

Terapia cognitivo-comportamental para anorgasmia

Fabiane Zechin, Viviane Tuchenhagen e Giovanni Kuckartz Pergher

Introdução

Atualmente, a saúde sexual é considerada fundamental para a qualidade de vida, sua importância está sendo cada vez mais reconhecida para a longevidade das relações afetivas e como parte da saúde e bem-estar do indivíduo (Mulhall, King, Glinn & Hvidsten, 2008; Studd, 2007). Independentemente do gênero, o aspecto prazeroso do sexo parece ter maior importância que sua finalidade reprodutiva (Souto & Souza, 2004; Studd, 2007; Colson et al., 2006).

A sexualidade é capaz de influenciar a saúde física e mental e pode ser afetada por fatores orgânicos, emocionais e sociais. O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode acarretar o surgimento de disfunções sexuais (APA, 2002), que implicam alguma alteração desse ciclo, tal como falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento, manifestada de forma persistente e recorrente (Abdo & Fleury, 2006; Clayton, 2007; Ferreira, Souza & Amorin, 2007).

Na mulher, as disfunções sexuais podem resultar de falta de conhecimento sobre a própria sexualidade, desinformação sobre a fisiologia da resposta sexual, problemas fisiológicos, interpessoais, cognitivos e, sobretudo, conflitos com o parceiro, situações capazes de desencadear problemas emocionais e alterar sua resposta sexual e qualidade de vida (Munarriz, Kim, Goldstein & Traish, 2002; Phillips, 2000; Lewis et al., 2004).

A anorgasmia é uma disfunção sexual que se caracteriza como atraso ou ausência persistente ou recorrente de orgasmo, após uma fase normal de excitação sexual (APA, 2002). Ela tende a afetar a imagem corporal, a autoestima ou a satisfação com o relacionamento, de modo que a mulher pode sentir-se incompetente, inferiorizada, diminuída ou humilhada. Por outro lado, o parceiro pode interpretar como sinal de desamor e perda do potencial de sedução da esposa, o que reforça prejuízos no relacionamento (Dennerstein, Dudley & Burguer, 2001).

Tendo em vista que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) desenvolveu-se e disseminou-se a partir de sua comprovada eficácia no tratamento de diversos transtornos mentais e quadros psicopatológicos (Beck, 1997), este capítulo objetiva abordar questões relativas à anorgasmia e suas implicações frente à prática da terapia cognitivo-comportamental. Diante disso, serão apresentados os principais fatores e representações cognitivas que levam a essa disfunção sexual e algumas técnicas de tratamento que visam à remissão da sintomatologia apresentada pelas pacientes.

Diagnóstico e epidemiologia

Na atualidade, muito se comenta sobre igualdade entre homens e mulheres. Dessa forma, nasce uma nova mulher e, junto com ela, crescem as possibilidades de desejar, conquistar espaço, constituir-se e satisfazer-se em nível tanto pessoal quanto profissional e sexual. O sexo é uma dessas grandes conquistas, mas, da mesma forma como todas, gera um novo estigma social, em função do qual, não raro, cognição e corpo podem funcionar de formas distintas ou até mesmo um contra o outro (Veiga, 2007).

Algum tempo atrás, a mulher deveria comportar-se como um ser assexuado, dedicando-se exclusivamente aos afazeres domésticos e à criação dos filhos, de modo que o sexo era interpretado como doação ao marido, meio de procriar e, mais tarde, como uma maneira de impedir que ele buscasse fora os encantos que o casamento prometia (Foucault, 1994; Silva, 1989 citado por Veiga, 2007). No entanto, com o decorrer dos anos, a sociedade tem se tornado progressivamente mais liberal em relação às questões ligadas à sexualidade humana, de modo que a mulher foi conquistando espaço pessoal, profissional e, principalmente, sexual. Da mesma forma como a qualidade de vida da população tem melhorado nas últimas décadas, a atividade sexual satisfatória também vem merecendo destaque (Mendlowicz & Stein, 2000).

Fatores de risco

São inúmeros os fatores que interferem negativamente na atividade sexual humana, a citar: transtornos psiquiátricos, doenças médicas gerais e neurológicas, medicações, conflitos interpessoais, sociais e psicológicos, crenças culturais e combinações entre esses (Kennedy et al., 2000; Bergmark et al., 1999; Enzlin et al., 2002; Gonzales et al., 2006; Basson & Schultz, 2007; Lewis et al., 2004; Hartmann, Philippsohn, Heiser & Rüffer-Hesse, 2004; Pauls, Kleeman & Karram, 2005; Pablo & Soares, 2004). Influências socioculturais como tabus, crenças religiosas e mitos culturais também devem ser consideradas (González et al., 2006; Basson & Schultz, 2007). Além disso, vemos como fatores de influência: baixa escolaridade, estresse, educação sexual inadequada ou ausente, abuso sexual, falta de técnica do parceiro, conflitos pessoais e conjugais, doenças pessoais e familiares, sentimentos de culpa relacionados ao sexo, aceitação social, problemas financeiros, menopausa, poucas relações sexuais etc. (Cavalcanti, 2006; Redelman, 2006; Bancroft, 2002; Çayan et al., 2004; Hartmann et al., 2004; Sidi, Puteh, Abdullah & Midin, 2007; Pablo & Soares, 2004; Carey, 2007).

As alterações hormonais decorrentes da idade da mulher e sua experiência sexual também são de suma importância. Da mesma forma, mulheres jovens e/ou principiantes costumam apresentar dificuldade para relaxamento/lubrificação, o que não significa disfunção enquanto não houver experiência sexual suficiente (Abdo & Fleury, 2006; Gonzales et al., 2006; Sidi et al., 2007; Pablo & Soares, 2004), ou seja, é possível que as mulheres não saibam como proporcionar prazer, mostrar afeto ao parceiro, ou como otimizar seu próprio prazer sexual (Carey, 2007).

