

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO – IDH

E

FACULDADE MERIDIONAL/IMED

**A CONSTRUÇÃO DE IMAGENS NO MANEJO DAS
DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS**

MARISTELA ROSSI

Porto Alegre

2012

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

E

FACULDADE MERIDIONAL/IMED

**A CONSTRUÇÃO DE IMAGENS NO MANEJO DAS
DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS**

MARISTELA ROSSI

Monografia realizada para conclusão do curso de Especialização em Sociopsicodrama, Nível I, foco psicoterápico, do Instituto de Desenvolvimento Humano – IDH.

Orientadora: Márcia Pereira Bernardes

Porto Alegre

2012

***“O nosso "EU" é como um tecido de sustentação,
urdido com os fios de nossos desejos,
tramados pelas vivências nos teares da vida.
E o Psicodrama segue, da trama ao drama,
possibilitando desatar alguns nós. ”***
(M.Bernardes)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 ORIGEM DO TRABALHO	12
1.2 OBJETIVOS.....	12
1.2.1 OBJETIVO GERAL	12
1.3 JUSTIFICATIVA.....	13
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO	13
1.5 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 PSICODRAMA	15
2.1.1 CONCEITOS FUNDANTES.....	15
2.1.2 TEORIA DOS PAPÉIS	21
2.1.3 TEORIA DO DESENVOLVIMENTO DA MATRIZ DE IDENTIDADE.....	24
2.1.4 A SESSÃO DE PSICODRAMA.....	27
2.1.5 MODALIDADES DE PSICODRAMA.....	28
2.1.6 TÉCNICAS PSICODRAMÁTICAS	31
2.1.7 TEORIA DO NÚCLEO DO EU	39
2.2 SEXUALIDADE	43
2.2.1 A RESPOSTA SEXUAL HUMANA	43
2.2.2 A RESPOSTA SEXUAL FEMININA.....	45
2.2.3 DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS	51
2.2.4 OUTROS ASSUNTOS DENTRO DA SEXUALIDADE	57
3 METODOLOGIA	67
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE CASO	69
5 CONCLUSÃO	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89

REFERÊNCIAS.....	91
APÊNDICES	97
ANEXO I.....	98
ANEXO II.....	103
ANEXO III.....	106

RESUMO

Este trabalho propõe um estudo sobre a aplicabilidade do Psicodrama, através da técnica de "Construção de Imagens com Tecidos", no atendimento às disfunções sexuais femininas, abordando um caso de vaginismo, atendido na clínica privada, durante dezessete encontros, em atendimento bipessoal. O trabalho, cujo método de pesquisa-ação está embasado na compreensão da sexualidade humana e na abordagem psicodramática, apresenta uma introdução, a fundamentação teórica, metodologia e apresentação, por amostragem, de sessões realizadas. Estas aparecem entremeadas à consequente discussão teórica e antecedidas por algumas considerações finais. Conclusivamente o estudo confirma a excelente aplicabilidade da técnica pela expressiva melhora do quadro clínico e psicológico da paciente, mostrando-se altamente recomendável sua utilização.

Palavras-chave: Psicodrama, Sexualidade, Disfunções Sexuais, Construção de Imagens com Tecidos, Repressão Sexual.

ABSTRACT

This paper aims at studying the applicability of Psychodrama through *The Construction of Images with Fabrics Technique* in the assistance of sexual female disorders, taking into account a *vaginismus* case, studied in a private clinic during seventeen bipersonal appointments. This work, whose method of action-research is based on the comprehension of human sexuality as well as on psychodrama approach, presents an introduction, a theoretical framework, a methodology and the presentation of the studied case through the sampling of the carried out sessions. They appear interconnected to the consequent theoretical discussion and were preceded by some final considerations. Conclusively, the study confirms the excellent applicability of the technique in the impressive improvement of the clinic and psychological situation of the patient, showing the use of such technique is highly advisable.

Key-words: Psychodrama, Sexuality, Sexual Disorder, The Construction of Images with Fabrics Technique, Sexual Repression

1 INTRODUÇÃO

1.1 ORIGEM DO TRABALHO

Este trabalho surgiu da necessidade de eu, como médica, criar uma conexão que me levasse ao Psicodrama. E, assim, eu passasse a ser Médica Psicodramatista. Portanto, partindo da minha prática como ginecologista, lidando com as dificuldades sexuais de minhas clientes, foi este o motivo que me levou a procurar o Psicodrama. Escolhi como tema o método psicodramático no manejo das disfunções sexuais femininas. Especificamente, no método psicodramático o uso da construção de imagens com tecidos, por ter presenciado a apresentação de uma monografia, de colega médica e atual psicodramatista Rosa Maria Barbosa Preissler, que usou a técnica no esclarecimento e terapêutica de sintomas na prática de consultório. Percebi a eficiência desta ferramenta e, resolvi trabalhar com a mesma técnica no desenvolvimento deste trabalho.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Determinar como o método psicodramático, através da técnica de construção de imagens com tecidos (CIT), pode auxiliar na superação das disfunções sexuais.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Evidenciar a aplicabilidade da técnica de construção de imagens com tecidos na abordagem dos desajustes sexuais.
- ✓ Proporcionar mais uma forma de diagnóstico e tratamento na resolução dos distúrbios sexuais.

1.3 JUSTIFICATIVA

Como ginecologista, frequentemente sou interrogada pelas minhas pacientes sobre suas dificuldades sexuais. Não me sentindo capacitada para tanto, busquei uma especialização em Terapia Sexual. Mesmo assim, percebi que faltava algo maior que visse o homem como um todo e, que a abordagem, portanto, não pudesse ser focalizada somente na queixa. O sintoma deveria ser somente o ponto de partida, para o aflorar dos inúmeros eus que compõem o eu global, e que refletem os papéis que os originaram e, por sua vez, os desequilíbrios no seu desenvolvimento. O homem moreniano, é um ser social, só se reconhece na relação com o tu, e a relação se dá através dos papéis. Os papéis que forem pouco desenvolvidos serão responsáveis por distúrbios relacionais, incluindo-se aí as disfunções sexuais. O psicodrama se constitui num método para terapêutica das relações sociais, para emergência dos papéis pouco desenvolvidos.

Baseado no que foi descrito acima justifico o porquê deste estudo usando o Método Psicodramático, especificamente, a colaboração da técnica de construção de imagens com tecidos no atendimento das disfunções sexuais femininas.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

O primeiro capítulo refere-se à Introdução; o segundo, à Fundamentação teórica, dividida em dois tópicos Psicodrama e Sexualidade.

Na primeira parte, Psicodrama, são apresentados os conceitos fundantes do psicodrama, sessão de psicodrama, teoria do núcleo do eu e psicodrama bipessoal.

No subtítulo sessão de psicodrama, estarão incluídas as técnicas fundamentais do método e, também, a técnica de construção de imagens com tecidos (CIT). Ainda neste capítulo está inserido o psicodrama bipessoal, por ter sido a modalidade de atendimento usada para execução deste trabalho. A segunda parte abrange os assuntos: a resposta sexual humana, a resposta sexual feminina, as disfunções

sexuais femininas e, por fim, outros assuntos dentro da sexualidade buscando enriquecer o tema.

Já no terceiro apresenta-se a metodologia do trabalho e no seguinte tem-se a apresentação e discussão do caso, com relato de alguns segmentos das sessões, por amostragem. Após, a conclusão e considerações finais, os capítulos 5 e 6 contêm as referências, apêndices e anexos.

1.5 Delimitação do Problema

Sou ginecologista e terapeuta sexual e, atendo somente na clínica privada. Minha pesquisa foi direcionada às mulheres e escolhidas às disfunções sexuais, por eu prestar atendimento ao público feminino e, os transtornos sexuais serem uma constante no meu dia a dia, de difícil abordagem e manejo.

O transtorno sexual eleito não foi especificamente o vaginismo, mas sim a cliente na qual usei desde o princípio do atendimento, a técnica de construção de imagens com tecidos (CIT) e, percebi a potencialidade da mesma na condução das questões sexuais. A multiplicidade de cores, de formas, texturas, etc., que se dispõe com o uso de tecidos, criando imagens, concretizando sentimentos, sensações e ideias facilitam a comunicação de temas velados e às vezes impossíveis de serem verbalizados. Esse foi o motivo que me levou a escolher a CIT para o estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PSICODRAMA

O criador do Psicodrama é Jacob Levy Moreno, psiquiatra romeno, nascido em 1889, em Bucareste. Aos cinco anos mudou-se com a família para Viena, onde em 1910 inicia o curso de medicina. Durante a faculdade, reunia grupos de crianças nos jardins de Viena para improvisar representações espontâneas e criativas. Em 1914 organizou um programa de readaptação e conscientização das prostitutas vienenses, utilizando técnicas grupais. Em 1916, assistiu aos refugiados tirolezes e, observando suas interações psicológicas, promoveu soluções coletivas para os conflitos. Em 1917 formou-se em Medicina e voltou-se para o teatro, percebendo as possibilidades de investigar a espontaneidade através deste recurso. Em 1º de abril de 1921, faz sua primeira dramatização pública e funda o Teatro da Espontaneidade, que mais tarde torna-se Teatro Terapêutico através do trabalho de teatro espontâneo com pacientes. Em 1925 emigra para os EUA e, em 1927, faz sua primeira apresentação de Psicodrama. Em 1931 introduz o termo Psicoterapia de Grupo, ano verdadeiro do início da Psicoterapia de Grupo científica, embora suas ideias e experiências já houvessem iniciado em Viena. Em 1936 constrói em Beacon, Nova York, o primeiro Teatro Terapêutico de Psicodrama. Moreno faleceu em 1974 aos 85 anos.

“Drama é uma transliteração do grego, que significa ação ou uma coisa feita. Portanto, o psicodrama pode ser definido como a ciência que explora a ‘verdade’ por métodos dramáticos. (Moreno, 1946, p.17).”

2.1.1 Conceitos Fundantes

Espontaneidade, Criatividade, Momento, Locus, Matrix, Status Nascendi, Encontro, Tele, Transferência, Co-consciente e Co-inconsciente, Vínculo, Átomo Social, Rede Sociométrica, Conserva Cultural

Moreno define a **Espontaneidade ou Fator e**, como uma capacidade humana primária e inata, catalisadora e transformadora de respostas dadas pelo homem ao

meio, tentando se adequar. Atua em todos os planos das relações humanas e é produzida no enfrentamento de situações inéditas bem como na atualização de respostas no embate a acontecimentos antigos.

A adequação proposta pela teoria da espontaneidade vê o homem como participativo dentro de seu processo relacional, sempre buscando transformar seus aspectos insatisfatórios, num processo de busca pela sua liberdade.

O homem, então, em pleno uso de sua espontaneidade, usa da Criatividade para que a renovação e as mudanças ocorram. A **Criatividade** é outro fenômeno primário, latente e inato do ser humano que se manifesta toda vez que o homem é espontâneo no seu processo de relação, tendo novas ideias, novas experiências, dissolvendo conservas, recriando antigos vínculos.

A espontaneidade e a criatividade formam um binômio indissociável e interdependente mesmo pertencendo a categorias diferentes. Segundo Moreno (1953, pg. 147): "... A criatividade sem espontaneidade não tem vida. Sua intensidade vital aumenta e diminui em razão direta da espontaneidade da qual partilha. A espontaneidade sem criatividade é vazia e abortiva... a criatividade pertence à categoria da substância – é a arqui-substância – enquanto a espontaneidade pertence à categoria dos catalisadores – é o arqui-catalisador...". Toda vez que a espontaneidade atua o potencial criativo é estimulado, pois a espontaneidade é um fator dinamizador da criatividade.

A espontaneidade é algo fluente, rítmico, que vem e vai, não tem reservatório. Toda mudança ocorrida na relação do homem com o mundo exige uma adaptação plástica do indivíduo, proporcionada pela ação do *fator* e (espontaneidade), que permite à pessoa uma resposta inovadora e pertinente no seu processo de relação, sempre buscando ajustar-se ao meio.

Este instante de enfrentamento e criação, de transformação e adequação do homem ao outro ou ao mundo constituem o "Momento", quando o ser se realiza mostrando o que lhe é primordial no seu modo de ser.

