dificulta o entendimento e a superação do conflito. Na projeção e na retroflexão a energia do sistema fica contida e as barreiras são rígidas, muito sólidas, pouco permeáveis.

Se a principal forma de bloqueio do contato for a projeção, haverá o membro que projeta, acusa o outro, que recebe passivamente, introjetando a responsabilidade, a culpa, e acumulando ressentimentos que podem gerar raiva e explosões em situações que normalmente não as desencadeariam. Na projeção a energia do sistema é jogada para fora. O esvaziar e o conter energia (retroflexão) acaba fazendo com que a mesma seja desperdiçada, não sendo investida de forma a promover a harmonia e o bem-estar do sistema.

O casal irá trabalhar na terapia como está a comunicação e a relação (não se limitando a coito) do sistema, o que o sintoma tem a falar do casal (e não só da mulher), e demais reflexões que serão produzidas. O trabalho com a ampliação da awareness do casal, proporciona a elaboração de questões ainda inacabadas, e as gestalten, então, podem ter o fluxo restabelecido e se tornarem completas.

Gestalten completas – experiências totalmente maduras das quais nos tornamos conscientes, experienciamos, assimilamos e finalmente deixamos ir – são graciosas, fluidas [...] e afirmam o nosso valor como seres humanos. Elas têm boa forma. [...] Gestalten incompletas, problemas não resolvidos que atormentam repetidamente um casal ou uma família trazem sensação de tristeza, de feiúra e de frustração. São esteticamente desagradáveis (ZINKER, 2001, p. 52).

Segundo o autor, o terapeuta, no trabalho com o casal, tem como tarefa auxiliá-lo a perceber como e onde ocorre o impasse no sistema, e como usar a awareness e a energia coletiva para superarem este impasse nas interações do casal. Zinker também refere que o trabalho está pronto quando o casal consegue

começar, desenvolver e completar interações bem-sucedidas diversas vezes. (Zinker, 2001, p. 85).

Para facilitar a interação e a comunicação do casal, pode-se fazer intervenções como pedir aos membros do casal que falem entre si, e não ao terapeuta. Desta forma, auxilia-os a expressarem seus sentimentos, a discutirem as questões e os impasses do sistema, de forma a chegarem a uma resolução, a um acordo. O terapeuta pode também lançar mão de algum experimento em que o casal se toque e perceba como é tocar e ser tocado, quais as sensações e sentimentos que emergem durante o toque. Os experimentos também podem fazer a combinação do toque e do olhar, sendo feitas as mesmas reflexões em relação a este. Vejamos o que Zinker fala a respeito do experimento: “O experimento é a pedra fundamental da aprendizagem experiencial. Ele transforma o ‘falar sobre’ em fazer, e lembranças antigas e teorizar em um ‘estar plenamente aqui’ com toda a imaginação, energia e excitação¹⁵” (ibidem, p. 37).

O autor ainda refere que “o aumento da awareness promete mudanças em todos os níveis de nossas vidas. Em Gestalt-terapia de casais, a awareness do processo é a base para a mudança significativa” (ibidem, p.185).

A partir da ampliação da awareness, o casal sai de um padrão cristalizado, disfuncional, limitador de sua existência, de suas possibilidades, e da capacidade de auto-regulação do sistema. Assim, a partir do momento em que os membros do casal percebem seus impasses (algumas vezes estes nem são reconhecidos como tal), e se dão conta da forma como interagem; se apropriam da sua existência, e vislumbram possibilidades de novas escolhas, possuindo alternativas à manutenção do mesmo padrão de comportamento. As gestalten do sistema adquirem um fluxo livre, suave e estético; as interações tornam-se funcionais, e o casal está pronto para partir, tendo casal e terapeuta, em parceria, realizado o processo terapêutico de forma bem-sucedida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, gostaria de retomar a proposta original para a realização do presente trabalho (apresentada na introdução), que consistia na aplicação de questionário, a ser respondido por casais que vivenciavam o quadro de vaginismo para realização de uma pesquisa sobre o tema. Deparamo-nos com uma grande dificuldade de reunir público para viabilizá-la. Apesar de haver enviado e-mail para uma lista que apresentava 877 endereços eletrônicos e ter entrado em páginas de comunidades do Orkut ligadas ao tema, falando a respeito da pesquisa; não houve retorno.