O ciclo de resposta sexual

A resposta sexual resulta da união de fatores orgânicos e fatores psicossociais. Mudanças nos âmbitos físico e emocional podem gerar disfunções sexuais (Tess & Savoia, 2007; Rangé, 2001). Há tempo, acreditava-se que a atividade sexual “normal” ocorria com excitação exclusiva dos órgãos genitais primários em conduta heterossexual. Por meio de estudos populacionais, constatou-se que os americanos apresentavam diferentes práticas sexuais, envolvendo o corpo de ambos os parceiros de forma ampla e irrestrita, de modo que somente a finalização do ato envolvia os genitais (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948). Por outro lado, foi desenvolvido na década de 1960 um modelo de ciclo de resposta sexual comum aos dois gêneros, composto por quatro fases: excitação, platô,

orgasmo e resolução (Masters & Johnson, 1984). Já, na década de 1970, um novo esquema de resposta sexual foi formulado, constituindo-se por três fases: desejo, excitação e orgasmo (Kaplan, 1987). Por fim, a partir da associação dos modelos de Masters e Johnson (1984) e de Kaplan (1987), definiu-se que a resposta sexual saudável é um conjunto de quatro etapas sucessivas: desejo, excitação, orgasmo e resolução.

A fase de desejo corresponde às fantasias acerca da atividade sexual e ao próprio desejo de realizá-la. A fase de excitação consiste em um sentimento subjetivo de prazer que se acompanha de alterações fisiológicas preparatórias para o ato sexual. O orgasmo é o clímax do prazer sexual e se acompanha de contrações rítmicas dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutores. Por fim, a fase de resolução corresponde a uma sensação de relaxamento muscular e bem-estar geral (Spector & Carey, 1990).

Contudo, as pesquisas e a observação clínica trouxeram à tona a constatação de que o modelo de ciclo de resposta sexual atualmente adotado não responde ao que, de fato, ocorre em grande parte das mulheres. Assim, algumas mulheres não têm desejo espontâneo, ou seja, algumas iniciam a atividade para acompanhar seus parceiros, não motivadas por estímulos próprios, e algumas mulheres, ao terem, nem sempre dão sequência ao ato sexual (Leiblum, 2000). Desta forma, confirma-se que a excitação pode preceder o desejo devido à identificação de sensações genitais prazerosas, o que justifica o interesse por sexo.

Com base nesse argumento, foi apresentada uma nova proposta de resposta sexual feminina, ressaltando o valor da intimidade como fator motivacional para o sexo. Muitas mulheres iniciam o ato sexual desejando aproximação física e carinho, sem suficiente interesse e entusiasmo, sem antes ser envolvida pela sensação erótica (no início do ciclo), o que exclui muitas mulheres da categoria de disfuncionais (Basson, 2001). À medida que essas manifestações da resposta sexual foram reconhecidas, estabeleceram-se critérios diagnósticos com o intuito de diferenciar o que seria “normal” e o que seria patológico, dando origem aos transtornos da sexualidade (Abdo & Fleury, 2006).

Anorgasmia e epidemiologia

É uma disfunção sexual comum a todas as regiões do mundo e mais prevalente na mulher (Laumann, Park & Rosen, 2000). Apesar disso, costuma ser pouco detectada, o que pode ser explicado pelo desconhecimento da natureza das disfunções sexuais pelos profissionais e/ou pacientes ou porque ambos não se sentem à vontade para abordá-las (Abdo & Oliveira, 2002).

Estima-se que as disfunções sexuais femininas variam entre 40% e 45% das mulheres, e a prevalência de anorgasmia gira em torno de 30% (Lewis et al., 2004). A questão orgânica tem baixa relevância, ficando em torno de 5% dos casos (Veiga, 2007). No Brasil, um estudo realizado com 1.219 mulheres com idade superior a dezoito anos revelou uma prevalência de disfunções sexuais femininas de 49%, sendo a anorgasmia 21% (Abdo, 2004).

Diagnóstico

O diagnóstico da anorgasmia é eminentemente clínico, pois a disfunção sexual feminina é um problema multicausal e multidimensional que tem componentes biológicos e psicológicos (Baracat, Monttelato, Mitre & Arap, 2004).

A sexualidade feminina possui peculiaridades que devem ser conhecidas para se realizar um bom diagnóstico. A queixa da paciente aliada à presença de alguns elementos de anamnese e um mínimo de seis meses de sintomatologia são critérios fundamentais para a caracterização da disfunção (Abdo & Fleury, 2006). Para auxiliar na anamnese pode-se formular um questionamento prático contendo diversos fatores que irão facilitar tanto para o esclarecimento do diagnóstico como para fornecer dados para a conceitualização cognitiva, o que irá auxiliar o planejamento do tratamento. Devem ser questionados históricos: a) médico (doenças, drogas, tipo de parto, uso de pílula etc.); b) social (posição na família, traumas, comunicação, tabus, religião, questões educacionais etc.); c) psicológico (emoções gerais, traumas, psicopatologias, uso de medicamentos); d) sexual (detalhado, queixa sexual atual, aprendizado sexual anterior, educação, experiências sexuais negativas etc.) (Redelman, 2006).

Além disso, é importante investigar as condições do parceiro, para afastar possíveis equívocos de interpretação frente ao quadro referido pela paciente, por exemplo, um homem com ejaculação precoce pode conduzir sua parceira a se considerar anorgásmica, quando de fato a precocidade dele a impede de concluir o ciclo de resposta sexual com êxito (Abdo & Fleury, 2006; Veiga, 2007). Nesse sentido, estimulação sexual inadequada em foco, intensidade ou duração exclui diagnóstico de disfunção de excitação ou orgasmo (APA, 2002).

É preciso ponderar, assim como no caso de outras disfunções sexuais, tanto para diagnóstico como para tratamento e prognóstico, “a distinção entre disfunção primária (ao longo da vida) e secundária (adquirida), bem como entre disfunção generalizada (presente com qualquer parceria) e situacional (presente em determinadas circunstâncias e/ou parcerias)” (Abdo & Fleury, 2006, p. 165).