A filosofia do “momento” é considerada o núcleo de todas as ideias de Moreno. Para o autor (1946, pg. 155) “Momento”: “... é quando tem lugar alguma novidade e a percepção de uma mudança é estimulada no sujeito, um sujeito que é capaz de ‘responder’ à mudança, que pode destacar suficientemente um acontecimento para ser focalizado em sua mente como um ‘momento’, separado de momentos passados e futuros como um momento particular...”.

A maioria dos filósofos, conforme Moreno (1946), definiu o momento como uma efêmera transição entre o passado e futuro, sem substância real, inatingível e instável, de base insatisfatória para um sistema de filosofia teórica e prática. Bergson foi o que se aproximou mais do que qualquer outro, com sua definição de “durée” (duração) ou partícula do tempo.

Este filósofo distinguia o tempo convencional dos relógios e a verdadeira experiência anímica do fluxo temporal, afirmava que cada partícula do tempo (durée) era criadora em cada um de seus instantes, um jorro constante de criatividade, numa noção de tempo infatigável.

A esta definição, no entanto, Moreno apresentou uma crítica afirmando que, desta forma, não haveria lugar para o repouso exigido pelo momento. O momento moreniano seria uma alteração súbita da duração, um curto circuito, um instante que transforma as pessoas envolvidas (Gonçalves 1988).

Moreno pretende, na filosofia do “momento”, compreender o existir humano inserido em seu próprio situs, captando a realidade humana tal como é em si, no tempo presente. Para ele não se pode estudar o homem fora de seu contexto, pois se corre o risco de interpretações errôneas. É essencial apreender a ação humana no tempo, lugar e ambiente concreto do seu nascimento; no aqui e agora, neste momento, neste lugar, tal como está ocorrendo. Desta forma, captamos a genuinidade do ato, entendendo seu sentido real. Depois, o ato fossiliza, vira conserva, hábito, perdendo sua originalidade, e já não poderemos mais captar a essência geradora do processo.

Moreno define que o momento *sui generis* é aquele em que deve haver uma mudança suficiente na situação, para que o indivíduo a perceba e nele provoque o aquecimento preparatório para o ato espontâneo.

O processo de **aquecimento preparatório (warming up)** é a primeira manifestação básica da espontaneidade. O aquecimento é disparado por iniciadores ou dispositivos de autoarranque físicos, mentais, sociais e químicos, que serão utilizados pelo sujeito para agir frente a uma situação seja ela nova ou antiga. De acordo com Moreno (1946, p. 108) “cada processo de aquecimento tem um foco... localizado em uma zona...”. Entende-se por **zona**, o conjunto de elementos contribuintes e presentes numa determinada ação. **Foco** é para onde todos os componentes da zona convergem e coincidem, é o núcleo principal da zona, conforme Gonçalves (1988).

Os conceitos de “foco”, “zona” e aquecimento são aplicados ao sujeito e suas inter-relações. Ainda, se nos referirmos especificamente ao ato humano, este envolve três fatores: o **locus** – delimita o local específico onde acontece um determinado processo. **Matrix** – é o fator desencadeante de todo processo. **Status nascendi** – é a preparação para o ato.

A correspondência entre estes fatores é, segundo Gonçalves (1988, p. 78): locus – zona; matrix – foco; status nascendi – aquecimento.

[...] Numa filosofia do Momento, três fatores devem ser enfatizados: o locus, o status nascendi e a matriz. Representam três ângulos do mesmo processo. Nenhuma “coisa” existe sem seu locus, não há locus sem status nascendi e não há status nascendi sem sua matriz [...] (MORENO, 1946, p 105).

Por último, a filosofia do “momento” propõe a vivência do momento atual, convidando os seres ao diálogo, à comunicação transformadora, a um contato mais verdadeiro, sem preconceitos, a uma relação de reciprocidade simultânea, sem transferências, conceituando-se então, o que se denomina Encontro.

O **Encontro** Moreniano, de acordo com Gonçalves (1988), ocorre quando a relação tética se faz, ou seja, quando a empatia se dá em mão dupla, havendo a percepção interna mútua entre dois indivíduos, que vivenciam e compreendem um ao outro em toda sua plenitude. É uma experiência de mútua disponibilidade de duas pessoas se colocarem uma no lugar da outra, fazendo com que o indivíduo se encontre consigo mesmo através do desempenho do papel do outro. Neste momento de interação verdadeira, fluem a espontaneidade e a criatividade, tornando-se este um momento transformador da relação, onde o ser vivencia o mundo do outro e o seu próprio, permitindo uma valorização correta do outro, compreendendo a pessoa na realidade do seu próprio ser.

A **Tele**, de acordo com Gonçalves (1988, p.49), "... é a capacidade de se perceber de forma objetiva o que ocorre nas situações e no que se passa entre as pessoas...". Ela determina a relação entre os indivíduos, possibilitando uma experiência simultânea subjetiva e profunda.

Os rudimentos da Tele aparecem na segunda fase do primeiro universo do bebê, quando a criança começa a diferenciar objetos de indivíduos, próximo de distante. Gradualmente ela também começa a aproximar-se ou afastar-se de coisas e pessoas. Portanto, é uma capacidade aprendida, que em sua forma primária é indiferenciada. A estrutura tele é classificada em tele positiva, atração; tele negativa, rejeição; tele indiferente, não existe comunicação nem positiva, nem negativa, segundo Martín (1978, p.198).

O embotamento ou ausência do fator tele, Moreno, chamou de **transferência**. De acordo com o autor, é o desenvolvimento de fantasias que o indivíduo projeta no outro, cercado-o de certo fascínio. É unidirecional, sendo oposta à tele, que é a percepção verdadeira do outro e é bidirecional. É um fator secundário, subjetivo, que aparece posteriormente na vida, e se refere ao passado, à experiências anteriores marcantes, que projetamos no presente, tentando viver uma situação nova como se fosse idêntica ou semelhante à anterior. Em contrapartida, a Tele é um fenômeno primário, objetivo, se origina no presente, no aqui e agora.

O fator Tele não predomina em todos os momentos da relação, a transferência também se faz presente, pois nossas experiências sempre influem no processo de inter-relação. A tele é considerada o processo interpessoal geral e a transferência uma patologia da tele.

Referente ao fator tele estão os conceitos de **co-consciente** e **co-inconsciente** manifestações da intersique de duas ou mais pessoas e suas tele-relações. É o partilhamento entre indivíduos inseridos numa mesma cultura, construindo uma história comum, de vivências, padrões, informações, expectativas, sentimentos, desejos, fantasias, percepções comuns, experimentadas e produzidas conjuntamente. E, também, só reproduzidas de forma conjunta, de forma co-consciente, ou co-inconsciente, como se houvesse uma comunicação não verbal.

Vínculo é outro conceito presente na obra de Moreno. Duclós (2000) ao conceituar vínculo, inicia abordando o termo Relacional que é o que estabelece a relação, que diz respeito ao ser, que se faz através dos papéis, e então promove e revela o **Vínculo**, que é o enlace de um indivíduo com outro em função de um motivo ou critério. Este enlace será télico ou transferencial, dependendo de como o projeto dramático (para quê as pessoas se procuram e se juntam, ou se afastam) é partilhado pelos parceiros (Aguiar 1988). Isto discrimina o nível de vinculação. Os vínculos podem ser atuais, virtuais e residuais. **Atuais** são os que acontecem no plano da realidade, entre parceiros concretos. **Virtuais** são aqueles estabelecidos com objetos/personagens imaginários ou míticos, ou muitos distantes de sua realidade concreta, embora reais. **Residuais** são os vínculos atuais desativados, que tem uma história real, mas agora estão no plano da fantasia (Aguiar 1990).

O conjunto de vínculos diretos de um indivíduo é chamado de **Átomo Social**, e sempre diz respeito aos vínculos atuais, pois trata da vida concreta da pessoa que o centraliza. No entanto, o átomo também se articula com os vínculos residuais e virtuais que influenciam na escolha dos atuais. O átomo reflete um momento específico da vida da pessoa, é extremamente variável, dependendo tanto do indivíduo que varia seus vínculos, como de seus parceiros que da mesma forma têm seu próprio átomo social, e igualmente podem variar seus vínculos. Certas partes

desses átomos sociais unem-se a partes de outros átomos sociais e, estes a outros, formando correntes complexas de inter-relações chamadas **redes sociométricas**.

E, finalmente, a **conserva cultural**, é definida como o produto acabado, a obra pronta, o destino do ato criador. O autor distingue dois tipos de conserva: tecnológica (livros, obras de arte, filmes, máquinas, etc.); humana (comportamentos, costumes, normas e papéis preservados, repetidos). A conserva cultural é totalmente antagônica à categoria do momento e à espontaneidade, tornando-se uma ameaça quando a sociedade está saturada por elas, impedindo a função criadora do homem que apenas cultua o que está pronto. A conserva deve apenas servir como ponto de partida para uma nova criação.

2.1.2 Teoria dos papéis

Moreno vê o homem como um gênio em potencial, que alcança a liberdade ao desenvolver sua espontaneidade criativa, que só se concretiza no processo de relação com o outro, e se dá através do desempenho de papéis.

Papel é conceituado por Moreno (1946, p.27) como: "... a forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos..."

Moreno afirma que é no desempenho de papéis que o eu se manifesta, o que vale dizer que os papéis precedem o eu, sendo estes os seus aspectos palpáveis, reais. É no exercício de papéis que o homem adquire a consciência do eu latente. O desempenho de papéis na vida humana se dá em todas as dimensões. Começa no nascimento e continua durante toda a vida do indivíduo como experiência individual e no seu convívio social.

"... Antes e imediatamente após o nascimento, o bebê vive num universo indiferenciado, a que eu chamei a 'matriz de identidade'. Essa matriz é existencial..."

considerada o locus donde surgem, em fases graduais, o eu e suas ramificações, os papéis...” (Moreno, 1946, pg. 25).

Em termos evolutivos os papéis fisiológicos ou psicossomáticos, são os primeiros a aparecer. No decurso do desenvolvimento surgirão os papéis psicodramáticos, que constituem a expressão da dimensão psicológica do eu. Seguem-se os papéis sociais, que expressam a dimensão social.

As três dimensões dos papéis constituem o que Moreno chama de ‘eus parciais’ que na sua integração formam o ‘eu total’.

A cada um desses eus parciais aglutinam-se, através de um vínculo operacional, com vários outros correspondentes, formando um aglomerado ou “**cache**” de papéis. Exemplo: ao eu psicossomático ou fisiológico aglomeram-se vários papéis fisiológicos (comer, dormir, sonhar, etc.). Assim sendo, os papéis não estão isolados e formam conglomerados. Toda vez que um papel é representado, recebe transferência de espontaneidade dos não representados, denominado **efeito cache**.

O indivíduo, no desempenho de seu papel, sofre a influência da sociedade, conseqüentemente o papel vem a ser a fusão de elementos individuais e coletivos; o seu denominador coletivo e o seu diferencial individual.

O homem integra-se à cultura através da adoção de papéis. A partir da matriz de identidade, especialmente na relação da criança com a mãe, o indivíduo inicia seu processo de socialização e integração, pela aceitação inconsciente da cultura que a mãe lhe transmite, pois desconhece outra forma de comportamento.

A adoção de papéis começa, então, no nascimento, na fase denominada **Primeiro Universo** da criança, no interior da matriz de identidade, dividido em duas fases, segundo Moreno (1946, p.113):

- 1) Matriz de Identidade Total Indiferenciada (fase da identidade ou unidade)
- 2) Matriz de Identidade Total Diferenciada (fase da inversão de identidade)

Na **fase da unidade** a criança não diferencia objetos de pessoas, fantasia de realidade, tudo é presente, não há passado e futuro, ela faz parte do todo, como o todo faz parte dela. Nesta etapa surgem os **papéis psicossomáticos ou**

fisiológicos (comer, dormir, urinar, etc.), onde ocorre uma atuação e cooperação mútua entre mãe e filho. Neste momento, a adoção de papéis pela criança consiste em duas funções: dar papéis (dador) e receber papéis (recebedor). A mãe, na amamentação, sofre um aquecimento para a execução de atos coerentes em relação ao filho. Ao mesmo tempo em que o bebê recebe alimento também entra em aquecimento para a execução de atos coerentes em relação à mãe. Há uma expectativa recíproca no desempenho de papéis nos parceiros do processo.