A hipótese considerada mais provável diante de tal fato é que, sendo a sexualidade um tema muito íntimo e que ainda se constitui como um tabu, existe entre os casais dificuldades para falar desta temática, o que, além de trazer indícios a respeito de existir uma comunicação muitas vezes truncada entre os casais sobre o que está na ordem do sexual, pode implicar também no adiamento da procura pela ajuda profissional até que a situação traga um nível de sofrimento significativo.

Pôde ainda ser observado durante a elaboração desta monografia, que não existe um consenso entre os profissionais de saúde em relação ao diagnóstico do quadro de vaginismo. Uma corrente defende que o diagnóstico de vaginismo somente se justifica quando não houver nenhum fator orgânico que o desencadeie. Uma segunda orientação classifica o quadro como vaginismo ainda quando derivado de causas orgânicas. Entendo que sendo secundário, não deva ser classificado por vaginismo, mas diagnosticada a patologia que desencadeou a dificuldade/impedimento da penetração.

O estudo também revela (e chama a atenção) que a desinformação, o desconhecimento a respeito da temática sexualidade não se restringe apenas ao público leigo. Pesquisa realizada por Almeida, Silva e Araújo (2005) aponta que profissionais de saúde possuem poucas informações sobre este tema. Tal fato é corroborado por VEIGA (2007), salientando que a educação sexual tem “ficado de lado nas universidades, não se tornando parte da educação e treinamento dos profissionais da área de saúde.” Acrescento que, durante a minha graduação, realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro no período de 1999 a 2003, não haviam disciplinas referentes ao estudo da sexualidade. A situação é ainda mais preocupante em relação à Gestalt-terapia. A produção de artigos referentes ao tema na abordagem gestáltica é extremamente escassa, razão pela qual este trabalho teve a sua elaboração baseada principalmente em literatura pesquisada na internet. Tal situação deixa um buraco, um vazio na formação dos profissionais que trabalham na área de saúde. Faz-se urgente a elaboração de pesquisas, de artigos e a criação de disciplinas nas universidades ligadas à área da sexualidade.

A partir dos estudos realizados sobre os referenciais epistemológicos que fundamentam a Gestalt-terapia, trouxe neste trabalho um olhar do quadro de vaginismo, baseado principalmente nos conceitos de contato e awareness, que se encontram intimamente ligados. É a partir do contato que se torna possível o desenvolvimento do ser, a sua auto-regulação. É partir da ampliação da awareness que o homem se apropria de si, do seu modo de ser-e-estar-no-mundo, podendo vislumbrar alternativas ao padrão cristalizado e disfuncional de existir.

Quando as fronteiras de contato estão disfuncionais e enrijecidas, o fluxo das gestalten é comprometido, as figuras tornam-se dismórficas, obnubiladas - não possuem a boa forma. Os bloqueios e interrupções nas fronteiras de contato podem alienar o ser, que apresenta dificuldades em distinguir o si-mesmo e o meio. As interrupções do contato trazem, ainda, acúmulo de tensão, que pode se manifestar também sobre o corpo, que sinaliza o estado de desequilíbrio desenvolvendo quadros como o vaginismo.

Encerro este estudo convicta de que o trabalho do gestalt-terapeuta não pode prescindir do olhar sobre as fronteiras de contato do cliente e de intervenções que auxiliem o desenvolvimento da awareness daquele que lhe procura.

A partir da realização deste estudo, formulei a compreensão de que uma gestalt inacabada, por estar distorcida, incompleta, não pode ser compreendida pelo ser; torna-se enigmática para ele, que percebe apenas as sensações de angústia ou a doença, meios por quais se manifesta. É através do corpo que ela clama ser ouvida. Torna-se importante, então, oferecer ao corpo uma escuta. Através da fala do cliente, a gestalt inacabada, dismórfica e que irrompe no corpo, vai se completando, adquirindo uma boa forma. Este, então, pode dar-lhe um sentido, assimilá-la, deixando-lhe no passado, onde pertence. O ser então fica disponível para a formação de novas figuras, mais claras, mais definidas.