Salienta-se que uma dificuldade sexual (por exemplo, transtorno da excitação sexual) pode gerar outra (como transtorno do desejo sexual hipoativo), devendo, neste caso, ser diagnosticados adicionalmente todos os transtornos envolvidos. O mesmo acontece diante de coexistência de disfunção sexual e transtorno de personalidade e/ou alguma condição médica geral (APA, 2002). Devido à multiplicidade de fatores envolvidos, recomenda-se avaliação psicossocial, de preferência por equipe multidisciplinar, principalmente naqueles casos em que a disfunção ocorre desde o início da vida sexual ou sofre influência de condições psicológicas e relacionais, tais como: condições de vida estressantes, mudanças na parceria, conflitos no vínculo conjugal e disfunção sexual do parceiro” (Abdo & Fleury, 2006).

Anorgasmia e comunicação

É esperado que muitos problemas ocorram na vida dos casais; problemas relacionados com trabalho, educação dos filhos, aspectos econômicos etc., porém, quando ocorrem durante a relação sexual, há uma probabilidade de que não se fale sobre. “Os papéis tradicionais atribuídos ao sexo ou outras limitações culturais podem impedir uma discussão saudável dos problemas sexuais” (Carey, 2007, p. 291).

Carência e falta de diálogo estão relacionados à disfunção do orgasmo na mulher (Byers, 2005; Veiga, 2007), pois dificilmente casais que não tenham uma boa comunicação ou que tenham ressentimentos permeando o relacionamento darão prazer um ao outro e se sentir confortáveis na relação sexual (Tess & Savoia, 2007). Assim, relacionamentos estáveis de longa duração dependem dos métodos de comunicação entre os cônjuges (Kaplan, 1999). A comunicação é um fator muito importante para a saúde sexual, pois, o fato de os cônjuges conversarem aberta e honestamente também sobre gostos e preferências (Kelly, Strassberg & Turner, 2004) leva à aceitação e ao entendimento da própria sexualidade e da sexualidade do parceiro, gerando satisfação com a relação (Delamater & Friedrich, 2002), da mesma forma que a satisfação com a relação e sentimentos positivos em relação ao parceiro têm efeito no bem-estar e na libido (Hartmann et al., 2004).

Tratamento/terapia da anorgasmia

A intervenção psicológica é considerada uma estratégia terapêutica para a maioria dos casos. Quando necessária, a terapia combinada entre psicoterapia, tratamento médico e farmacológico poderá ser a melhor opção (Pablo & Soares, 2004).

A abordagem de escolha é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que foi sistematizada nos Estados Unidos, na década de 1960, por Aaron Beck, que realizou as primeiras pesquisas sobre sua eficácia. É uma psicoterapia breve, estruturada, orientada para o presente, direcionada a resolver problemas atuais e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais (Beck, 1964), que visa a promover mudanças de atitude, do pensamento sexual e redução da ansiedade (Basson et al., 2004a; Carey, 2007). O modelo cognitivo propõe que as emoções e os comportamentos das pessoas são determinados por sua percepção e sua interpretação dos eventos (Beck, 1997).

A psicoterapia sexual é um conceito multidimensional que engloba aspectos gerais do relacionamento do casal e aspectos específicos da relação sexual (Tess & Savoia, 2007). A proposta do tratamento psicoterápico é promover a satisfação sexual, de modo que a mulher canalize de maneira satisfatória os estímulos sexuais, aperfeiçoe o foco de atenção em tais estímulos e restrinja as fontes de ansiedade que possam concorrer com o sexo (Veiga, 2007).

No tratamento são utilizadas técnicas cognitivas e comportamentais como psicoeducação, dessensibilização sistemática, focagem de sensações, relaxamentos, exercícios de Kegel (1952), masturbação e uso de vibradores, treinamento de habilidades de comunicação para ajudar o casal a tornar mais fácil a expressão de suas preferências sexuais (Basson et al., 2004b; Meston, Hull, Levin & Sipski, 2004; Carey, 2007).

Na terapia sexual, o casal é o foco, porém, no caso de um dos cônjuges se opor ou de o paciente não possuir um companheiro ou parceiro fixo, é exequível uma intervenção individual (Pablo & Soares, 2004; Carey, 2007). Nesse caso, a terapia individual cria condições para que a mulher amplie o autoconhecimento e possibilite o prazer consigo, por meio da psicoeducação. Muito frequentemente, durante o tratamento individual, a mulher passa a ter maior curiosidade sobre o próprio corpo, pois é importante que ela se conheça, se toque, aprenda o que gosta e o que não lhe agrada (Veiga, 2007).

A psicoterapia de grupo também tem sido uma das modalidades de escolha devido à característica vivencial e à abordagem biopsicossocial. O acolhimento e a continência grupal favorecem o desenvolvimento da capacidade de interagir com os parceiros (Abdo & Fleury, 2006). 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 (Abdo & Fleury, 2006).

Muito raramente é eficaz trabalhar com disfunções sexuais quando há consumo de drogas ou álcool concomitantemente. Nesse caso, é indicado tratar o problema de ingestão de substâncias psicoativas antes de propor um tratamento (Carey, 2007).

Quanto à frequência das sessões, é indicado que os atendimentos ocorram uma vez por semana, pois permitem a prática em casa sem perder a continuidade. Quando há um avanço significativo na terapia, as sessões podem ser espaçadas, principalmente quando o casal ou o indivíduo demonstra seguir as instruções da terapia; porém, nesse caso, é apropriado que seja permitido um contato telefônico frequente, se necessário (Carey, 2007). Para a maioria dos casais, espera-se um progresso significativo de oito a dezesseis sessões, mas tratando-se de casos complicados, como em casos, por exemplo, de abuso sexual em um dos cônjuges, psicopatologias ou problemas conjugais, pode requerer maior duração da terapia ou necessitar de terapia prévia individual ou de casal (Carey, 2007).