O resultado desta interação, a forma como o ego auxiliar, a mãe, responde às necessidades fisiológicas do bebê e como a criança percebe este papel, gera neste um sentimento de satisfação ou insatisfação, estabelecendo-se a primeira aprendizagem emocional da criança e a base para todo o intercâmbio futuro entre a criança e os egos auxiliares (pessoas que cuidam da criança).

Na segunda fase da matriz de identidade, **fase da inversão de identidade**, conforme Moreno (1946, p.113), a criança ainda não distingue o real e o imaginário, mas começa a distinguir objetos de pessoas. Dá-se conta de que a outra parte não é idêntica ao eu, o distanciamento vai aumentando até que consegue adotar a posição do tu e representar o papel deste.

Na medida em que a criança se torna autônoma, de acordo com Gonçalves (1988, p. 61), há uma evolução da Matriz de Identidade e, inicia-se o **Segundo Universo ou Matriz de Identidade da Brecha entre Fantasia e Realidade**, quando a criança separa o que é real do imaginário, ou seja, o mundo social e o da fantasia, não excluindo o mundo psicossomático da matriz de identidade.

Há então um desenvolvimento da adoção de papéis, além dos papéis psicossomáticos. Surgem os **papéis sociais** (dimensão da interação social) e os **papéis psicodramáticos** (dimensão mais individual da vida psíquica, personificações de coisas imaginadas, tanto reais quanto irreais). Até então estes dois tipos de papel estavam misturados, agora se diferenciam.

Neste momento, adquire-se a capacidade para iniciar dois processos de aquecimento, para atos de realidade e para atos de fantasia. O indivíduo agora

poderá viver tanto no mundo da fantasia, como no mundo da realidade, podendo transferir-se de um para outro. Mas o domínio desta situação, do desempenho de um ou outro tipo de papel, só será possível pelo treinamento da espontaneidade.

Da transição, portanto, do primeiro universo para o segundo, a criança se torna consciente da realidade e da fantasia e surgem para ela papéis que a correlacionam com pessoas e coisas do ambiente real, que estão fora dela própria – os **papéis sociais**; e há papéis que a correlacionam com pessoas e objetos que ela imagina estarem fora de si mesma – **papéis psicodramáticos**.

Nesta fase também se completa o ato de inversão de identidade, a criança representa o papel do outro e este representa o papel desta. É a inversão dos papéis.

Finalizando, a **adoção de papéis**, segundo Moreno, passa por três fases distintas, conforme o grau de liberdade e espontaneidade: 1) **Role Taking** – adoção de um papel, não permite variação, somente imitação; 2) **Role Playing** – é a representação de papéis, há certo grau de liberdade, pode jogar o papel explorando suas possibilidades; 3) **Role Creating** – é a criação de papéis, o desempenho do papel com alto grau de liberdade, de forma criativa e espontânea.

2.1.3 Teoria do Desenvolvimento da Matriz de Identidade

“... A **Matriz de Identidade**, no seu sentido mais amplo, é o lugar do nascimento (*locus nascendi*). Moreno a definiu também como placenta social, pois à maneira da placenta, estabelece a comunicação entre a criança e o sistema social da mãe, incluindo aos poucos os que dela são mais próximos...” (Gonçalves, 1988, p. 60).

Moreno afirma que a origem dos Papéis se dá na Matriz de Identidade, base psicológica para todos os desempenhos de papéis. O ego (eu) deriva dos papéis. Portanto o processo de aquisição e de desenvolvimento dos papéis deve ser analisado desde o período anterior ao surgimento deste, na etapa da Matriz de

Identidade Indiferenciada, a primeira fase do processo de aprendizagem emocional da criança.

Gonçalves (1988), afirma que Moreno resumiu em três etapas as fases de desenvolvimento da Matriz de Identidade:

Fase do Duplo: é a fase da indiferenciação e, onde a criança precisa sempre de alguém que faça por ela aquilo que não consegue fazer por si própria, necessitando, portanto de um ego - auxiliar.

Fase do Espelho: aqui a criança concentra a atenção em si mesma esquecendo-se do outro; ou concentra a atenção no outro ignorando a si mesma. Nesta fase a criança vê sua imagem refletida no espelho e a desconhece.

Fase de Inversão: quando existe a tomada do papel do outro para em seguida haver a inversão concomitante de papéis.

José S. Fonseca Filho (1980) ampliou e detalhou a Matriz de Identidade de uma forma mais didática, tornando-a mais compatível com o acompanhamento das psicoterapias, facilitando a identificação da fase da matriz de identidade em que o cliente se apresenta.

1) **Indiferenciação** – fase da identidade cósmica.

2) **Simbiose** – a criança começa a desenvolver sua individualidade, a sensação de unidade começa a dissolver-se e, inicia a discriminação do tu e do mundo. Permanece ainda unida a mãe de forma importante por um 'cordão umbilical psicológico'. A formação de uma identidade completa só se dará se esse cordão for desligado.

As etapas de Indiferenciação e Simbiose são a base teórica para a técnica do 'duplo'.

3) **Reconhecimento do Eu** – a criança reconhece a si mesma, descobrindo sua identidade; percebe que seu corpo é separado da mãe e do mundo. Identifica

sensações corporais de fome, sede, sono, micção, etc. É o primeiro pico de reconhecimento do Eu, que acontecerá por toda a vida.

Esta fase serve de embasamento teórico para a técnica do Espelho.

4) **Reconhecimento do tu** – O reconhecimento do Eu e o reconhecimento do Tu acontecem de forma simultânea. Há uma polarização, nesta fase, pelo Tu.

5) **Relações “em corredor”** – o eu e tu reconhecidos, ocorre, conforme Moreno, a ‘brecha entre a fantasia e a realidade’. A criança agora se relaciona com outros ‘Tus’ além da mãe, mas de forma exclusivista e possessiva. Sente-se única e central.

6) **Pré-inversão** – a criança passa a jogar o papel do tu, mas não permite a reciprocidade.

7) **Triangulação** – a comunicação da relação era bipessoal e agora é triádica; o Eu entra em alarme com a entrada do Ele, que também se relaciona com o Tu, é como se a criança ficasse desamparada, ou tivesse sido roubada; a boa resolução desta fase é sua compreensão de que os outros têm relacionamentos independentemente dela, e que ela não seria lesada por isso; os três elementos nesta etapa comunicam-se de forma igualitária em relação direta.

8) **Circularização** – a criança já está pronta para relacionar-se com grupos, amigos, escola e inicia sua socialização; a vivência sociométrica dos grupos. As relações agora são tanto diretas como indiretas; antes se relacionava com o Tu e o Ele e, agora com o Eles; passará a fazer parte e sentir-se integrada ao conjunto Eu-Nós.

9) **Inversão de Papéis** – o ser humano alcança a capacidade de realizar uma relação de verdadeira reciprocidade; um momento de desenvolvimento máximo da tele, no qual um percebe o outro numa linguagem silenciosa de compreensão; e ao entender a realidade do outro, o ser alcança um entendimento maior de seu próprio mundo; esta etapa significa o alcance da maturidade e um sinal de saúde psicológica; ela se inicia no segundo ou terceiro ano de vida e chega ao cume na

vida adulta, pois se aprimora com a idade. Esta etapa é a base teórica para a técnica 'inversão de papéis'.

10) **Encontro** – durante a troca de papéis pode ocorrer um Momento de conexão máxima entre as pessoas envolvidas, de troca incondicional, de unidade cósmica, de espontaneidade e criação mútua, que revitaliza a identidade do eu e do tu; é um lampejo, um instante, pois há que haver equilíbrio e harmonia cósmica, portanto o eterno Encontro seria a loucura, o mesmo equivaleria a permanecer integralmente são de forma irrestrita.

2.1.4 A Sessão de Psicodrama

A sessão psicodramática fundamenta-se em três alicerces: contextos, instrumentos e etapas.

O **Contexto**, conforme Gonçalves (1988, p.97), "... é o encadeamento, de vivências privadas e coletivas, de sujeitos que se inter-relacionam numa contingência espaço-temporal." Pode ser social, grupal e dramático. O **Contexto Social** é a realidade social onde o indivíduo está inserido. Regido pelo tempo cronológico e espaço geográfico, possui leis e normas próprias que variam conforme a comunidade, a época, as condições socioeconômicas, políticas, etc., impondo ao indivíduo regras de comportamento. Já o **Contexto Grupal**, corresponde à realidade grupal, sendo constituído pelos participantes do grupo. Regido por costumes e leis particulares. Possui um tempo e espaço concretos previamente estabelecidos. O **Dramático** "... é constituído pela realidade dramática no "como se", pelo tempo fenomenológico, subjetivo, e pelo espaço também fenomenológico, virtual, construído sobre o espaço concreto, devidamente marcado."

Ainda de acordo com Gonçalves (1988), **Instrumentos** são os meios utilizados para a execução do método e das técnicas psicodramáticas. Estes recursos do Psicodrama são: a) **Cenário** é onde ocorre a ação dramática. É um espaço flexível e

multidimensional, projetado de acordo com os requisitos terapêuticos e onde realidade e fantasia não estão em conflito. Objetos materiais ou linhas imaginárias podem servir para inúmeras representações e significados, e é indispensável que todos os participantes adotem as mesmas convenções estabelecidas, para manter o clima afetivo da cena; b) **Protagonista** é o indivíduo que é ator e autor no palco terapêutico e que traz o tema para dramatizar. É o emergente para a ação dramática e, no contexto grupal simboliza o co-inconsciente e co-consciente do grupo; e é eleito a partir da dinâmica sociométrica; c) **Diretor** é o terapeuta que coordena a sessão. Ele promove o aquecimento. Como terapeuta, mantém o enfoque nos conflitos, dirigindo egos- auxiliares, interagindo com o protagonista, atento às suas emoções, sentimentos, pensamentos. Além disso, compartilha o que compreendeu da situação vivida em cena, em relação ao protagonista e ao grupo sendo aí um analista social; d) **Ego - auxiliar** é um observador social, isto é, a extensão do diretor que age na dramatização junto ao protagonista. Também é um ator que representa o contrapapel exigido pelo mundo do protagonista e um terapeuta quando encaminha o indivíduo às situações propostas pelo diretor, facilitando a catarse; e) **Platéia** é o conjunto dos demais participantes da sessão que estão fora do contexto dramático. É importante para o protagonista, por funcionar como uma caixa de ressonância do drama encenado, através dos compartilhamentos e tornar-se, por vezes, ela mesma a protagonista ao ver seu conflito representado no palco.

Quanto às Etapas, em Gonçalves (1988, p. 101) numa sessão temos o (a) **aquecimento**, quando se escolhe o protagonista (chamado de inespecífico) e quando aquece o protagonista para a ação dramática (chamado de específico); (b) a **dramatização**, quando ocorre a ação dramática em que o protagonista presentifica seu conflito no cenário; e (c) o **compartilhar**, quando cada componente divide, com os demais, os sentimentos e pensamentos provocados durante a dramatização, permitindo ao protagonista não se sentir isolado no seu dilema.

2.1.5 Modalidades de Psicodrama

O processo psicoterapêutico, em psicodrama, possui três modalidades principais, conforme Dias (1987): Psicodrama Bipessoal, o psicodrama individual com ego auxiliar e o psicodrama grupal. Deter-nos-emos aqui ao Psicodrama Bipessoal, em virtude de ter sido esta a modalidade utilizada na realização deste trabalho.

Psicodrama Bipessoal para Cukier (1992 p. 17) é “... a abordagem terapêutica oriunda do psicodrama, que não faz uso de egos auxiliares e atende apenas a um paciente de cada vez, configurando uma situação de relação bipessoal, ou seja, um paciente e um terapeuta.”