Encerro minhas considerações com a letra da canção O Sol, composta por Antônio Júlio Nastácia e interpretada pelo grupo Jota Quest, que serve como metáfora para o que acontece quando uma situação é elaborada tornando-se uma figura completa, não mais ressurgindo constantemente e incomodando, trazendo dor.

Ei dor...eu não te escuto mais,
 Você, não me leva a nada.
 Ei medo...eu não te escuto mais,
 Você, não me leva a nada.
 E se quiser saber pra onde eu vou,
 Pra onde tenha sol, é pra lá que eu vou
 E se quiser saber pra onde eu vou,
 Pra onde tenha sol, é pra lá que eu vou.

REFERÊNCIAS

Revista IGT na Rede, v. 6, nº 10, 2009, p.90-143 DOI **10.5281/zenodo.15019461**

Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN: 1807-2526

ABDO, Carmita Helena Najjar; FLEURY, Heloisa Junqueira. **Aspectos Diagnósticos e Terapêuticos das Disfunções Sexuais Femininas**. In: Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 33, n. 3, p.162-167, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832006000300006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 05 nov. 2007.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques; SILVA, Luciana Alexandre; ARAÚJO, Neide Maria de. **Conhecimento de Acadêmicas de Enfermagem sobre Disfunções Sexuais Femininas**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiania, v. 07, n. 02, p. 138 - 147, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/v7n2.htm>. Acesso em 17 mar. 2007.

ANKIER, Cila. **Definições e Classificações das Disfunções e das Respostas Sexuais das Mulheres, ao Longo dos Tempos**. In: Arquivos H. Ellis Saúde Sexual e Reprodutiva, [S.l.], v. 01, n.2, out./dez. 2004. Disponível em: <http://www.arquivoshellis.com.br/revista/01_021004/revista_021004_sexualidade_feminina_01.asp>. Acesso em 18 mar. 2007

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: **Informação e documentação – Referências – Elaboração**. Rio de Janeiro, ago. 2002a

_____. NBR 10520: **Apresentação de Citações em Documentos**. Rio de Janeiro, ago. 2002b

_____. NBR 14724: **Informação e Documentação – Trabalhos Acadêmicos – Apresentação**. Rio de Janeiro, dez. 2005

BACK, Lolita Rivera. **Vaginismo**. Renascer - Centro de Psicoterapia e Sexologia, Goiânia, [20--]. Disponível em: <<http://www.mps.com.br/renascer/vaginismo.htm>>. Acesso em 17 mar. 2007.

BALLONE, G. J. **Friederich Perls**. PsiqWeb, [S.l.], 2005. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?sec=53&art=158>>. Acesso em 02 mar. 2008.

_____. **O que é Normal em Sexualidade?**. Virtual Psy, [S.l.]: 2004. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=81&sec=23>>. Acesso em 17 mar. 2007.

_____. **A Disfunção Sexual nas Pessoas com Câncer**. PsiqWeb, [S.l.], 2001. Disponível em:

<<http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/cancer4.html>>. Revisto em 2002. Acesso em 23 nov 2006.

BARBALHO, Maria Celisa M. **Relacionamento Conjugal Satisfatório e a Qualidade de Vida Sexual em Mulheres no Climatério**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.celisabarbalho.com.br/formacao.html>>. Acesso em 20 mar. 2008.

BAHLS, Saint-Clair; Navolar, Ariana Bassetti Borba. **Terapia Cognitivo-Comportamentais**: Conceitos e Pressupostos Teóricos. Psico UTP online Revista Eletrônica de Psicologia, Curitiba, n. 04, jul. 2004. Disponível em: <www.utp.br/psico.utp.online>. Acesso em 21 abr. 2008.

BRENDLER, J. **Vaginismo**. [Porto Alegre], [20--]. Disponível em: <http://www.terapiadosexo.med.br/html/rosa_vaginismo.asp>. Acesso em 29 nov. 2007.

CANTARINO, Carolina. **Sartre**: o exercício da liberdade. Cienc. Cult. , São Paulo, v. 57, n. 3, 2005 . Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252005000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Apr 2008.

