

Considerações sobre a intimidade, a ansiedade e o medo do sucesso em terapia sexual

Fernanda Robert de Carvalho Santos Silva¹

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

Viver a plenitude sexual depende da harmonia entre saúde física e emocional. Construir um ambiente de tranquilidade amplia o estímulo sexual físico e emocional e favorece o prazer. A qualidade do relacionamento e a capacidade de estabelecer intimidade erótica beneficia o tratamento de pessoas com diagnóstico de disfunção sexual. Este artigo tem como objetivo apresentar possíveis relações entre a intimidade, a ansiedade e o receio do sucesso sexual em paciente com diagnóstico de disfunção sexual. O medo do prazer pode estar relacionado a fatores etiológicos das disfunções sexuais, afetando qualquer uma das fases do modelo linear da resposta sexual humana. O sucesso e a vida sexual satisfatória são os verdadeiros receios de muitas pessoas que buscam o tratamento e oferecem resistência durante o processo para superar a zona de conforto erótica presente na disfunção. Para resolução da queixa, é importante identificar os aspectos predisponentes, desencadeantes e mantenedores da disfunção. Avaliar a relação entre a frequência e a qualidade do sexo praticado possibilita a reflexão sobre a intimidade erótica com os anseios, as esperanças, os desejos e as fantasias presentes no ato sexual. Intimidade afetiva não pressupõe intimidade erótica. A terapia sexual beneficia o fortalecimento da autoimagem sexual e possibilita a escolha do tipo de vivência sexual que melhor funcione em sua vida.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade, avaliação de sintomas, disfunção erétil, ejaculação precoce, ansiedade

INTRODUÇÃO

Viver a plenitude sexual depende da harmonia entre saúde física e emocional.¹ Um ambiente em que o estímulo sexual físico e emocional amplie o prazer e a satisfação pode ser prejudicado nos relacionamentos em que a raiva, a vergonha e o medo estejam presentes e favorecido na presença erotismo e fantasia.² Este artigo apresenta considerações sobre a relação existente na literatura científica entre intimidade, ansiedade e receio do sucesso sexual presentes no relacionamento amoroso de pacientes com disfunções sexuais diagnosticados e encaminhados para terapia sexual.

INTIMIDADE, ANSIEDADE, DESEMPENHO

A dificuldade de intimidade, os sintomas de ansiedade e o receio do sucesso sexual podem emergir como forma de resistência no processo de tratamento das disfunções sexuais perante a possibilidade de melhora do paciente e resolução da queixa. Essa resistência contribui para a manutenção e preservação da zona de conforto erótica.³ Distinguir os fatores mantenedores, desencadeantes e predisponentes da disfunção sexual não é simples.⁴

A intimidade é apresentada por Kaplan, em sua obra, como a possibilidade de proximidade emocional entre duas pessoas e disposição para relações íntimas. A dificuldade nesse aspecto

¹Psicóloga, Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência e Bacharel em Psicologia com Ênfase em Pesquisa pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

Rua dos Tamanás, 72

Vila Madalena — São Paulo (SP) — CEP 05444-010

E-mail: fernandarcss@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesses: nenhum declarado

Entrada: 4 de agosto de 2015 — Última modificação: 11 de agosto de 2015 — Aceite: 1 de setembro de 2015

compromete a vida de forma global. Quanto ao envolvimento sexual, pode estar associada a sentimento de culpa e sintoma de ansiedade, mesmo com o desejo de aproximar-se do outro.³ Sentimentos de vergonha e constrangimento estão presentes em homens com ejaculação precoce (interfere na autoconfiança sexual) e, em mulheres, podem evidenciar grave problema conjugal, resultando em disfunção.^{5,6}

O medo da intimidade é menos perceptível que a ansiedade de desempenho frente ao contato sexual, ou a sua possibilidade.⁷ O medo do prazer está relacionado a fatores etiológicos das disfunções sexuais e pode afetar qualquer uma das fases do modelo linear da resposta sexual humana criado por Master e Johnson.⁸ O medo brando compromete o orgasmo; moderado, a função erétil; grave, o desejo sexual.^{9,10} O receio verdadeiro pouco reconhecido é o sucesso sexual e a vida sexual satisfatória.⁷