O nome utilizado para se referir a esta modalidade varia de autor para autor, e a opinião sobre o tema também é variável. Bustos foi a autoridade que melhor validou a utilização do psicodrama bipessoal no Brasil. Chama de psicoterapia psicodramática individual bipessoal e, assinala que a terapia bipessoal repete o modelo relacional mãe-filho, é um vínculo mais protetor. É indicada, em sua opinião, para a primeira parte de um tratamento psicoterapêutico, por permitir a investigação das primeiras relações afetivas, num contexto mais protegido e, também por propiciar um sistema de autoconhecimento mais apurado.

Nesta forma de trabalho, também são utilizadas, a montagem clássica da cena, a dramatização. O ego auxiliar, neste caso, é substituído por almofadas ou objetos da sala, aos quais o terapeuta dá vida, ao emprestar sua voz, ou fazer um duplo como o faria um ego auxiliar, de acordo com Bustos (1979). O conjunto completo de elementos do psicodrama, nesta modalidade são o diretor, protagonista e o palco, estando ausentes os egos e a plateia.

Moreno minora a importância do psicodrama bipessoal, assim como Bermudez e Dias. Moreno (1959) menospreza essa possibilidade terapêutica, referindo-se ao Psicodrama a Dois como um paralelo da situação psicanalítica do divã, e aponta que o psicodramatista, em sua prática particular, prefere muitas vezes empregar a enfermeira como ego auxiliar a fim de manter pura a própria identidade de diretor. Moreno, segundo Cukier (1992), em nenhum momento questionou a função do ego auxiliar, por perceber através da sociometria, que a tele-terapêutica

estava distribuída por toda a comunidade. Neste caso, o terapeuta teria a função principal de tornar a tele efetiva e de conduzi-la para os canais apropriados.

Rojas-Bermudez considera a relação estrutural dramática uma relação triangular, e vê o ego auxiliar como parte indispensável no enquadre terapêutico, no seu papel de ator e investigador social e constituinte da unidade funcional.

Para Dias a questão mais importante, no trabalho bipessoal, é que a distância terapêutica diminui, com a participação efetiva do terapeuta nas dramatizações. Isto reduz a sua capacidade de observação e pode haver uma grande chance de processos contratransferenciais, prejudicando o papel de diretor. A falta do ego - auxiliar dificulta a entrada no psiquismo caótico e indiferenciado, e esta modalidade fica restrita aos psicodramas internos, onirodramas e sensações corporais.

A perspectiva de Cukier a respeito deste tema consiste em não considerar esta abordagem terapêutica como “menor”, ou necessariamente preparatória para uma terapia grupal. Concebe que o ser é primeiro um indivíduo, depois um elemento grupal, destacando a importância da compreensão das primeiras trocas afetivas deste indivíduo até a estruturação de seus conflitos e defesas atuais.

O desenvolvimento emocional do indivíduo passa por uma fase onde o “outro” é percebido como parte integrada do ego que, aos poucos, ganha diferenciação. Repete o modelo relacional mãe-bebê de importância reconhecida. O “outro” também está disponível e presente para o contato, quando e como o paciente o necessitar e é considerado de natureza bipartida: um polo concreto é atuado pelo terapeuta em sua relação real com o cliente e um polo simbólico atuado pelo cliente nos contrapapéis de sua vida.

O ego auxiliar, por um lado, facilita a apreensão do material simbólico e abstrato, mas por outro, configura uma situação afetiva triangular, mais elaborada e exigente. Sua não utilização tem, por conseguinte, vantagens e desvantagens. A desvantagem referida, como a perda da distância terapêutica e as concomitantes transferências e contratransferências dela resultantes, ocorrem em qualquer forma de terapia e há condições por parte dos terapeutas de lidar com isso. O terapeuta

tem capacidade para lidar com a sobrecarga de funções e, mesmo que contracene com o paciente, não perde seu papel de diretor, simplesmente pelo fato de atuar.

O maior problema do trabalho psicodramático bipessoal, para Cukier, se refere à perda de um referencial técnico clássico e à concomitante necessidade da criação de novas formas de abordagem.

2.1.6) Técnicas Psicodramáticas

A finalidade das técnicas, segundo Moreno (1946), é incentivar os pacientes para que sejam no palco o que eles são, mais profunda e explicitamente, do que parecem ser na realidade da vida. As técnicas básicas usadas na sessão de psicodrama são:

1) **Duplo**: corresponde à primeira fase da matriz de identidade, fase da identidade total. A criança depende de um ego - auxiliar (mãe) para sobreviver, alguém que faça por ela aquilo que não pode fazer por si própria. É feita pelo ego - auxiliar, que expressa o que o protagonista não está conseguindo explicitar. Conforme Monteiro (1998), o ego - auxiliar coloca a mão no ombro do cliente e expressa verbalmente o que percebe.

2) **Espelho**: Relacionada à fase do reconhecimento do eu da matriz de identidade. Ao ver sua imagem no espelho a criança acaba reconhecendo que a imagem é dela própria. É o processo de reconhecimento do eu. A técnica, de acordo com Monteiro (1998), é feita com o protagonista, no contexto dramático ligeiramente afastado da cena, observa o ego – auxiliar, desempenhando seu papel.

3) **Inversão dos papéis**: Baseada na terceira fase do desenvolvimento da matriz de identidade, o reconhecimento do outro. A criança neste período é capaz de sair de si mesma e se colocar no lugar (papel) de sua mãe. A técnica baseia-se, de acordo

com Gonçalves (1988), em o protagonista representar o ego - auxiliar e este tomar o papel daquele. Ambos desempenham o papel do outro tal como o percebem, diante do outro.

6) **Solilóquio**: é conceituado por Monteiro (1998), como um monólogo do protagonista in situ. O diretor orienta o protagonista no seu papel ou de outrem, a dizer em voz alta, o que pensa e experimenta no momento presente, reproduzindo sentimentos, sensações, emoções e pensamentos ocultos, que estão ocorrendo no aqui e agora da ação dramática ou, que já aconteceram em dada situação.

5) Técnica de construção de imagens com tecidos

Antes da explanação sobre esta técnica, vamos realizar um breve esclarecimento sobre **hemisférios cerebrais**.

Durante a estruturação do núcleo do eu, período de aquisição de atos, os hemisférios cerebrais funcionam de forma semelhante, simétrica. A partir dos dois anos, ocorre a especialização do hemisfério esquerdo sobre a influência do social (aprendizagem de atos, inclusive verbais); inicia-se a linguagem verbal.

Cada hemisfério, então, ao diferenciar-se, se especializa em uma série de funções e tem como principais características, conforme Barbosa, Khouri, Machado, Rebouças (2008 p. 71):

“... **Hemisfério direito**: não-verbal, viso-espacial, simultâneo, espacial, gestáltico (sintético), intuitivo, pensamento oriental. **Hemisfério esquerdo**: verbal, sequencial, temporal, digital, lógico analítico, racional, pensamento ocidental...”.

Os dois hemisférios são igualmente ativos, conectados, integrados e complementares. Conforme a informação, produz-se um atuar predominante de um sobre o outro, por exemplo: se a informação é do tipo imagem, o hemisfério direito tomará a direção; se a informação é do tipo sequenciado (falar, ler, escrever, etc.) predomina o hemisfério esquerdo. A predominância não significa bloqueio de um ou

de outro hemisfério, apenas demarca no espaço-tempo eventos mentais distintos e correspondentes.

O hemisfério direito, conforme Rojas-Bermúdez (1997, p. 434 apud Fleury H. Khouri G. S., Hug E. 2008, pg 74):

“... é como um caleidoscópio que oferece inúmeras possibilidades de imagens mentais em função das variadas combinações dos elementos que o compõem. Se alguma destas imagens ganha especial significado [...], a fim de [...] reproduzi-la, é necessário recorrer ao hemisfério esquerdo que assume a função de decodificar a estrutura da imagem e de reproduzi-la fora de si...”

Portanto, o hemisfério direito, está ligado a vivências e memórias mais remotas que não conseguiram ser traduzidas para o hemisfério esquerdo, por não encontrarem conceitos correlacionados. É um arquivo, sobretudo, de sensações e imagens, de símbolos.

Realizado este esclarecimento sobre os hemisférios cerebrais, serão definidos agora, os conceitos de **imagem**, **imagem psicodramática**, em seguida, haverá um descritivo sobre a **técnica de construção de imagens (TCI)** e, finalmente a **técnica de construção de imagens com tecidos (CIT)**.

Imagem segundo Lalande (1993 p. 517 apud Fleury H., Khouri G, S., Hug E., 2008 p 81) tem as seguintes definições:

Reprodução quer concreta, quer mental, daquilo que foi percebido pela visão (com ou sem combinação dos elementos que compõem essa imagem).

Repetição mental, geralmente enfraquecida, de uma sensação (ou mais especificamente de uma percepção) precedentemente experimentada.

Representação concreta que serve para ilustrar uma ideia abstrata.

A Imagem sempre se refere a algo que é reproduzido, representado ou repetido numa forma. Iniciaremos, antes da explanação sobre esta técnica, esclarecer sobre a imagem mental e os hemisférios cerebrais.

A **imagem psicodramática** produzida pelo paciente é sempre uma expressão de sentimentos, sensações, conteúdos internos, formas verbais, ou conceitos concretizados no cenário pela imagem.

Moreno (1946) refere que é na matriz de identidade que a criança recebe os alicerces do primeiro processo de aprendizagem emocional, que são bases para futuros intercâmbios de papéis. É nas primeiras relações familiares que o indivíduo aprende a relacionar-se com o outro e, introjeta os papéis psicodramáticos (imaginários) do pai, mãe, irmão, etc.

O trabalho com imagens, de relações problemáticas trazidas pelos clientes, encontra frequentemente referência ao protótipo de relação familiar. As relações atuais são padrões vinculares já vivenciados no primeiro universo relacional e a imagem torna visíveis estas vivências, dispensando qualquer interpretação.

As imagens, para Rojas-Bermúdez, Moyano (1999, p. 3 apud Fleury H., Khouri G. S., Hug E. 2008 p 85), possuem um grau de simbolização que varia em um contínuo, passando da imagem real à imagem simbólica e define a imagem psicodramática como:

[...] uma forma construída pelo paciente sobre o cenário, que expressa em sua configuração a maneira como o indivíduo está organizando seus conteúdos internos em relação a um tema determinado (sintoma, sensação, sentimento, relação, situação...), o sentido e a significação que certos fatos e experiências têm para ele, os elementos que enfatiza e omite, e a relação mútua entre esses elementos.

A imagem psicodramática é sujeita à experimentação do paciente no aqui e agora do espaço psicodramático, por ser concreta, portanto visível, palpável. Sempre expressa o conteúdo interno do paciente, e é uma criação do sujeito que resulta da relação de todas as informações que o indivíduo possui e sua organização particular (estrutura da personalidade, crenças, patologias, etc.). Tem como fonte de informação os arquivos mais arcaicos e pessoais da pessoa, de vivências anteriores

ao surgimento da imagem mental. Este fator é que torna o processo terapêutico eficaz.

A **técnica de construção de imagem (TCI)** é uma técnica criada por Rojas-Bermúdez, como recurso para ampliar as possibilidades de comunicação do paciente, acessando conteúdos não verbalizados ainda, facilitando sua expressão. Este processo de construção de imagens é uma colaboração teórico-prática à etapa de Dramatização e a compreensão de sua dinâmica.

Para a execução desta técnica procede-se da seguinte forma: pede-se ao protagonista que construa uma escultura com pessoas ou objetos que represente o tema em questão, sendo que ele não deve ser incluído na produção. A imagem produzida congela a situação, permitindo ao protagonista uma maior possibilidade de objetivação e avaliação do que produziu, além de permitir um distanciamento emotivo por parte do mesmo, convertendo-se em espectador, porém, comprometido com a obra realizada.

A imagem elaborada expressa a forma como o indivíduo organiza seus conteúdos internos com relação ao tema em questão, permitindo a percepção do sentido e o significado de certas experiências para o mesmo, bem como os elementos que ele suprime, e a inter-relação entre estes. Ao mesmo tempo, permite ao cliente dar-se conta da situação vivida por ele internamente.

A imagem plasmada possibilita tanto ao protagonista como ao terapeuta explorar os significados das suas partes e suas inter-relações, quais os códigos utilizados para expressão, tentando-se compreender a estrutura e a causa de seus sintomas e comportamentos.