Modelo cognitivo

Fatores psicológicos da anorgasmia

Os pensamentos automáticos são um fluxo de pensamentos que coexistem com o pensamento principal, surgem espontaneamente e não são embasados em reflexão ou deliberação (Beck, 1964; 1997). Tendenciosamente, os indivíduos disfuncionais apresentam pensamentos negativos durante o envolvimento sexual, impossibilitando o surgimento de pensamentos de cunho erótico e desencadeando uma resposta sexual negativa. Nas mulheres, estes pensamentos apresentam-se relacionados com imagem corporal, desempenho sexual, fracasso, desistência ou ainda a respeito de abuso sexual (Hawton, 1985).

As crenças centrais são ideias essenciais sobre si mesmo, sobre as outras pessoas e sobre o mundo que se desenvolvem precocemente na infância e às quais frequentemente não há acesso direto, consciente e racional. Essas crenças caracterizam-se como ideias globais rígidas e absolutas, sendo que normalmente suas validades não são questionadas (Rangé, 2001). O sistema distorcido de crenças pode perpetuar-se em decorrência de várias tendências disfuncionais de raciocínio, sendo uma delas a de atentar seletivamente para as informações que confirmam suas crenças, ignorando ou distorcendo os dados que poderiam questioná-las (Beck, 1997).

Cada cultura tem seu conjunto de crenças e mitos sobre a sexualidade, próprios de cada momento histórico, e leva os indivíduos, na eventualidade de insucessos sexuais, a desenvolver pensamentos negativos e catastróficos, que geram um autoconceito negativo, que não só predispõe o surgimento como promove a manutenção de problemas e/ou disfunções sexuais (Zilbergeld, 1999).

Inicialmente, as crenças do sexo feminino assumiam características repressivas e conservadoras (Hawton, 1985). Atualmente, sabe-se que as mulheres, do

mesmo modo que os homens, também sentem o peso dos mitos relacionados com as exigências de desempenho no funcionamento sexual (Heiman & LoPiccolo, 1992). Entre os mais comuns, encontram-se: “qualquer mulher que inicia a atividade sexual é imoral”, “as mulheres normais têm orgasmos sempre que fazem amor” ou “mulheres que não gostam de formas exóticas de sexo são frígidas” (Barlow, 2009).

No decorrer do envolvimento sexual, os indivíduos funcionais tendem a focar sua atenção nas sensações de prazer e estímulos eróticos, levando ao aumento da resposta sexual. Já os indivíduos disfuncionais tendem a monitorizar minuciosamente seu desempenho sexual, experienciando um decréscimo em sua resposta sexual (Masters & Johnson, 1970). Assim, nos indivíduos disfuncionais, tanto do sexo feminino quanto do masculino, o foco atencional tende a ser centrado no desempenho, com influência negativa na resposta sexual. No entanto, para os homens, o foco está na ereção do pênis e nas mulheres está na imagem corporal (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006).

O foco atencional é uma consequência das elevadas exigências de desempenho dos indivíduos disfuncionais, assim como do receio de não serem capazes de cumprir com suas próprias exigências, o que interfere negativamente na resposta sexual (Masters & Johnson, 1970). Assim, da mesma forma que os estímulos de maior exigência são interpretados pelos funcionais como um incentivo positivo, para os disfuncionais são interpretados como um obstáculo insuperável, pois a baixa expectativa de desempenho e antecipação do fracasso geram diminuição na resposta sexual (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; 2006a; 2008). A preocupação com o orgasmo (desempenho) faz que haja desligamento das sensações iniciais e, conseqüentemente, perda da excitação, levando à frustração por não alcançar o orgasmo (Rangé, 2001), ou seja, no decorrer do envolvimento sexual verifica-se uma tendência de que os indivíduos disfuncionais procuram constantemente estímulos que sugiram possíveis indícios de fracasso, contrariamente aos funcionais que tendem a procurar estímulos de prazer (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006; 2006a; 2008).

Técnicas cognitivo-comportamentais

Psicoeducação

É um procedimento muito importante na terapia sexual, visando a proporcionar informações básicas sobre as características sexuais primárias e secundárias, a anatomia e a fisiologia sexuais, o ciclo da resposta sexual, diferenças de gêneros nas experiências e preferências sexuais, bem como os efeitos da ansiedade e das

cognições negativas na resposta sexual. É apropriado fornecer informações sobre planejamento familiar, mudanças normais devido ao envelhecimento no funcionamento sexual da mulher e do homem, doenças crônicas, uso de medicação e até mesmo indicar leituras para os interessados (Carey, 2007; Tess & Savoia, 2007).

A psicoeducação é feita de forma dinâmica com uma troca de visões entre o terapeuta e o casal, durante todo o tratamento, a fim de normalizar as experiências do paciente e diminuir as preocupações que alguns apresentam sobre seus conceitos de “normalidade” (Carey, 2007; Tess & Savoia, 2007). Além disso, é um momento em que muitas crenças aparecem e cabe ao terapeuta usar técnicas adequadas para flexibilizá-las e/ou modificá-las (Tess & Savoia, 2007).

Reestruturação cognitiva

Tendo em vista que as disfunções sexuais estão associadas a sentimentos e pensamentos negativos (crenças centrais) em relação ao sexo, a si próprio ou ao casal (Carey, 2007), cabe ao terapeuta a identificação dessas cognições distorcidas e sua correção, as quais devem ocorrer ao longo de todas as sessões visando a ajudar o paciente a desfazer seus “erros de pensamento” (Tess & Savoia, 2007). O terapeuta deve abordar as distorções cognitivas quando ocorrerem, ajudando a “reestruturar” as mesmas, de modo que o paciente consiga centrar-se em pensamentos que facilitem a sexualidade, não a inibam (Carey, 2007).