A ansiedade pode funcionar tanto como predisponente quanto inibidora da resposta sexual.⁴ Interfere em todas as fases do modelo linear de Master e Johnson⁸ inibindo ou aumentando a disponibilidade para ocorrência natural da resposta. Grau moderado de ansiedade catalisa a excitação e grau alto pode levar à sua perda.⁴ A ansiedade grave funciona como inibidor da resposta devido a seu componente fóbico de esquivar do sexo.¹¹ Nas mulheres, o grau leve e moderado de ansiedade beneficia a resposta sexual (aumenta a pulsão e a vasocongestão vaginal).¹²

A ansiedade de desempenho pode bloquear a resposta sexual e manter a disfunção. A maior preocupação está relacionada ao aumento da firmeza erétil, o orgasmo e o controle ejaculatório; em detrimento do prazer a ser vivenciado no sexo e a capacidade individual de receber e dar prazer.¹³⁻¹⁵ Apreensão referente ao desempenho sexual é mais comum em homens (falta de ereção ou dificuldade de controle da ejaculação). Mulheres queixam-se da qualidade subjetiva de sua sexualidade, no entanto, a preocupação com seu desempenho e sua satisfação tem aumentado.^{6,12}

Dificuldade de percepção das sensações eróticas associada à ansiedade e a distração mental compromete ou impede a resposta.¹⁶ Alterar o foco da frequência sexual para a qualidade do sexo praticado (com a pergunta se vale a pena querer o sexo praticado) possibilita trabalhar a intimidade erótica (com os anseios, as esperanças, os desejos e as fantasias).¹⁷

CONSIDERAÇÕES SOBRE A AVALIAÇÃO

Inúmeros artigos apresentam avaliações sintomatológicas por meio de instrumento (teste e questionário) utilizado por profissionais de saúde que atuam em terapia sexual. Os instrumentos de autorrelato evidenciam o grau de sintomas de ansiedade por meio do escore total (leve, moderado e grave). Há dificuldade em garantir a confiabilidade dos resultados, mesmo em instrumentos

com validade psicométrica, uma vez que um mesmo escore total pode ou não ser representativo de um conjunto de itens iguais (ou seja, as pessoas avaliadas podem ter a mesma pontuação final, assinalando itens distintos, o que corresponde a uma diferença na representação do constructo avaliado).¹⁸

O enfoque clínico da avaliação não é psicométrico. Seu significado deve ser sustentado por observações do paciente, combinando procedimentos qualitativos e quantitativos (com instrumentos padronizados).¹⁸ Ilustra tal perspectiva, o “Quociente Sexual Feminino – QSF” e “Quociente Sexual Masculino – QSM”, criados por Abdo, cujo escore total discrimina a existência ou não de uma disfunção sexual (com base nos dados normativos). O comprometimento da fase sexual é verificado nas dimensões avaliadas e varia conforme o conjunto de itens assinalados e a sua intensidade.^{19,20} A identificação da fase da resposta sexual comprometida possibilita traçar as estratégias do tratamento.

A diferença entre as pesquisas e a prática clínica no diagnóstico de ejaculação precoce (EP) e a dificuldade em estabelecer métodos padronizados de medida para instrumentos como o “Intravaginal Ejaculatory Latency Time – IELT” ao componente subjetivo da disfunção contribuem para que médicos utilizem a impressão clínica e os relatos do paciente para diagnóstico.⁵ O conceito de ejaculação precoce e o tempo para ejacular a partir do início da penetração devem ser verificados, assim como a capacidade para perceber as sensações premonitórias (alterações no corpo devido a excitação sexual) e responder a elas, de tal forma que possa escolher protelar sua ejaculação.⁵

O tratamento de disfunção erétil com terapia medicamentosa recomenda a padronização dos resultados dos aspectos psicossociais avaliados em diferentes ensaios clínicos.²¹ Nas disfunções femininas, o uso de técnicas estatísticas não consegue mensurar como as mudanças subjetivas no processo de excitação sexual da mulher se relacionam com a excitação subjetiva.²² A literatura não dispõe de instrumento validado para o diagnóstico de desejo sexual hipotivo feminino.²³

O diagnóstico das disfunções sexuais é clínico.²⁴ Devem ser discriminados aspectos psicossociais, estilo de vida e fatores que interferem na manutenção da disfunção sexual do paciente.^{5,13-15} A periodicidade das consultas pode ser alterada em razão das dinâmicas da terapia sexual. O paciente deve ser envolvido nas decisões de seu processo de tratamento para o estabelecimento de expectativa realista e reformular, sempre que necessário, o objetivo.¹³⁻¹⁵

REFLEXÃO SOBRE O TRATAMENTO

O diagnóstico da disfunção sexual feminina (DSF) é comprometido pela dificuldade tanto da mulher quanto do profissional de saúde de abordar aspectos da intimidade sexual.