Rojas-Bermúdez (1997 apud Fleury H., Khouri G. S., Hug E. 2008 p. 92-93) afirma que a partir da primeira imagem se pode projetar a realização de outras: imagens de antes e depois, em outro lugar, maior, pior, etc. No entanto é fundamental que o psicoterapeuta respeite e não interfira na imagem do protagonista, para facilitar a tomada de consciência do mesmo sobre o tema em questão.

A TCI (técnica de construção de imagem), como referido anteriormente, é complementar à dramatização, assim sendo, elas podem ser alternadas.

Começando por uma ou outra a depender do grau de implicação emocional do protagonista, já que a dramatização aquece, envolve emocionalmente e a imagem esfria permitindo uma compreensão mais intelectual e global das situações.

As imagens podem ser realistas e construídas com os companheiros do grupo, mas podem também ser simbólicas, e realizadas com o corpo dos companheiros ou com objetos diversos (tecidos, bonecos, etc.). Também se pode trabalhar alternadamente com imagens simbólicas e reais.

Passos fundamentais da técnica de construção de imagens, conforme Khouri e Machado (2008, p. 95):

Realização da imagem em si: após a construção, procede-se à leitura de formas por parte do protagonista, momento em que o diretor inicia suas intervenções com perguntas destinadas a esclarecer as características da estrutura. Clarificada a forma e explicitados seus componentes passa-se à etapa seguinte. Realização de solilóquios em cada elemento da imagem: o protagonista se coloca sucessivamente nas diferentes partes que configuram a imagem e, adotando a postura corporal correspondente, expressa, com base naquelas partes, o que pensa e sente. Para que os conteúdos mais comprometidos não condicionem os demais, os solilóquios devem partir das partes menos importantes para as mais importantes. Em geral, o cliente se refere a elementos alheios à própria imagem, que não havia tomado em conta durante a sua construção.

Nem sempre as imagens mostram de forma clara o verdadeiro conflito em questão, sendo necessário mais tempo de exploração das imagens para fazê-lo emergir, e o material que surge na primeira imagem fornece de certa forma a direção a seguir.

Partindo da ideia de que a psicopatologia tem sua base nos primeiros anos de vida, tempo em que as imagens são os objetos mentais principais, pois a formulação de palavras e conceitos não são prevalentes, a construção de imagens acessa diretamente o hemisfério direito do cérebro.

Os arquivos contidos no hemisfério direito são, sobretudo de imagens e sensações, o que explica o poder da imagem psicodramática, que acessa essas vivências anteriores ao surgimento da linguagem verbal e os ressignifica pelo **processo de reafirmação**, ou seja, durante a construção da imagem externa, uma série de atos acontece, o indivíduo ao mesmo tempo em que constrói a imagem (externa) compara e reajusta sua imagem interna (mental). Simultaneamente ao processo de construção da imagem por atos corporais ocorre sua passagem do hemisfério direito para o esquerdo.

Neste fenômeno de referência, conforme Rojas-Bermudez, Moyano (1999 apud Fleury H., Khouri G. S., Hug E. 2008, p.100) é possível o desdobramento da imagem em outras imagens ou conteúdos, possibilitando assim o aprofundamento do conteúdo originalmente abordado.

A construção de imagens então possibilita uma compreensão estrutural, e não apenas linear e intelectual, por acessar o hemisfério direito que obedece a uma lógica própria, mais livre das determinações sociais, que influenciam o hemisfério esquerdo. Isto possibilita um maior conhecimento do mundo interno, e um trabalho conjunto dos dois hemisférios, diminuindo os pontos obscuros do eu, resultando em um autoconhecimento que pode ser sentido e verbalizado.

A **técnica de construção de imagens com tecidos (CIT)**, conforme Khouri (2008) tem uma riqueza e força na concretização de aspectos relativos à organização mental de forma rápida e efetiva.

No Psicodrama Bipessoal, a CIT, amplia sobremaneira os recursos do diretor, substituindo a necessidade de muitas intervenções, por revelar tanto ao cliente como ao terapeuta, quais as partes mais significativas do material apresentado e suas relações mútuas.

Na CIT a palavra, o corpo e a dramatização são organizados ao redor das imagens, que são o núcleo do processo de psicoterapia. O protagonista é autor, constrói uma forma, na qual não é incluído, podendo considerar de longe.

A imagem provê acesso à estrutura da elaboração interna, favorece sua compreensão e análise da dinâmica que integra este material. Está relacionada à atividade do hemisfério direito.

A CIT fornece a estrutura inteira, o protagonista pode observar de forma holística e simultânea o esquema dos fatos apresentados. Também, conforme Khouri (2008) diminui a iconização e mostra os elementos significativos básicos da situação representada.

O procedimento para aplicação da técnica tem como passos fundamentais, de acordo com Khouri (2008), a realização da imagem em si, e a realização de solilóquios em cada elemento da imagem.

Também podem ser usados, para potencializar o efeito, as outras técnicas fundamentais do psicodrama, o duplo, o espelho, e a inversão de papéis.

Os tecidos usados são de tamanho que varia de 0,8m a 1m de largura por 2m de comprimento, de várias cores e texturas.

Assim que a imagem é construída, primeiro é focalizada a forma geral desta, associando com objetos ou qualquer ideia. Em seguida, deve ser escolhido somente um objeto ou ideia que se aproxime do que quer comunicar. Também pode ser solicitado um título para a imagem.

Chega o momento de aprofundar o entendimento do que foi construído, e ao paciente é solicitado que escolha uma parte da imagem. Questionar sobre a forma, o porquê das cores e texturas escolhidas, expressar corporalmente a imagem da parte e então verbalizar em voz alta o que sente e pensa (técnica do solilóquio), solicitar uma imagem complementar para a expressão corporal, a imagem anterior e posterior da CIT realizada, desdobrar a imagem.

Enfim, inúmeras são as possibilidades de intervenção. Mas o importante é a realização dos passos fundamentais, conforme necessário, uso das outras técnicas com os precisos questionamentos do terapeuta.

2.1.7 Teoria do Núcleo do eu

O desenvolvimento psicológico básico, de acordo com Dias (1994), vai acontecer nos primeiros dois anos de vida, e é basicamente cenestésico. Nesta fase, o sistema nervoso central está inacabado, há uma predominância do sistema nervoso interoceptivo, ligado às sensações viscerais. A criança está basicamente em contato com seu mundo cenestésico, em um psiquismo indiferenciado, onde não há discriminação entre o orgânico e o psicológico, todas as sensações formam um Si Mesmo Fisiológico.

O indivíduo nasce com uma série de necessidades, que em condições normais, são satisfeitas por seu ambiente. O conjunto de necessidades próprias de cada papel e do indivíduo em função deste papel constitui a **Estrutura Genética Programada Interna**. O conjunto de elementos que o ambiente fornece, em condições determinadas, e que satisfaz suas necessidades, constitui a **Estrutura Genética Programada Externa**. O resultado desta união é o **Traço Mnemônico**. Nele, conforme Bermúdez (1966) estarão registradas a interação das estruturas genéticas complementares e a descarga tensional correspondente.

As estruturas genéticas programadas que interessam para a compreensão da Teoria do Núcleo do Eu, segundo Bermudez (1978), são as que formam parte de três funções fisiológicas não automatizadas, indispensáveis para a sobrevivência do organismo: ingestão, defecação, micção. De acordo com a predominância dos focos de estimulação e os registros menêmicos correspondentes, surgem os **Papéis Psicossomáticos**: o **Papel de Ingeridor, Defecador e Urinador** respectivamente; são delimitadas as **áreas: corpo, ambiente, mente**. Portanto, o **Núcleo do Eu** é estrutura resultante da integração das três áreas com os três papéis psicossomáticos.

No psiquismo indiferenciado, chamado por Bermudez, de **Si Mesmo Fisiológico (SMF)**, começa a se destacar com maior intensidade, continuidade e ritmo, a sensação de fome e saciedade. Num momento o bebê é “todo fome”, noutro momento “todo saciedade”.

A repetição experiencial e a maturação do sistema nervoso permitem a discriminação entre as EGPE e as EGPI, ou seja, estímulo-conteúdo, receptor-contidente e o surgimento da marca mnêmica que resulta da complementaridade das duas estruturas.

O **papel do ingeridor**, de acordo com Barbosa, Khouri, Machado e Rebouças (2008), surge desta complementaridade, da descarga tensional cíclica resultante da saciedade, da integração em nível experiencial, do trato gastro-esôfago-bucal e da maturação do sistema exteroceptivo. Isto culmina com a descoberta do espaço exterior, o exoral, que, a princípio, é o alimento e, a seguir, abrange todos os estímulos gratificantes e desagradáveis quanto à ingestão e aos cuidados maternos, os quais farão parte dos registros mnêmicos. Este conjunto de estímulos normais e patológicos registrados juntamente com o papel psicossomático de ingeridor dará origem ao Modelo do Ingeridor, que estará pronto ao redor dos 3 meses.

Começa então a formação do **papel de defecador**, que termina ao redor de 8 meses de idade. Inicia com a formação das primeiras fezes sólidas, que atraem atenção dentro do si-mesmo fisiológico, e inicia o processo de diferenciação: discriminação de conteúdo e contidente, espaço interior, trajeto, zona com diferente sensibilidade – ânus - e espaço exterior onde deposita os conteúdos – exanal. Com o início da dentição há um deslocamento do foco de atenção da criança do exanal para a boca e a mastigação, agora passa a ingerir alimentos sólidos e semi-sólidos, conforme Barbosa, Khouri, Machado Rebouças (2008).

A atenção do bebê agora está no bolo alimentício, percorre o trajeto correspondente ao papel do ingeridor, integra esse segmento com o papel de defecador e assiste à formação do cocô, ligando o indivíduo ao meio, e delimitando a área ambiente dentro do SMF. A atenção então se volta para fora, a criança descobre um mundo novo. Impera a curiosidade e a experimentação. Toda esta vivência, ligada ao mundo externo, vai sendo registrada a nível psicológico e junto com papel psicossomático de defecador formará o Modelo de Defecador.

O **papel de Urinador** ocorre entre os 8 e 24 meses de idade, culminando com o controle esfinteriano que possibilita a separação entre a área mente e a área

corpo. Este papel é dividido em duas fases: a vesical e a uretral. A primeira se inicia aos 8 meses, momento que se inicia “a aquisição de atos” a criança sentada observa tudo que a rodeia, os estímulos ambientais desencadeiam respostas motoras favorecendo a integração viso-motora, a preensão dígito-polegar e articulação dos sons. Neste período a criança estabelece relações de ‘tudo ou nada’ ou ‘indivíduo-meio’ com pessoas e objetos.

Bermúdez (1966) destaca três processos fundamentais, que são integrados pela experiência e resultam na estruturação do papel de urinador: a) a aquisição de atos; b) processos internos provocados pela tensão vesical; c) os que resultam do começo da atividade mental.

A aquisição de atos acontece pela repetição incansável de movimentos, até alcançar o objetivo. Cada ato integra aspectos sensoriais e motores, em função de uma circunstância ambiental. Cada marca mnêmica resulta das interações entre o corpo e o ambiente. Se o ato é aprendido, a criança deixa de prestar atenção ao estímulo e de efetuar movimentos correspondentes, só efetuará o ato quando for preciso. Quando isto acontece a relação ‘indivíduo-meio’ é substituída pela relação ‘área corpo-área ambiente’, ou seja, com a aprendizagem do ato, se aprende a relação do corpo com o referido estímulo ambiental. Portanto as marcas mnêmicas são o produto dos atos aprendidos (Bermudez 1978).

O estímulo do acúmulo urinário atrai a atenção toda para si, quando supera o limiar de sensação, deslocando a criança da atividade motora, da área ambiente para o si-mesmo fisiológico (SMF), e depois de desaparecer o estímulo pela micção, o foco de atenção fica livre e é atraído pelos estímulos ambientais. A alternância de sensações entre a área ambiente e o SMF gera o processo de estruturação do Papel de Urinador.