CARRERA C.; FERREIRA, I. **Do Grupo de Recepção ao Grupo Regular**: que Grupo é esse? In: Cadernos IPUB nº 17 A Clínica da Recepção. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2000.

CID-10. 10. ed., [S.l.], 1993. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>>. Acesso em 20 nov. 2007.

CRACEL, Daniela Leite de Carvalho. **Gestalt-terapia na Família Globalizada**. IGT na Rede, [Rio de Janeiro], v.1, n.1, 2004. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/viewissue.php?id=2#Trabalhos_de_alunos>. Acesso em 31 mar. 2008

CRESCO, María Eugenia Olivares; FERNÁNDEZ-VELASCO, Rocio. **Cognitive-Behavioural Treatment of a Case of Vaginism and Phobia About Pelvic Examination**. Psychology in Spain, [Madrid], v. 8, n. 1, p.106 - 121, 2004. Disponível em: <<http://www.psychologyinspain.com/content/full/2004/full.asp?id=8010>>. Acesso em 10 nov. 2007

DALGALARRONDO, Paulo. **Principais Escolas de Psicopatologia**. In: Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. cap. 4.

DIA dos Namorados: Paixão e Atenção. Bibliomed, Inc., [S.l.], 2002.

Disponível em:

<<http://boasaude.uol.com.br/Lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3212&ReturnCatID=1781>>. Acesso em 17 mar. 2007.

DREZETT et al. **Estudo da Adesão à Quimioprofilaxia Antiretroviral para a Infecção por HIV em Mulheres Sexualmente Vitimadas**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 539 - 544, 1999.

Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/jefferson/adeso.doc>>. Acesso em 17 mar. 2007.

DSM-IV. 4. ed., Psic. Net. 2003. Disponível em:

<<http://www.psicnet.psc.br/dicionario/default.asp?letra=&categoria=2&palavra=vaginismo>>. Acesso em 20 out. 2007.

FERREIRA, J. **O Comportamentalismo e a Instrução Programada**, Porto Alegre: UFRGS, 1997. Disponível em:

<<http://penta.ufrgs.br/~jairo/viavers1.htm>>. Acesso em 09 fev. 2008.

FREUD, S. (1923b). **O Ego e o Id**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____(1923a). **A Consciência e o que é Inconsciente**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____(1915b). **As Características Especiais do Sistema Ics**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____(1915a). **O Inconsciente**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____(1913) **Sobre o Início do Tratamento**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____(1912). **A Dinâmica da Transferência**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GARCEZ, Andréa. **Fisioterapia em Uroginecologia: Uma Nova**

Especialidade, [S.l.], [s.n.], 2006. Disponível em:

<http://www.samuelcelestino.com.br/php/artigos_detalhados.php?noticia=3936>. Acesso em 28 nov. 2006

GESTALT-CENTRO DO RIO GRANDE DO SUL. **Princípios**. Porto Alegre, [20--?]. Disponível em <<http://www.igestalt.psc.br/princip.htm>>. Acesso em 27 nov. 2007

HALBERSTADT-FREUD, Hendrika. **Electra Versus Édipo**. In: Psychê, São Paulo, ano X, n.17, p.31 - 54, jan./jun. 2006. Disponível em <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psyche/v10n17/v10n17a03.pdf>>. Acesso em 17 fev. 2008.

INSTITUIÇÃO TOLEDO DE ENSINO. **Teoria de Campo de Lewin**. [S.l.], [20--]. Disponível em:
<http://64.233.169.104/search?q=cache:vYnw7unS3m4J:www.ite.edu.br/apostilas/Teoria%2520de%2520Campo%2520de%2520Lewin%252029.09.doc+teoria+campo+lewin&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=6&gl=br&lr=lang_pt>. Acesso em 03 jan. 2008.

JAS FARMA, COMUNICAÇÃO. **Vaginismo Impede Relações Sexuais**. [S.l.], [20--]. Disponível em : <<http://saude.sapo.pt/artigos/?id=752686>>. Acesso em 16/03/07

LIMA, Patrícia Valle de Albuquerque. **Teoria Organísmica**. IGT na Rede, [Rio de Janeiro], v. 2, n. 3, 2005. Disponível em:
<<http://www.igt.psc.br/ojs/viewissue.php?id=4#Artigos>>. Acesso em: 24 fev. 2008.