Focalização sensorial não genital e genital

Estas técnicas têm como objetivo ensinar o casal a: 1) relaxar nas situações de contato físico íntimo; 2) perceber o parceiro e suas preferências; 3) sentir prazer no contato físico não erótico; 4) comunicar seus sentimentos e modos preferidos de contato físico; 5) aumentar o grau de interações positivas; 6) focar nas sensações físicas; 7) identificar pensamentos e crenças disfuncionais (Tess & Savoia, 2007).

Nesta técnica, o casal é orientado a reservar algumas horas, conforme combinado em terapia, para criar um ambiente acolhedor para o relacionamento por meio de “massagens mútuas”. No início, o objetivo principal é focar nas sensações corporais sem se preocupar com o desempenho, ou seja, sem se preocupar em excitar-se ou ter orgasmo, pois assim haverá redução da ansiedade e a paciente irá centrar-se em algo que é imediatamente atingível, como permitir-se a um tato agradável em vez de tentar atingir um objetivo genital. Para isso, é proibido tanto manter relação sexual quanto toques na genitália de ambos os parceiros. Descobrir regiões e tipos de toques prazerosos, falar e ensinar ao

parceiro o que gosta e o que não gosta também fazem parte do início da técnica (Tess & Savoia, 2007).

Após algumas sessões, embora a relação sexual permaneça “proibida”, o casal é liberado a incluir seios e região genital. Da mesma forma, o foco ainda permanece nas sensações corporais e não na excitação sexual, que pode ocorrer (Tess & Savoia, 2007).

Uma vez que o casal se sinta confortável com o tato genital e esteja preparado para reiniciar o coito, é válido afirmar que o coito pode ser decomposto em várias condutas, variando ritmo e impulsividade dos movimentos, profundidade e tempo que se mantém a penetração. Por fim, o casal pode incluir os movimentos impulsivos e o coito, porém estimula-se que se concentre nas sensações sem preocupar-se com o orgasmo (Carey, 2007).

Treinamento masturbatório

Na prática, o tratamento ocorre basicamente por exposição gradativa a situações sexuais, utilizando-se a técnica da dessensibilização sistemática pela masturbação (Rangé, 2001).

Para a maioria das mulheres, os orgasmos mais intensos, mais fáceis de atingir e mais confiáveis, ocorrem pela masturbação. Para as mulheres que ainda não experimentaram um orgasmo, a masturbação é um modo confiável de obter essa fonte de prazer (Rangé, 2001).

Assim, quando a mulher não vê a masturbação como algo sujo, pecaminoso ou um tipo menos importante de sexo, torna-se mais fácil atingir o orgasmo dessa forma do que durante o coito, tendo em vista que ela pode concentrar sua estimulação sexual mais precisamente onde considerar mais excitante e prazeroso, fazer ajustes no ritmo e, se achar pertinente, usar vibradores (Masters & Jonhson, 1997; Carey, 2007). Cabe ao terapeuta explorar as crenças negativas acerca da masturbação, bem como dedicar atenção à forma que a paciente o faz para que haja a otimização de uma experiência sexual positiva (Carey, 2007).

Programa Lo Piccolo (1972)

Um dos pioneiros nessa proposta foi Lazarus (1963), mas o programa mais conhecido é constituído por etapas nas quais, teoricamente, o grau de dificuldade aumenta gradativamente. As etapas são: 1) conhecer seu corpo e sua história – inicialmente a história sexual da paciente é discutida e pesquisada. Sugere-se que em casa a paciente se olhe e descubra seu corpo, dando-se tempo para isso. Além disso, é solicitado que a paciente faça anotações sobre dúvidas e relate como se

sentiu diante da experiência; 2) descobrir-se pelo toque – a paciente aprende e coloca em prática técnicas de relaxamento muscular e faz os exercícios de Kegel (1952), que consistem no fortalecimento dos músculos pubococígeos. Para isso, solicita-se que a paciente contraia e relaxe os músculos vaginais, pois, com a essa musculatura exercitada, haverá um aumento do fluxo sanguíneo, o que facilitará a excitação e o orgasmo. Também faz parte dessa etapa a exploração tátil e visual, sem expectativa de excitação; 3) tocar-se por prazer – o objetivo é descobrir as áreas que produzem prazer quando estimuladas pela exploração manual e/ou visual. Nessa fase, a masturbação manual dessas áreas é sugerida; 4) tocar-se com prazer, focalizando a atenção – nessa fase, continua-se com os exercícios anteriores, porém, caso o orgasmo não tenha ocorrido nas etapas anteriores, é sugerido o uso de literatura erótica e fantasias; 5) ensaiar o orgasmo – pode-se para a paciente seguir os passos propostos e encenar o orgasmo sozinha, caso ainda não tenha ocorrido. O orgasmo encenado diminui a ansiedade sexual, facilitando a entrega e participação da mulher no ato. Em geral, nessa fase, as mulheres acabam por atingi-lo; 6) usar uma pequena ajuda, o vibrador – é indicado o uso de vibradores como estímulo em todo corpo e como estimulante dos órgãos sexuais, caso o orgasmo não tenha sido atingido; 7) compartilhar com o parceiro – nessa etapa, após o orgasmo ter ocorrido por masturbação, o parceiro observa a paciente masturbando-se. Será trabalhado em terapia, caso a paciente não concorde com essa etapa; 8) dar prazer um ao outro – depois que o orgasmo já aconteceu, a mulher ensina o parceiro como tocá-la; 9) ato sexual com penetração (pênis-vagina) – uma vez que o orgasmo já tenha acontecido nas etapas anteriores, é pedido que o homem estimule os genitais da sua parceira manualmente ou com vibrador durante o intercurso sexual (Rangé, 2001).

O que fica claro no tratamento proposto por Lo Piccolo (1972) é que, durante todas as etapas, é fundamental que o terapeuta reformule crenças, discuta os medos e tenha em mente que as questões cognitivas são o ponto-chave das dificuldades sexuais da paciente (Rangé, 2001).