“As marcas mnêmicas resultantes da aquisição de atos entram, progressivamente, em atividade e convertem-se no terceiro foco de estimulação. À medida que os atos são automatizados e as tensões sensório-motoras são reduzidas ao mínimo, a atividade mental se incrementa e atrai sobre si a atenção... (Barbosa, Khourj, Machado, Rebouças, p.61, 2008).”

A descoberta da atividade mental ocorre na criança antes de dormir, quando os estímulos externos desaparecem e, sua atenção é atraída pelos estímulos gerados pelas marcas mnêmicas incipientes, gerando sensações estranhas e imagens perturbadoras. A atividade mental surge então como uma manifestação perturbadora, e sua intensidade se deve à falta de discriminação entre a área corpo e a área mente.

As imagens atemorizantes geram tensões interiores e incrementam a tensão intravesical. As tensões mentais são seguidas das tensões da micção. A repetição dessas experiências leva à discriminação o corpo por uma parte e as tensões mentais, sensório-motoras e a urina por outra. Diferencia-se área corpo e área mente.

A fase uretral da estruturação do papel de urinador caracteriza-se pelo prazer uretral, provocado pela passagem da urina pela uretra na micção, diferente em cada sexo, em virtude das diferenças anatômicas da uretra.

Neste período, a criança descobre o prazer genital pela manipulação do pênis nos meninos e do clitóris na menina, através da masturbação exploratória.

O papel de urinador, conforme Barbosa, Khouri, Machado, Rebouças (2008), estruturado, a criança centra cada vez mais a atenção na zona esfinteriana – zona de transição entre a tensão vesical e o prazer uretral, iniciando o controle dos esfíncteres. Nesta fase o esfíncter estriado entra em atividade e a criança descobre que pode reter urina, e que a intensidade do prazer uretral é tanto maior quanto maior a tensão intravesical. A criança pode então optar em urinar ou reter voluntariamente a urina. A possibilidade de tomar uma decisão pessoal, em função de sensações e experiências, inicia a estruturação do eu. Está terminada assim a formação do Núcleo do Eu.

A Teoria do Núcleo do Eu, de acordo com Dias (1987), divide o psiquismo humano em três modelos psicológicos e três áreas delimitadas por estes modelos:

Modelo do Ingeridor – responsável pelos processos de incorporação, satisfação/insatisfação dos conteúdos do mundo externo para o interno.

Modelo do Defecador – processos de criação, elaboração, expressão e comunicação dos conteúdos do mundo interno para o externo.

Modelo do Urinador – planejamento, devaneios, fantasias, controle, decisão e execução das ações no mundo externo que gratifiquem desejos e necessidades internas.

Áreas Mente, Corpo e Ambiente – responsáveis pelos processos do pensar, sentir e perceber respectivamente.

Os modelos psicológicos se estruturam a partir das funções somáticas não automáticas (comer, urinar, defecar) que ocorrem sempre com alguma participação do indivíduo em sua esfera consciente. Estes irão produzir sensações cenestésicas e registrar vivências no psiquismo (marcas mnêmicas), dando origem aos modelos psicológicos, que são inatos e se desenvolverão independentemente da vontade do indivíduo. Este desenvolvimento pode apresentar diversos bloqueios advindos tanto da parte orgânica, alterações no aparelho de ingestão, defecação e micção; como da parte relacional, bloqueios da inter-relação do bebê com as pessoas que dele cuidam (Dias 1994).

2.2 SEXUALIDADE

2.2.1 A resposta sexual humana

Na década de 60, Masters e Johnson (1966), um casal de terapeutas americanos, após onze anos de pesquisa, desenvolveu um ciclo para a resposta sexual humana. Este modelo, chamado linear, comum a homens e mulheres era constituído por quatro fases: excitação, platô, orgasmo e resolução. Divisão que proporcionava a

descrição detalhada das variantes fisiológicas na reação sexual, mas não avaliava os aspectos psicogênicos das altas tensões sexuais.

Nos anos 70, a psiquiatra Helen Singer Kaplan (1979) formulou a fase do desejo que antecedia a fase da excitação, e excluiu a fase platô por considerar que a excitação é crescente e acaba conduzindo ao orgasmo. Desde então, o novo esquema, passou a ser considerado constituído por quatro fases: desejo, excitação, orgasmo e resolução. Este ciclo de resposta sexual, conforme Abdo (2012) orientou as classificações diagnósticas atuais para as disfunções sexuais, entre elas o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), da Associação Psiquiátrica Americana (APA).

Passaremos a uma definição sucinta de cada fase da resposta sexual.

Desejo, Excitação, Orgasmo e Resolução

“O **desejo sexual** é um apetite ou impulso produzido pela ativação, no cérebro, de um sistema neural específico, ao passo que as fases de excitação e orgasmo envolvem os órgãos genitais” (KAPLAN, 1979, p. 27).

Inicialmente, o desejo sexual é o componente único da resposta sexual, mas permanece e se intensifica nas fases seguintes. Para que ele ocorra é indispensável a presença de uma situação com potencial erótico que, através dos órgãos dos sentidos (tato, olfato, visão, audição, etc.), conduz o estímulo via córtex e sistema límbico e termina desencadeando a excitação.

O impulso sexual é regido pela integração entre hormônios e neurotransmissores e sofre uma influência psicossocial, podendo ser estimulado ou inibido.

Excitação é a fase que se desenvolve a partir de qualquer fonte de estímulo somático (desencadeado por estímulo dos órgãos sensoriais) ou psíquico (provocado por pensamentos, fantasias), e leva à vasocongestão dos órgãos genitais, causando a ereção no homem e a lubrificação vaginal na mulher, visando à

preparação para o coito. Acontece pela ação do sistema neurovegetativo, isto é, todos os nervos e centros nervosos que controlam as vísceras e as glândulas.

“A **fase orgásmica** é limitada a poucos segundos em que a vasoconstrição e a miotonia desenvolvidas pelos estímulos sexuais são libertados [...]” (MASTERS; JONHSON, 1966, p. 6). Considerado o momento de prazer mais intenso, é percebido subjetivamente no clitóris, vagina e útero na mulher; no pênis, próstata e vesícula seminal no homem. A forma como o orgasmo é experimentado subjetivamente obedece a padrões de resposta individual, com uma variação enorme na experiência orgásmica feminina, e com menos variabilidade individual na experiência masculina.

Na **fase de resolução** o organismo retorna às condições físicas e emocionais usuais, ou seja, ocorre o retorno às condições de repouso. Mais definida no homem que na mulher. Sendo que nos homens só após o término desta fase é possível responder a reestimulação sexual.

2.2.2 A resposta sexual feminina

Conforme descrito por Masters e Johnson (1966), a resposta fisiológica feminina ao estímulo sexual não se limita aos órgãos genitais, mas sim envolve o corpo todo, havendo uma resposta extragenital e uma resposta genital, que serão relatadas a seguir baseadas no modelo de resposta sexual estabelecido a partir de 1987.

Resposta extragenital

As reações extragenitais que fazem parte da resposta fisiológica feminina aos estímulos sexuais ocorrem nos seios, pele, músculos, uretra, bexiga, e reto, associadas a alterações da pressão arterial, respiração e frequência cardíaca.

As principais alterações extragenitais são:

- ✓ - ereção do mamilo;

- ✓ - rubor sexual ou surgimento de pontos avermelhados na pele de intensidade e distribuição variáveis;
- ✓ -perspiração ou sudorese;
- ✓ - miotonia ou contrações musculares voluntárias e involuntárias dos músculos das pernas, braços, músculos abdominais, intercostais, pescoço, e faciais;
- ✓ - aumento da frequência respiratória, da frequência cardíaca e da pressão arterial.

Resposta genital

A genitália externa é composta basicamente, pelo monte de vênus, grandes e pequenos lábios, clitóris, orifício uretral, vestíbulo, intróito vaginal (fig. 1). Este conjunto também é conhecido como vulva. A vascularização da área é dada principalmente pela artéria pudenda interna, e a inervação é feita pelo nervo pudendo.

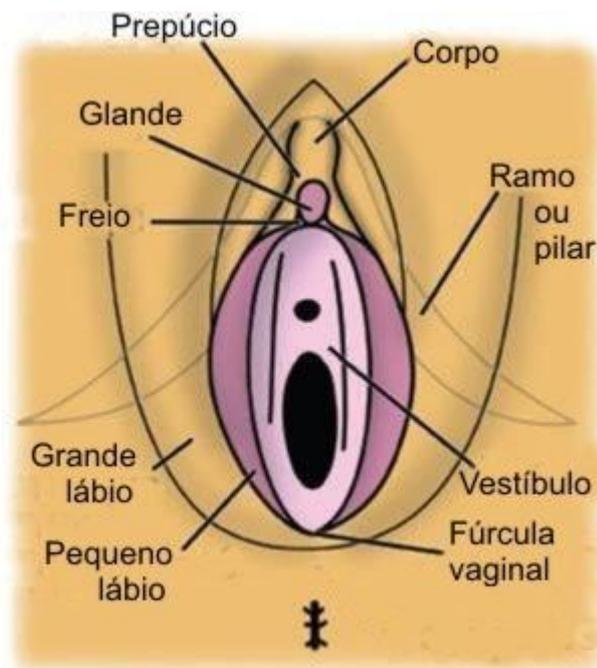


Figura 1

Fonte: O'CONNELL (2008, p. 1884).

a) Monte de Vênus

Área que recobre a sínfise púbica, composta de tecido subcutâneo gorduroso, recoberto de pêlos, com formato geralmente triangular. O corpo do clitóris projeta-se dentro da gordura do monte púbico. Então durante a resposta sexual, embora não se evidenciem mudanças anatômicas no monte púbico, sabe-se que esta estrutura pode constituir-se em um foco sensual importante, respondendo com extrema sensibilidade ao toque e a pressão.

b) Grandes lábios

São dois montículos de gordura, cobertos por uma extensão variável de pelo púbico. Situam-se na linha mediana da vulva, lateralmente aos lábios menores, e estendem-se do monte púbico até fúrcula vaginal. Respondem à excitação sexual de formas diferentes conforme a mulher seja nulípara, mulheres que nunca pariram, ou múltipara, mulheres que já pariram mais de uma vez. Nas nulíparas, os lábios afinam-se e achatam-se contra o períneo, nas múltiparas, os lábios espessam e aumentam de volume.

Pequenos lábios

São duas pregas delgadas de pele, localizados internamente aos grandes lábios. Ricamente vascularizados e inervados. Superiormente os pequenos lábios se fundem, formando o prepúcio do clitóris e, abaixo do intróito vaginal unem-se formando a fúrcula vaginal. Na fase de excitação tanto nas nulíparas como múltiparas tem seu diâmetro aumentado em duas a três vezes e assumem uma coloração vermelho-vivo na nulípara e arroxeadado na múltipara, sendo um sinal iminente da fase orgásmica.

c) Clitóris

Segundo O'Connell, Sanjeevan e Hutson (2005, p. 1190), o clitóris é uma estrutura multiplanar, localizada na profundidade dos pequenos e grandes lábios, abaixo dos músculos da região. Sendo constituído da glande, dos pilares, do corpo, dos bulbos do vestíbulo e da raiz (fig. 2).

A glande (fig. 1, 2) é uma extensão do corpo clitoridiano, medindo conforme Masters e Johnson (1966, p. 40) ao redor de 4 a 5 mm tanto no eixo transversal como longitudinal. Altamente vascularizada e inervada, é parcialmente visível e distinta do resto do clitóris, sendo sua única manifestação externa.

Os pilares do clitóris (fig. 2) unem-se para formar o corpo do clitóris. O corpo (fig. 1, 2) do clitóris projeta-se do tecido adiposo do monte púbico, abaixo da sínfise púbica, desce e dobra para trás sobre si mesmo, tomando a aparência, conforme O'Connell (2005) de um bumerangue.

Os bulbos (fig. 2) do vestíbulo são estruturas esponjosas, situadas de cada lado da uretra e vagina, abaixo dos pequenos lábios. Conforme Cavalcanti e Cavalcanti (1997) possuem 30 a 35 mm de comprimento e ao redor de 1 cm de largura.

A raiz (fig. 2) do clitóris é a zona de confluência do corpo, pilares, e bulbos do vestíbulo. É uma região altamente responsiva à estimulação direta, e não associada à hipersensibilidade como a glande.