MAGALHÃES, Maria Cristina Rios. **Transferência**: Transmissão de Saber na Psicanálise e a Formação do Psicanalista. Versão revisada e modificada em dezembro de 2001, do artigo publicado no Anuário Brasileiro de Psicanálise, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1995, número 3. Disponível em:
<http://www.estadosgerais.org/historia/21-transferencia.shtml>. Acesso em 21 abr. 2008.

MATHIAS, Clarissa et al. **Uso da Escala de Experiência Sexual do Arizona (ASEX) na Avaliação de Disfunção Sexual em Pacientes Oncológicos Brasileiros**. In: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 54, n. 3, p.216 - 220, 2005. Disponível em: <[http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP\(3\)2005_\(216-220\).pdf](http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP(3)2005_(216-220).pdf)>. Acesso em 08 jan. 2006.

MERCK SHARP & DOHME - BRASIL. **Distúrbios da Função Sexual**. In: Manual Merck de Informação Médica Saúde para a Família. [S.l.], Merck Research Laboratories, 1995-2007. Disponível em: <http://www.msd-brazil.com/msd43/m_manual/mm_sec7_88.htm>. Acesso em 30/03/08

MOURA, Maria Lucia Seidl de; FERREIRA, Maria Cristina. **Projetos de Pesquisa. Elaboração, redação e Apresentação**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2005.

MOURA, Maria Lucia Seidl de; FERREIRA, Maria Cristina; PAINE, Patrícia Ann. **Manual de Elaboração de Projetos de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

MUSE, Mark. **Tratamiento de Disfunciones Sexuales Manual Terapêutico**. Madrid: TEA Ediciones, 1994.

NOLASCO et al. **Atuação da Cinesioterapia no Fortalecimento Muscular do assoalho pélvico feminino**: revisão bibliográfica. Efdeportes.com Revista Digital ano 12 n. 117 Buenos Aires, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd117/fortalecimento-muscular-do-assoalho-pelvico-feminino.htm>>. Acesso em 20 abr. 2008.

O GLOBO ONLINE. **Ginecologistas Explicam o que Pode Provocar Dores nas Mulheres no Ato Sexual**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://oglobo.globo.com/vivermelhor/mulher/mat/2008/02/22/ginecologistas_explicam_que_pode_provocar_dores_nas_mulheres_no_ato_sexual-425783428.asp. Acesso em 27 fev. 2008

PARISOTTO, Luciana **Querer e não poder**: Angústia sem Controle. ABC da Saúde, [S.l.], [20-00]. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?445>>. Acesso em 22 nov. 2006.

_____. **A Terapia Sexual no Terceiro Milênio Novas Perspectivas, Velhos Conflitos**: Atacando nos Dois Lados. ABC da Saúde, [S.l.], [20--]. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?405>>. Acesso em 29 nov. 2007.

PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PERLS, Frederick Salomon. **A abordagem Gestáltica e a Testemunha Ocular da Terapia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

PIMENTEL, Adelma. **Compreendendo o Desenvolvimento Saudável e o Doente em Gestalt-Terapia para Realizar um diagnóstico colaborativo**. BOLETIM CLÍNICO – n. 9 - outubro/2000. Disponível em: http://www.pucsp.br/clinica/publicacoes/boletins/boletim09_05.htm. Acesso em 10 jan. 2008

PINHEIRO, M.; ESTARQUE, M. **Vaginismo**. Rio de Janeiro, [20--]. Disponível em: <<http://www.marcelomarcia.na-web.net/Vaginismo.html>>. Acesso em 23 nov. 2003.

POLSTER e POLSTER, Miriam e Erving. **Gestalt-terapia Integrada**. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

PRADO, Josiane Aparecida Ferrari de Almeida. **Supervivência: Novos Sentidos na Vida após a Mastectomia**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002. Disponível em: <<http://150.162.90.250/teses/PPSI0076.pdf#search=%22mastectomia%20histerectomia%20sexualidade%20psicologia%22>>. Acesso em 26 nov. 2006.