Emprego de materiais audiovisuais eróticos

O erotismo pode ser empregado para estimular o casal em práticas sexuais com mais segurança, para encorajar experimentação sexual e para apresentar ao casal posições e comportamentos. Além disso, pode ser utilizado quando o repertório sexual do casal tornou-se monótono ou decaiu. É apropriado que terapeuta e paciente abordem acerca da objeção da pornografia, degradação e a consideração da mulher como objeto, para que não haja barreiras para aceitar e experimentar materiais eróticos não degradantes (Carey, 2007).

Prevenção de recaídas

Os benefícios iniciais da terapia podem perder-se com o passar do tempo, da mesma forma que as demandas e as prioridades dos parceiros também mudam. Nesse sentido, é aconselhável que o terapeuta trabalhe estratégias de prevenção de recaídas (Carey, 2007).

McCarthy (1993) propôs um enfoque cognitivo-comportamental para a aplicação dessas estratégias: 1) estimular os pacientes a empregar o tempo usado na terapia para desfrutar como casal após o final da intervenção e estabelecer finais de semana de intimidade; 2) estabelecer sessões de seguimento durante, pelo menos, dois anos; 3) programar a sessão de focalização sensorial mensalmente; 4) ensinar aos pacientes que é normal ocorrer contratempos sexuais e que estes não devem ser interpretados como fracasso; 5) dar conselhos sobre formas íntimas e eróticas para conectar e reconectar. Cada membro deve defender suas necessidades de intimidade sexual e emocional (McCarthy, 1993).

“O objetivo das estratégias de prevenção de recaídas é aumentar a probabilidade de que as melhoras decorrentes da terapia mantenham-se durante um longo tempo e que os efeitos perturbadores de estímulos estressantes sejam minimizados quando de sua ocorrência” (Carey, 2007).

Caso clínico

Maria, 33 anos, nutricionista, procurou terapia alegando dificuldades para atingir orgasmo. Ela é casada com Jorge há seis anos e não tem filhos. Afirma ter tido três ou quatro vezes orgasmos logo após o casamento. Maria teve apenas três namorados e se casou com o último. Iniciou sua vida sexual aos dezessete anos com o primeiro namorado.

A paciente não fuma, não usa drogas e não usa nenhum outro medicamento além de anticoncepcional. Afirma achar-se bonita e atraente, porém não consegue entender os motivos que a impedem de ser sexualmente satisfeita. Maria afirma nunca ter se masturbado, embora racionalmente negasse qualquer tabu.

Na primeira sessão, houve apresentação, entrevista com a paciente para conhecimento do caso, vínculo e explicação do contrato. Ainda na primeira sessão, foram abordadas perguntas e preocupações que a paciente e/ou o casal tinham. Foi iniciada a psicoeducação com o casal, reforçando a noção de que, embora a mulher seja a “paciente”, o foco do tratamento é a condição do casal.

Na segunda sessão, o esposo foi entrevistado individualmente, o que ajudou para a elaboração da conceitualização de caso. Um componente básico desta se-

gunda sessão foi a psicoeducação do casal sobre a atividade sexual e como uma mudança na forma de encarar o ato sexual auxiliaria na diminuição das dificuldades enfrentadas por eles. Foi reforçado também que, diante da atividade sexual, o casal se afastasse de uma postura voltada para o desempenho e orgasmo e destacasse a importância de uma postura voltada ao prazer sensorial e à satisfação.

O casal afirmou que o fato de a paciente não conseguir atingir o orgasmo não tinha qualquer impacto em seus níveis de amor e afeto e que a melhoria da satisfação sexual era o que motivava a busca por tratamento. A paciente afirmou que quando relacionava-se sexualmente com o esposo achava o sexo gostoso, mas tinha a sensação que “algo ficava incompleto”.

A sessão seguinte foi iniciada com os relatos da semana desde a última consulta, de modo que nenhum acontecimento significativo foi percebido pelo casal. O passo seguinte foi individualmente com Maria, sendo desmistificadas as crenças acerca da masturbação e a importância dela na vida sexual feminina. Como tarefa de casa, a paciente entrou em contato com sua anatomia genital e, através da masturbação corporal e genital, conseguiu atingir o orgasmo.

Nas sessões seguintes, o casal foi introduzido à técnica da focalização sensorial não genital, cujo objetivo era aumentar a comunicação, a assertividade e o contato não genital, além de perceber e aprender com as preferências do parceiro. Assim, a orientação era de que o casal deveria, como tarefa de casa, criar um ambiente para que ambos pudessem promover carícias e conhecer as zonas erógenas do outro, porém, no início, era proibido manter relação sexual ou até mesmo fazer estimulação genital, pois o foco deste momento era relacionado às sensações corporais, sem preocupações a respeito de orgasmo ou desempenho. Maria afirmou ter conseguido se entregar ao exercício, relatando ter sentido desejo sexual, embora o casal não tenha feito qualquer forma de contato sexual. Além disso, a paciente afirmou que ela e o marido trocaram informações a respeito de como e onde gostavam de ser tocados.

Após algumas sessões de massagem não genital, foi permitido que fossem incluídos toques nos seios e genitália, porém a penetração ainda seguia “proibida”, pois o foco era nas sensações corporais. Nessa etapa, o casal foi instruído ao uso da fantasia, de modo que Maria e Jorge pensassem em formas de estimular sua imaginação sexual, por meio de filmes eróticos, livros, revistas ou algo que lhes agradasse. Na sessão seguinte, Maria compareceu para atendimento acompanhada pelo marido, afirmando não terem conseguido seguir as orientações de não haver penetração, porém a paciente afirma ter conseguido atingir orgasmo.

Nas sessões seguintes, Maria afirmou estar conseguindo manter o foco na sensação corporal, negando preocupações acerca do orgasmo, o que acabava acontecendo como consequência.

Considerações finais

Atualmente, o estudo das disfunções sexuais constitui um tópico em constante evolução. É possível afirmar que a terapêutica pode ser considerada uma realidade, visto que várias modalidades e técnicas de tratamento estão disponíveis para cada disfunção, cada uma com perfis diferentes de eficácia, tolerabilidade, segurança e, até mesmo, conforme a preferência dos pacientes.