O prepúcio (fig. 1) que é formado pela união superior dos pequenos lábios, cobre o corpo do clitóris e parte da glande, sobre a qual se dispõe como um "v" invertido, em forma de capuz.

Por último, é importante citar, que existe uma variação enorme na estrutura anatômica do clitóris.

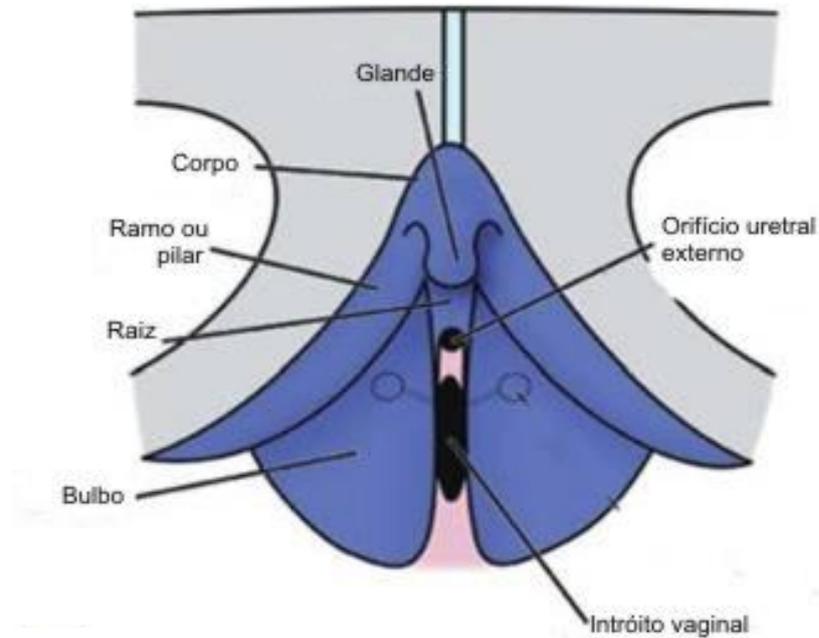


Figura 2

Fonte: O'CONNELL et al. (2008, p. 1886).

A reação fisiológica do clitóris ao estímulo sexual, na fase de excitação, é primeiramente com um aumento da glândula e do diâmetro do corpo clitoridiano, por vasocongestão, em 10% dos casos pode haver também, um aumento do comprimento do clitóris. Na fase mais avançada da excitação, há uma retração de pelo menos 50% do corpo e glândula do clitóris. Esta reação será tão rápida quanto mais eficaz o estímulo sexual.

Para Masters e Johnson (1966) os padrões de resposta clitoridiana são indiferentes à posição e ao tipo de coito ou às áreas erógenas manipuladas, seguindo as formas de resposta fisiológicas relatadas, as únicas variações são na rapidez e intensidade da resposta, que variam se o estímulo sexual é direto (manipulação do clitóris) ou indireto. Não sendo possível obter nenhuma informação quanto às formas de reação do corpo clitoridiano subsequentes à estimulação sexual puramente psicogênica.

A função executada pelo clitóris, na resposta sexual feminina, é a de servir como receptor e transformador dos estímulos sexuais recebidos, respondendo com igual

facilidade, independente de a estimulação ser somatogênica ou psicogênica. Ressaltando-se aqui que nenhuma forma de estímulo é exclusivamente somatogênica, pois todos os estímulos são avaliados, delineados e administrados pelos centros corticais superiores.

d) Vagina

A vagina é um tubo fibromuscular, tubular, que mede em média 7 a 8 cm, tem como limite inferior a vulva e superior o colo uterino onde se prende formando um fundo de saco. É um tubo flexível que pode se dilatar e retrair, e é rodeada por um rico plexo vascular, ramos da artéria hipogástrica, e innervada principalmente pelo nervo pélvico. Sua porção distal ou terço inferior é considerada zona erótica e de sumo prazer por muitas mulheres, especialmente no sentido de 4 e 8 hs perto da entrada vaginal, conforme Kaplan (1977).

A primeira resposta fisiológica feminina a qualquer estímulo sexual é a lubrificação vaginal, que aparece nas paredes vaginais 10 a 30 segundos após o início do estímulo, na fase de excitação. Este fenômeno é resultante da vasocongestão venosa do plexo venoso que cerca o canal.

À medida que evolui a excitação, há uma dilatação e uma distensão involuntária dos 2/3 posteriores do canal vaginal. Antes do fim da fase de excitação o canal vaginal está acentuadamente dilatado.

Ocorre uma intensa vasocongestão localizada no terço externo da vagina e a cavidade central fica reduzida pelo menos em um terço.

A área de vasocongestão que cerca todo o terço externo da vagina, junto com os pequenos lábios ingurgitados foi dado o nome de “Plataforma Orgásmica” - uma indicação segura de que a fase de excitação máxima foi alcançada.

– Fase orgásmica

A resposta específica do canal vaginal ao orgasmo restringe-se à plataforma orgásmica que se contrai fortemente, de forma regular, com intervalos de 0,8

segundos entre as contrações, e estas se repetem de 3 a 5 até 10 a 15 vezes. A duração e a intensidade das contrações variam de mulher para mulher e de uma experiência para outra.

e) A uretra

Conforme O'Connell (2008), a uretra é fonte de secreções que ocorrem durante o estado de excitação sexual. Provavelmente liberada pelas glândulas de Skene (dois ductos de glândulas parauretrais, uma de cada lado do orifício da uretra). A resposta uretral durante a estimulação sexual ainda não é clara, mais pesquisas devem ser feitas para maiores esclarecimentos.

f) O útero

Na fase de excitação, acontece a elevação e aumento uterino, provocado pela vasocongestão pélvica. Na fase de orgasmo ocorrem contrações uterinas regulares, que cessam na fase de resolução.

2.2.3 Disfunções sexuais femininas

Conceito

“**Disfunção sexual** é a incapacidade de participar do relacionamento sexual com satisfação. Tais disfunções, tanto as femininas quanto as masculinas, são derivadas de falta, excesso, desconforto e/ou dor na expressão e no desenvolvimento do ciclo de resposta sexual, comprometendo uma ou mais das fases desse ciclo (Abdo, 2012 p. 177)...”.

Etiologia

As causas das disfunções sexuais podem ser orgânicas, psicológicas e sociais. A etiologia orgânica refere-se a doenças, uso de substâncias e ou drogas que influem

na resposta sexual. As causas psicológicas e sociais envolvem: violências sexuais vividas ou assistidas, insucesso nos primeiros relacionamentos, ansiedade e temor do desempenho sexual, problemas financeiros e emocionais, falta de comunicação entre o casal, alcoolismo, educação repressora, religião, valores sociais, etc.

Essa classificação é relativa, pois pela interação entre o orgânico e o psicológico, qualquer uma dessas formas acaba por comprometer a outra.

Classificação das disfunções sexuais femininas

As disfunções sexuais femininas são classificadas em: dispareunia; vaginismo; disfunção da excitação; anorgasmia; inibição do desejo sexual; Impulso sexual excessivo.

Definição e descrição

Dispareunia

Palavra de origem grega que significa união difícil e ou dolorosa, tem como conceito segundo Verdier (2001), dor genital durante o coito.

Transtorno sexual pouco comum, Cavalcanti e Cavalcanti (2012) afirmam que a incidência real desta disfunção é desconhecida, uma vez que muitas mulheres estão dispostas a suportar certo desconforto durante o intercurso, como uma obrigação conjugal.

Master, Johnson e Kolodny (1982) afirmam que a dispareunia pode ocorrer em qualquer idade e aparecer no começo das relações sexuais, durante o coito ou após a penetração na relação vaginal.

A dor pode ser ardente, aguda, como queimação ou contração. Pode ser externa, interna, dentro da região pélvica ou no abdômen.

Tem como etiologia causas orgânicas e psicogênicas. De acordo com Cavalcanti e Cavalcanti (2012) a maior parte das dispareunias é de causa orgânica. Na prática, conforme Mannocci (1995) é comum observarmos uma combinação das duas causas, pois na vigência de uma causa física sempre há um comprometimento

psíquico. Entre as causas psicogênicas: medo de gravidez; medo de dor; falta de desejo sexual; relacionamento desgastado; homossexualismo; repulsa à figura masculina por agressões sexuais sofridas ou assistidas, educação sexual repressora, etc.

Esta disfunção tem como consequência a perturbação do desejo, da excitação e do orgasmo.

Vaginismo

É um estado em que a mulher faz uma contratura involuntária da musculatura do períneo, adjacente ao terço inferior da vagina. É acompanhada do espasmo simultâneo da musculatura anal e ocasionalmente dos músculos adutores da coxa, impedindo total ou parcialmente a penetração vaginal, impossibilitando ou dificultando o coito e até o exame ginecológico, Cavalcanti e Cavalcanti (2012).

O espasmo vagínico ocorre normalmente em antecipação à penetração do pênis e nos casos mais graves a abertura vaginal se fecha inteiramente, não permitindo nem a introdução de um dedo, ou pela contratura dos adutores da coxa, os joelhos se aproximam e ficam colados, impedindo a aproximação do parceiro. Mas, o quadro nem sempre é tão grave, há versões mais brandas, e até é possível a penetração vaginal, mas de forma incompleta.

A incidência de vaginismo para maioria dos autores é baixa, porém conforme Cavalcanti e Cavalcanti (2012) a incidência real é impossível de ser conhecida, pois muitas vagínicas não procuram o consultório médico ou psicológico, por viverem com parceiros com disfunção erétil, em equilíbrio, ou por desistirem da relação.

O quadro é essencialmente funcional, portanto o diagnóstico somente pela entrevista não é o suficiente, deve-se confirmá-lo mediante um exame ginecológico, que constata a disfunção e a intensidade do processo.

A etiologia é psicossocial e envolve fatores educacionais, religiosos, dispareunia, trauma sexual anterior, hostilidade à figura masculina, homossexualidade, etc.

Conforme Cavalcanti e Cavalcanti (2012), as mulheres vagínicas são altamente responsivas, não tem problemas com desejo, excitação e orgasmo. A atividade sexual não-coital é considerada prazerosa e gratificante.

Disfunção da excitação

Incapacidade, persistente ou recorrente, de obter ou manter a resposta de excitação sexual de lubrificação vaginal e tumefação da vagina, clitóris, grandes e pequenos lábios e vasos pélvicos até o término da atividade sexual, conforme DSM-IV (1995). É um quadro pouco frequente, e pode aparecer de forma independente, mas geralmente é associado ao desejo hipoativo e transtorno de orgasmo.

As causas mais frequentes, segundo Colombino (2001), desta disfunção do ponto de vista psicológico são as seguintes: estimulação ineficaz, falta de relaxamento e entrega à experiência, a presença de inibições aprendidas. Também seriam causas a falha na comunicação, papel de expectadora, educação repressiva, conflitos no relacionamento, etc.

A falta de lubrificação vaginal leva ao ressecamento vaginal, o que secundariamente leva à dispareunia e conseqüentemente ao desejo hipoativo.

Anorgasmia

Esta é uma disfunção sexual das mais comuns, três em cada cinco mulheres apresentam esta queixa de dificuldade ou falta de orgasmo, segundo Rodrigues Jr e Zeglio (2001).

O orgasmo feminino é conceituado por Masters, Johnson e Kolodny (1982, p. 71):

[...] um ponto em que o corpo repentinamente descarrega a tensão sexual [...] do ponto de vista biológico é a fase mais curta do ciclo de resposta sexual [...] dura apenas alguns segundos durante os quais as contrações musculares ritmadas produzem sensações físicas intensas seguidas por um rápido relaxamento. Do ponto de vista psicológico, o orgasmo é geralmente um momento

de prazer e de suspensão dos pensamentos – a mente se volta para dentro a fim de usufruir essa experiência pessoal [...].

O transtorno orgásmico feminino é conceituado pelo DSM IV (1995) como o atraso ou ausência persistente de orgasmo após uma fase normal de excitação sexual, o que causa sofrimento ou dificuldade interpessoal.