O não tratamento da DSF pode prejudicar outros aspectos da vida da mulher e gerar sintomas de ansiedade e depressão podendo funcionar como mantenedores da disfunção.⁶ A terapia sexual deve superar a melhora do desempenho no ato sexual sobrepujando os conflitos emocionais e interpessoais que acompanham a queixa sexual.⁴

A ansiedade é um componente terapêutico importante na dinâmica clínica. O terapeuta dispõe de técnicas behavioristas e psicodinâmicas para conter os sintomas de ansiedade, em situações nas quais esteja elevado e evocá-lo frente à presença de resistência ou defesas do paciente. Esse manejo requer habilidade terapêutica; erros clínicos podem ser evidenciados, tanto no excesso de ansiedade quanto em sua ausência.²⁵ Aconselha-se o paciente com alto grau de ansiedade e disfunção erétil (DE) evitar o implante da prótese peniana, mesmo em casos de DE orgânica e irreversível.²⁶ A prótese também é contra-indicada para pacientes deprimidos ou com autoestima comprometida. Deve-se realizar uma avaliação psicológica cuidadosa para evitar falsas expectativas sobre o resultado. O tratamento é mais efetivo com regularidade sexual, confiança e prazer.⁴ Cabe ao clínico orientar o paciente para melhorar a qualidade de vida e não apenas remover o sintoma.²⁶

Os psicólogos behavioristas auxiliam o paciente a estruturar o nível crescente de ansiedade nas situações sexuais e discriminar quando brigas e conflitos conjugais são evocados como forma de deslocar o foco do tratamento.⁷ Devem identificar a funcionalidade da ansiedade não só como inibidora e eliciadora da resposta sexual, mas também como resistência ao processo de terapia.

Criar e fortalecer a intimidade não pressupõe mais sexo, uma vez que intimidade emocional, cuidado e afeto não produzem intimidade erótica.²⁷ O sexo, abordado como ato físico, restringe

as discussões para número e desempenho, enquanto o interesse erótico coloca a imaginação como o princípio do erotismo.¹⁷

A mudança do foco da frequência para a qualidade do sexo praticado auxilia tanto em casos de inibição do desejo sexual quanto no comprometimento das fases de excitação e orgasmo.¹² O desejo sexual hipoativo é mais frequente em mulheres. Seu difícil diagnóstico faz com que possa ser tratado como disfunção erétil em homens.²⁸

O paciente com EP conseguirá o controle à medida que se concentrar nas sensações corporais.²⁷ Homens com EP falam sobre a preocupação com o controle ejaculatório e a ansiedade, diferente dos que não apresentam EP, cujo foco é a excitação e a satisfação sexual.⁵ A combinação entre medicamento e psicoterapia melhora a atividade sexual. Facilita o tratamento o desenvolvimento do erotismo no homem e no casal, a não interrupção da atividade sexual, desfocar dos processos fisiológicos e valorizar aspectos psicológicos (comunicação e prazer).⁵ O sucesso do tratamento depende da qualidade de vida, espontaneidade no ato sexual, autoconfiança sexual superação de emoções negativas (vergonha, culpa, constrangimento).⁵

A terapia sexual deve auxiliar a alterar o foco do desempenho sexual para a vivência de prazer, permitindo a descoberta de novas formas íntimas e eróticas de comunicação. Parceiros com dificuldade de intimidade, que inicialmente não se tocavam, passam a se tocar.¹³⁻¹⁵

Contudo, abordagens terapêuticas que interrompem a atividade sexual dificultam o tratamento das disfunções.⁵ O paciente com disfunção sexual deve se responsabilizar pelo próprio prazer²⁹ e os profissionais de saúde precisam ajudá-lo a escolher o tipo de vida sexual que melhor funcione em sua vida.³⁰ A melhor é “aquela baseada no critério médico associado à preferência do paciente”.⁵