Este capítulo teve por objetivo fazer uma revisão bibliográfica sobre uma das disfunções sexuais, a anorgasmia feminina. Observou-se que este transtorno causa dificuldades em várias áreas da vida da mulher, afetando sua autoestima, seus relacionamentos interpessoais, psicorrelacionais e socioculturais.

A dificuldade em atingir o orgasmo pode ocorrer devido a inúmeros fatores. Muitas vezes, está atribuído a fatores cognitivos, como crenças centrais disfuncionais sobre a sexualidade, elevadas exigências de desempenho, preocupação excessiva em atingir orgasmo e/ou foco atencional deslocado. Estes dados refletem a centralidade que os mecanismos cognitivos têm na qualidade do funcionamento sexual, cujo conteúdo negativo se associa frequentemente às disfunções sexuais, no geral, e à anorgasmia feminina, em particular.

Os componentes psicossociais também desempenham um papel importante no desenvolvimento da anorgasmia feminina, que, por si só, pode produzir e reforçar estes componentes, bem como manter ou agravar o distúrbio sexual, o que origina um ciclo vicioso que afeta não só a paciente como também o parceiro, reforçando ou causando problemas na relação.

Considerando-se que o tratamento ideal da anorgasmia feminina é simples, não invasivo, não doloroso, eficaz e associado ao mínimo risco de efeitos adversos, o terapeuta deve fazer uma avaliação detalhada do caso, pois o correto diagnóstico é de fundamental importância para que técnicas e estratégias terapêuticas empregadas sejam eficazes.

Embora os quadros de disfunções sexuais da mulher já sejam bem conhecidos, os recursos disponíveis ainda são restritos. Novas pesquisas deverão contribuir para mudar essa realidade e fazer frente aos progressos terapêuticos relativos às disfunções sexuais femininas.

Por fim, a superação de um quadro como esse leva ao aprendizado e ao autoconhecimento, provocando transformações muito além da sexualidade. O desenvolvimento sexual não se sintetiza em uma cadeia de passos ou técnicas que apontam para uma finalidade, mas é um procedimento que abarca todo o sujeito, com costumes, pensamentos, emoções e seu corpo (Heiman & LoPiccolo, 1992), ou seja, atingir o orgasmo é elemento de um processo de crescimento que dura a vida toda.

Referências bibliográficas

- Abdo, C. H. N. (2004). *Estudo da vida sexual do brasileiro*. São Paulo: Eli Lilly do Brasil.
- Abdo, C. H. N., & Fleury, H. J. (2006). Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. *Rev. Psiquiatr. Clín*, 33(3), 162-167.
- Abdo, C. H. N., & Oliveira, J. R. W. M. (2002). O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. *Rev. Bras. Med.*, 59(3), 179-86.
- APA. American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Bancroft, J. (2002). Biological Factors in Human Sexuality. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 15-21.
- Baracat, F., Monttelato, N. D. I., Mitre, A. I., & Arap, S. (2004). Aspectos fisiológicos da sexualidade feminina. *Revista CAU*, 6(2), 11-12.
- Barlow, D. H., (2009) *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. Porto Alegre: Artmed.
- Basson, R. (2001). Human Sex Response Cycles. *J Sex Marital Ther*, 27(1), 33-43.
- Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., Meston, C., Rosen, R., & Wagner, G., (2004a). Summary of the Recommendations on Sexual Dysfunction in Women. *The Journal of Sex Medicine*, 1(1), 24-34.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., Graziottin, A., Heiman, J. R., Laan, E. Meston, C., Schover, L., Lankveld, J. V., & Schultz, W. W. (2004b). Revised Definitions of Womens's Sexual Dysfunction. *The Journal of Sex Medicine*, 1(1), 40-48.
- Basson, R., & Schultz, W. W. (2007). Sexual Sequelae of General Medical Disorders. *Lancet*, 369, 409-424.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and Depression: II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bergmark, K., Åvall-Lundqvist, E., Dickman, P. W., Henningsohn, L., & Steineck, G. (1999). Vaginal Changes and Sexuality in Women With a History of Cervical Cancer. *N Engl J Med*, 340(18), 1.383-1.389.
- Byers, E. S. (2005). Relationship Satisfaction and Satisfaction: A Sexual Longitudinal Study of Individuals in Long Term Relationships. *Sex Research's Newspaper*, 42, 113-118.
- Cavalcanti, A. L. (2006). *Efeitos do citrato de sildenafila na circulação do clitóris em mulheres pós-menopausa com disfunção orgástica avaliadas por doppler* (Tese de doutorado). Recuperado em 21 de julho de 2013, de <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>.