PORTELA, Patrícia. **Apresentação de Trabalhos Acadêmicos de Acordo com as Normas de Documentação da ABNT: Informações Básicas**. Uberaba: Universidade de Uberaba. Biblioteca Central, 2005. Disponível em: <http://hortolandia.hoyler.edu.br/documentos/metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em 12 nov. 2007.

QUILICI, Mário. **Vaginismo**. Quando o Medo Torna Impossível o Prazer. RedePsi, 2006. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/print.php?itemid=70>>. Acesso em 23 nov. 2006.

RACCO, Regina. **Pompoarte**. IBAHIA.COM, [S.I.], 18 mar. 2004. Disponível em: <<http://ibahia.globo.com/entrevistas/artigos/default.asp?modulo=1444&codigo=82853>>. Acesso em 23 nov. 2007.

REVISTA BRASILEIRA DE SEXUALIDADE HUMANA. São Paulo, v. 2, n. 2, 1991. Disponível em: <http://www.adolec.br/bvs/adolec/P/pdf/volumes/volume2_2.pdf>. Acesso em 04 dez. 2006.

RODRIGUES, Carmelita. **Mecanismo de Bloqueio de Contato**. [S.I.], Psicologia em Pauta, [20--?]. Disponível em: <<http://psicopauta.wordpress.com/letras/>>. Acesso em 16 mar. 2007.

RODRIGUES, Hugo Elídio (org). **Glossário Gestáltico**. [Rio de Janeiro], [20--]. Disponível em: <<http://www.geocities.com/hotsprings/resort/2631/frase4.htm>>. Acesso em 31 mar. 2008.

SILVA, Sandra; LOUREIRO, Joana; SOUSA, Gisela. **Psicoterapia de Grupo com Mulheres Mastectomizadas**. Universidade Lusíada Porto, 2004. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0053>. Acesso em 23 mar. 2006.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. **Problemas psicopatológicos contemporâneos: Uma perspectiva existencial**. Aná. Psicológica. [online]. July 2006, vol.24, no.3, p.405-413. Disponível em:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000300017&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0870-8231. Acesso em 22 abr. 08

TENÓRIO, Carlene Maria Dias. **O Conceito de Neurose em Gestalt-terapia**. Universitas Ciências da Saúde - vol.01 n.02, p. 239-251, 2003. Disponível em <<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/view/508/329>>. Acesso em 23 abr. 08

VEIGA, Ana Paula. **Orgasmo: Querer e Poder**. IGT na Rede, [Rio de Janeiro], v. 4, n. 6, 2007. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=117&layout=html>>. Acesso em 05 nov. 2007.

WALKER, Daniel. **Introdução ao Estudo da Sexologia**, [S.l.], [s.n.], [2006]. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/sexologia.pdf>>. Acesso em 28 nov. 2006

YONTEF, Gary M. **Processo, Diálogo e Awareness Ensaios em Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 1998.

ZEUTGRAPH, Maria Cristina. **A Comunicação dos Resultados da Pesquisa - a Monografia**. In: Docência do Ensino Superior. Pesquisa em Educação. UFRJ/CEP 2001.

_____. _____. **a Formatação da Monografia**. In: Docência do Ensino Superior. Pesquisa em Educação. UFRJ/CEP 2001.

_____. _____. **a Lógica da Concepção do Projeto de Pesquisa**. In: Docência do Ensino Superior. Pesquisa em Educação. UFRJ/CEP 2001.

_____. _____. **a Pesquisa Bibliográfica**. In: Docência do Ensino Superior. Pesquisa em Educação. UFRJ/CEP 2001.

_____. _____. **técnicas diretas de Coletas de Dados Quantitativos e Qualitativos**. In: Docência do Ensino Superior. Pesquisa em Educação. UFRJ/CEP 2001.

ZINKER, Joseph C. **A Busca da Elegância em Psicoterapia**. São Paulo: Summus, 2001.

Endereço para correspondência:

Monica A. de Oliveira Pinheiro

E-mail: monic_pinheiro@yahoo.com.br

Recebido em: 25/07 /2008.

Aprovado em: 07/03/2009.