REFERÊNCIAS

1. Kaplan HS. Cérebro e sexo. In: Kaplan HS. A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977. p. 49-59.
2. Ramadam ZBA, Abdo CHN. Sexualidade: trâmites, percalços e desvarios. In: Abdo C. Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Leitura Médica; 2012. p. 17-27.
3. Kaplan ES. O temor da intimidade. In: Kaplan HS. O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983. p. 186-56.
4. Abdo CHN. Terapia para as disfunções sexuais. In: Abdo C. Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Leitura Médica; 2012. p. 313-28.
5. Abdo CHN, Abdo JA. Ejaculação Precoce. In: Abdo C. Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Leitura Médica; 2012. p. 77-97.
6. Abdo CHN. Disfunções Sexuais Femininas. In: Abdo C. Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Leitura Médica; 2012. p. 177-99.
7. Kaplan ES. O temor do sucesso amoroso. In: Kaplan HS. O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983. p. 168-85.
8. Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Rocca; 1984.
9. Kaplan ES. A etiologia das disfunções sexuais. In: Kaplan HS. O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983. p. 151-60.
10. Kaplan ES. A fisiologia da resposta sexual. In: Kaplan HS. O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983. p. 151-60.
11. Kaplan ES. Definição, descrição e diagnóstico. In: Kaplan HS. O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983. p. 69-88.
12. Lucena BB, Abdo CHN. O papel da ansiedade na (dis)função sexual [The role of anxiety in the (dis)sexual function]. Diagn Tratamento. 2013;18(2):94-8.

13. Carrey MP, Flasher LV, Maistro SA, Turkat ID. The a priori approach to psychological assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1984;15(4):515-27. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1984-31386-001>. Acessado em 2015 (12 ago).
14. McCarthy BW. Relapse prevention strategies and techniques in sex therapy. *J Sex Marital Ther*. 1993;19(2):142-6.
15. Carrey MP. Tratamento cognitivo-comportamental das disfunções sexuais. In: Caballo VE. Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos. São Paulo: Santos Editora; 2011.
16. Kaplan HS. As disfunções sexuais da mulher. In: Kaplan HS. A nova terapia do sexo: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1977. p. 325-56.
17. Kleinplatz PJ. Transtorno do desejo ou oportunidades para intimidade erótica ideal? In: Leiblum SR. Tratamento dos transtornos do desejo sexual: casos clínicos. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 102-22.
18. Tavares M. Validade clínica [Clinical validity]. *Psico USF*. 2003;8(2):125-36.
19. Abdo CHN. Quociente sexual feminino: um questionário brasileiro para avaliar a atividade sexual da mulher. *Diagn Tratamento*. 2009;14(2):89-91.
20. Abdo CHN. Questionários brasileiros para avaliar a função sexual do homem e da mulher: quociente sexual – versões masculina e feminina. In: Abdo C. Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Leitura Médica; 2012. p. 299-312.
21. Eardley I, Donatucci C, Corbin J, et al. Pharmacotherapy for erectile dysfunction. *J Sex Med*. 2010;7(1 Pt 2):524-40.
22. Meston CM, Rellini AH, McCall K. The sensitivity of continuous laboratory measures of physiological and subjective sexual arousal for diagnosing women with sexual arousal disorder. *J Sex Med*. 2010;7(2 Pt 2):938-50.
23. DeRogatis LR, Allgood A, Auerbach P, et al. Validation of a Women's Sexual Interest Diagnostic Interview--Short Form (WSID-SF) and a Daily Log of Sexual Activities (DLSA) in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med*. 2010;7(2 Pt 2):917-27.
24. Abdo CHN. Aspectos clínicos e diagnósticos das disfunções sexuais. In: Abdo C. Da depressão à disfunção sexual (e vice-versa). São Paulo: Segmento Farma; 2010. p. 63-5.
25. Kaplan ES. O nível ótimo de ansiedade terapêutica. In: Kaplan HS. O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983. p. 161-7.
26. Abdo, CHN, Abdo, JA. Desejo sexual hipoativo masculino In: Abdo C. Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Leitura Médica; 2012. p. 143-4.
27. Perel E. A chama dupla: reconciliando intimidade e sexualidade, revivendo o desejo. In: Leiblum SR. Tratamento dos transtornos do desejo sexual: casos clínicos. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 36-45.
28. Abdo CHN, Abdo JA. Disfunção erétil. In: Abdo C. Sexualidade humana e seus transtornos. São Paulo: Leitura Médica; 2012. p. 107-42.
29. Kaplan ES. Conceito dos Múltiplos níveis causais. In: Kaplan HS. O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1983. p. 151-60.
30. Tiefer L, Hall M. Uma visão cética do desejo normal e dos transtornos do desejo promove o sucesso clínico. In: Leiblum SR. Tratamento dos transtornos do desejo sexual: casos clínicos. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 123-40.