- Carey, M. P. (2007). Tratamento cognitivo-comportamental das disfunções sexuais. In V. E. Caballo (Ed.). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos*. São Paulo: Santos, 267-298.
- Çayan, S., Abkay, E., Bozlu, M., Canpolat, B., Acar, D., & Ulusoy, E. (2004). The Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Turkish Women. *Urologia Internationalis*, 72(1), 52-57.
- Clayton, A. H. (2007). Epidemiology and Neurobiology of Female Sexual Dysfunction. *J Sex Med*, 4(4), 260-268.
- Colson, M. H., Lemaire, A., Pinton, P., Hamidi, K., & Klein, P. (2006). Sexual Behaviors and Mental Perception, Satisfaction and Expectations of Sex Life in Men And Women in France. *J Sex Med*, 3(1), 121-131.
- Delamater, J., & Friedrich, W. N. (2002). Human Sexual Development. *The Journal of Sex Research*, 39, 10-14.
- Dennerstein, L., Dudley, E., & Burguer, H. (2001). Are Changes in Sexual Functioning During Midlife Due to Aging or Menopause? *Fertility and Sterility*, 76(3), 456-460.
- Enzlin, P., Mathieu, C., Bruel, A. V. D. B., Bosteels, J., Vanderschueren, D., & Demyttenaere, K. (2002). Sexual Dysfunction in Women With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 25(4), 672-677.
- Ferreira, A. L. C. G., Souza, A. I., & Amorim, M. M. R. (2007). Prevalência das disfunções sexuais femininas em clínica de planejamento familiar de um hospital escola no Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 7(2), 143-50.
- Foucault, M. (1994). *História da sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal.
- Gonzales, M., Viáfara, G., Caba, F., Molina, T., & Ortiz, C. (2006). Libido and Orgasm in Middle-Aged Woman. *Maturitas*, 53(1), 1-10.
- Hartmann, U., Philippsohn, S., Heiser, K., & Ruffer-Hesse, C. (2004). Low Sexual Desire in Midlife and Older Women: Personality Factors, Psychosocial Development, Present Sexuality. *The Journal of The North American Menopause Society*, 11(6), 726-740.
- Hawton, K. (1985). *Sex Therapy: A Pratical Guide*. Northvale: Aronson.
- Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (1992). *Descobrimdo o prazer: uma proposta de crescimento sexual para a mulher*. São Paulo: Summus.
- Kaplan, H. S. (1987). *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- _____. (1999). *Transtornos do desejo sexual: regulação disfuncional da motivação sexual*. Porto Alegre: Artmed.
- Kegel, A. H. (1952). Sexual Function of Pubococcygeus Muscle. *Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynaecology*, 60, 521-524.

- Kelly, M. P., Strassberg, D. S., & Turner, C. M. (2004). Communication and Associated Relationship Issues in Female Anorgasmia. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 30(4), 263-276.
- Kennedy, S. H., Eisfeld, B. S., Dickens, S. E., Bacchioni, J. R., & Bagby, R. M. (2000). Antidepressant Induced Sexual Dysfunction During Treatment With Moclobemide Paroxetine, Sertraline and Venlafaxine. *J Clin Psychiatry*, 61(4), 276-281.
- Kinsey, A. S., Pomeroy, W. B., & Martin, C. R. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Filadélfia: Sauders.
- Laumann, E. O., Park, A., & Rosen, R. C. (2000). Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. *Jama*, 281(6), 537-544.
- Lazarus, A. (1963). The Treatment of Chronic Frigidity by Systematic Desensibilization. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 136, 272-278.
- Leiblum, S. R. (2000). Redefining Female Sexual Response. *Contemp Ob Gyn*, 45, 120-126.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/Risk Factors of Sexual Dysfunction. *J Sex Med*, 1(1), 35-9.
- LoPiccolo, J., & Lobitz, C. W. (1972). The Role of Masturbation in the Treatment of Orgasmic Dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 2, 163-171.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1984). *A resposta sexual humana*. São Paulo: Roca.
- Masters, W., & Johnson, V. E. (1997). *Heterossexualidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- McCarthy, B. W. (1993). Relapse Prevention Strategies and Techniques in Sex Therapy. *J Sex Marital Ther*, 19(2), 142-146.
- Mulhall, J., King, R., Gline, S., & Hvidsten, K. (2008). Importance of and Satisfaction With Sex Among Men and Women Worldwide: Results of the Global Better Sex Survey. *J Sex Med*, 5(4), 788-795.
- Munarriz, R., Kim, N. N., Goldstein, I., & Traish, A. M. (2002). Biology of Female Sexual Function. *Urol Clin North Am*, 29(3), 685-693.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of Life in Individuals With Anxiety Disorders. *Am J Psychiatry*, 157(5), 669-682.
- Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J., & Sipski, M. (2004). Disorders of Orgasm in Women. *J. Sex Med*, 1(1), 66-68.
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional Sexual Beliefs as Vulnerability Factors for Sexual Dysfunction. *The Journal of Sex Research*, 43(1), 68-75.

- _____. (2006a). Emotions During Sexual Activity: Differences Between Sexually Functional and Dysfunctional Men and Women. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 8-15.
- _____. (2008). Difference in Automatic Thoughts Presented During Sexual Activity Between Sexually Functional and Dysfunctional Men and Women. *Cogn Ther Res*, 32, 37-49.
- Pablo, C., & Soares, C. (2004). As disfunções sexuais femininas. *Rev Port Clin Geral*, 20, 357-370.
- Pauls, R. N., Kleeman, S. D., & Karram, M. M. (2005). Female Sexual Dysfunction: Principles of Diagnosis and Therapy. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 60(3), 196-205.
- Phillips, N. A. (2000). Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. *Am Fam Phys*, 62(1), 127-36.
- Rangé, B. (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Redelman, M. (2006). A General Look at Female Orgasm and Anorgasmia. *Sexual Health*, 3(3), 143-153.
- Sidi, H., Puteh, S. E., Abdullah, N., & Midin, M. (2007). The Prevalence of Sexual Dysfunction and Potential Risk Factors That May Impair Sexual Function in Malaysian Women. *J Sex Med*, 4(2), 311-21.
- Silva, A. C. (1989). *Terapia do sexo e dinâmica do casal*. Rio de Janeiro: Editora Espaço e Tempo.
- Souto, M. D., & Souza, I. E. O. (2004). Sexualidade da mulher após a mastectomia. *Rev Enferm*, 8(3), 402-410.
- Spector, I. P., & Carey, M. P. (1990). Incidence and Prevalence of the Sexual Dysfunctions: A Critical Review of the Empirical Literature. *Arch Sex Behav*, 19(4), 389-408.
- Studd, J. (2007). A Comparison of 19th Century and Current Attitudes to Female Sexuality. *Gynecol Endocrinol*, 23(12), 673-681.
- Tess, V., & Savoia, M. G. (2007). Disfunções sexuais. In P. Knapp (Eds.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 340-357.
- Veiga, A. P. (2007). Orgasmo: querer e poder. *Revista IGT na Rede*, 4(6), 22-31.
- Zilbergeld, B. (1999). *The New Male Sexuality*. Nova York: Bantam Books.