As raízes educacionais e religiosas, a educação sexual repressora e distorcida, o temor ao pecado, à associação de sexo com sujeira, nojo, imoralidade, medo de perder o autocontrole, medo de expor-se, etc., estão entre as causas que contribuem para a anorgasmia, Mannocci (1995).

A disfunção do orgasmo divide as mulheres anorgásmicas em dois grupos: 1) aquelas que nunca tiveram orgasmo; não interessa a situação; 2) aquelas que conseguem orgasmo através da masturbação ou manipulação clitoridiana. Este segundo grupo ainda é subdividido em: mulheres que obtém orgasmos com a manipulação clitoriana, e não os obtém com o coito; mulheres que conseguiram orgasmos e deixaram de tê-los em determinada época da vida; mulheres que não conseguem orgasmos em determinadas circunstâncias e com determinadas pessoas.

Inibição do desejo sexual

Desejo sexual, de acordo com Kaplan (1979, p 27-28): “[...] é um apetite ou impulso produzido pela ativação, no cérebro, de um sistema neural específico [...] e é experimentado na forma de sensações específicas que levam o indivíduo a buscar ou a tornar-se receptivo a experiências sexuais [...]”.

Colombino (2001, p. 189) define desejo sexual como o “o apetite ou impulso produzido pela ativação do sistema nervoso límbico e hipotalâmico, por estímulos eróticos significativos, que levam a buscar experiências sexuais ou a mostrar-se receptivo a elas. Primeira fase da resposta sexual humana”.

A inibição do desejo sexual ou desejo sexual hipotativo, conforme os critérios de ABDO (2006) ocorrem quando se observa deficiência ou ausência persistente ou recorrente de fantasias ou de desejo de ter atividade sexual.

Vitiello e Rodrigues (1997) afirmam que são necessárias certas condições para que surja o desejo sexual, tais como: a integridade anatômica e fisiológica, equilíbrio psicossocial e situações com potencial erótico.

Esta disfunção sexual é junto com a anorgasmia, uma das mais frequentes nos consultórios. Gindin (1991) declara que na América Latina, a porcentagem de queixas de baixo desejo sexual oscila entre 5% e 40%, com uma média de 20%.

Na perspectiva psicológica, os fatores que afetam o desejo sexual são questões de educação familiar e de desenvolvimento, questões traumáticas, questões relacionais e comportamentais, etc.

Basson, segundo Abdo (2006), descreve um modelo alternativo de resposta sexual feminina, chamado modelo circular, no qual enfatiza o valor da intimidade como motivação para o sexo, afirmando que muitas mulheres iniciam o ato sexual sem muito interesse, primeiro desejando a aproximação física e carinho, antes que a sensação erótica as influencie. A diferença marcante entre este modelo e o tradicional, é que o desejo sexual feminino coincide ou é posterior à excitação sexual subjetiva, e o mesmo geralmente não é desencadeado de forma espontânea. Neste caso, a ausência de desejo espontâneo no início do ciclo de resposta sexual, não significa disfunção, o que exclui muitas mulheres desta categoria.

Rodrigues Jr. (2001) afirma que as disfunções do desejo são as mais difíceis de serem tratadas mas, uma vez que exista motivação pessoal para o tratamento e condições cognitivas e comportamentais, os resultados em geral são positivos e satisfatórios.

Impulso sexual excessivo ou Compulsão Sexual

É uma disfunção, de acordo com Abdo (2012), caracterizada pela falta de controle dos impulsos, a qual resulta em incapacidade de resistir ao desejo de realizar atos sexuais. Há uma tensão crescente antes da realização de tais atos, seguida de prazer ou alívio pela execução dos mesmos. Costuma iniciar no final da adolescência ou no início da vida adulta e se manifesta por busca compulsiva de novas parceiras, masturbação compulsiva, múltiplos relacionamentos sexuais simultâneos, consumo incontrolável de filmes e literatura erótica e uso compulsivo da internet, para excitação sexual, em sites para prática de sexo virtual. Há um fracasso em controlar o comportamento, as práticas se tornam cada vez mais frequentes e exacerbadas, prejudicando as atividades sociais, ocupacionais e recreacionais, provocando sofrimento e desespero no indivíduo, tanto pela falta de controle, como pela dificuldade cada vez maior em alcançar o prazer.

Este quadro pode ser decorrente de tendência a aliviar a dor de abuso infantil ou negligência; constrangimento, autoestima baixa; sentimentos de inferioridade; etc.

As disfunções sexuais também são classificadas em: **primárias**, aquelas que existem desde o início da vida sexual; **secundárias** as que aparecem após um período de vida sexual adequado. **Geral**: o transtorno surge com todos os parceiros sexuais e em todas as circunstâncias, ou **situacional**: limita-se a determinado contexto, companheiro, estímulo.

2.2.4 Outros assuntos dentro da sexualidade

Iniciando pelo conceito de **Sexualidade** a qual, conforme Pamplona (2005), compreende o conjunto de fenômenos da vida sexual, o aspecto central de nossa personalidade e o meio pelo qual nos relacionamos com os outros, amamos, obtemos prazer e nos reproduzimos. Não está restrita à vida sexual propriamente dita, e sim a uma visão biopsicossocial do ser humano. Três dimensões básicas e interdependentes pelas quais o homem se sente completo e realmente pode ser entendido: A dimensão **biológica**: relaciona-se ao corpo físico que sente, vê e é visto; **psicológica**: remete à mente, ao psiquismo, às emoções mais primárias, fantasias, afetos e sonhos; **social**: é o mundo que rodeia o ser, onde ele está em relação com os outros por meio dos papéis. Contudo, **Sexo** de acordo com

Pamplona (2005), do ponto de vista biológico pode ser cromossômico (XX e XY), gonadal (ovários e testículos) e genital (órgão sexual visível); são as características que nos identificam como pertencentes ao sexo feminino ou masculino; o termo também é usado para se referir ao coito. Um conceito muito importante na expressão da sexualidade é o **Erotismo**. Segundo Rodrigues Jr (2012), **erótico** é o nome que se dá ao conjunto de emoções que produz a atração afetivo-sexual entre as pessoas.

O Erotismo é uma condição que tem variações de significado, dependendo do momento histórico, país, grupo étnico, sociedade, indivíduo, e também entre homens e mulheres. No erotismo masculino, o desejo sexual se faz pelo mundo das ideias, através das fantasias do encontro dos genitais, que conduzam ao coito. A pornografia é uma manifestação típica do erotismo masculino. No erotismo feminino, o desejo sexual acontece a partir do contato físico, que atinge os cinco sentidos. A mulher valoriza o caminho que produz a excitação e permite o sexo: o toque, os sons, odores, etc.

A literatura erótica permite à mulher construir mentalmente os passos que a conduzem à excitação sexual, dá tempo para usar as capacidades mentais das lembranças e sensações mantidas na memória. Ela consegue excitar-se sexualmente, de modo muito individualizado. O erotismo feminino também se estende às seções de lingerie, meias, saltos altos, decotes, espartilhos, cosméticos, perfumes, cremes, música, dança, etc. Como potencializador do desenvolvimento do erotismo, tem-se as **Fantasias Sexuais** o que, conforme Rodrigues Jr (1991) é tudo o que pensamos e vivemos através da imaginação e que seja ligado à sexualidade. Elas quebram as regras, libertam de todos os constrangimentos, sociais, morais e pragmáticos. São uma oportunidade de ensaiar ou prever possibilidades sexuais em que ainda não se pode participar, descobrir o que é estimulante. Fazendo parte das fantasias sexuais estão os **Fetiches**. De acordo com Lins (2005), fetiche é o atributo que determinado objeto ou parte do corpo adquire, além de sua função original, provocando prazer durante a relação sexual em suas preliminares, ou ainda fora dela. Citam-se entre os fetiches mais conhecidos: sapatos de salto alto, muito finos, lingerie preta, calcinhas de renda, trajes de couro, espartilhos, etc. Todos em algum grau são feticistas, se sentindo

mais atraídos por determinada vestimenta ou por indivíduos dotados de certos atributos físicos. O fetiche tende a se tornar uma patologia quando ele passa a substituir a pessoa como objeto de amor e o prazer ser obtido somente com a sua presença, resultando na masturbação solitária do fetichista, pois ele não necessita mais da presença da outra pessoa. Isto caracteriza o **Fetichismo**, considerado um transtorno de preferência sexual, conceituado por Abdo (2012 p.240): "... atração, fantasia e/ou prática sexual com objetos de vestuário, mechas de cabelo, adereços, etc.". Os transtornos da preferência sexual, também denominados **Parafilias**, "... se caracterizam por impulsos sexuais intensos e recorrentes, fantasias sexuais específicas e práticas sexuais repetitivas e persistentes, exclusivamente em resposta a objetos ou situações incomuns... preferência por parceiro sexual que não seja humano, adulto e vivo (transtorno de objeto sexual) e/ou cuja finalidade não seja a excitação sexual e/ou procriação (transtorno de ato)... afeta principalmente... sexo masculino (Abdo, 2012, p. 237)." Outros de tipos de parafilias são: o exibicionismo, o voyeurismo, sadomasoquismo, parcialismo, pedofilia, etc. O **Parcialismo** é uma atração por partes do corpo do parceiro e não pelo todo. Esta parafilia está sendo citada, porque anteriormente era designada como fetichismo e, frequentemente, ainda o é. As parafilias, no antigo CID 9 (Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito), eram classificadas como **Desvio**, segundo Abdo (2012 p.52): "... atividade sexual dirigida primariamente a pessoas do mesmo sexo ou que ocorresse por meio de atos sexuais não associados ao coito ou coito realizado sob circunstâncias anormais." Importante também é o conceito de **Inadequação Sexual**, conforme Cavalcanti 2012 é quando o indivíduo está insatisfeito com sua sexualidade e/ou desempenho sexual de seu parceiro. Cabe ainda destacar os mitos e tabus: **Mitos**, segundo Zampieri (2004), é um conjunto de concepções equivocadas, propositalmente ou não, sobre as vivências sexuais. Temos como exemplo: o tamanho do pênis é importante para o prazer feminino; a mulher tem menos desejo do que o homem; a masturbação é um ato infantil, inadequada pra adultos e quem está em um relacionamento fixo ou é casado não se masturba; o orgasmo feminino associado apenas ao ato sexual vaginal; ao homem compete a obrigação de levar a mulher ao orgasmo; o orgasmo deve ser simultâneo; as mulheres normais sempre têm orgasmo em suas relações sexuais; para a mulher é mais difícil chegar ao orgasmo etc. Os mitos sexuais, de acordo com Lins (2005), muitas vezes geram **Tabus**, ou seja, aquilo cujo uso, prática ou menção

são objeto de forte censura. Entre eles: incesto; sexo oral; sexo anal; masturbação; não manter relações durante a menstruação, pois conforme Gregersen (1982), na lei judaica ortodoxa, a mulher fica impura durante este período. Outras superstições associadas à menstruação são de que os alimentos se arruínam em contato com uma mulher menstruada; o sangue menstrual contém uma toxina que tem efeito lesivo, pode levar a loucura, causar doenças venéreas, levar à impotência, etc.

Mulher na História

Durante a pré-história, segundo Lins (1997), até o início da idade do bronze, desconhecia-se o vínculo entre sexo e procriação. A fertilidade era característica exclusivamente feminina, estando a mulher associada aos poderes que governavam a vida e a morte. **A Deusa-Mãe** constituía-se de um princípio masculino e um feminino, a linhagem neste período era materna e, as mulheres representavam papéis predominantes em todos os aspectos da vida. Apesar disso, a estrutura social era igualitária. Com o início da agricultura, inicia-se a domesticação de animais, e pela convivência cotidiana com estes, os homens descobrem a contribuição do macho para a procriação. A partir daí, transformam-se as relações entre o homem e a mulher. Aquele parceiro igualitário de tanto tempo, transforma-se em um homem autoritário e opressor. A mulher, gradualmente perde sua importância e, passa a ser encarada como objeto e mercadoria preciosa, por ser fornecedora de mão-de-obra para o trabalho agrícola. Inicia-se o fenômeno do culto fálico que se espalha por todo o mundo antigo. O sêmen implanta a vida no útero da mulher, que passa a ser uma simples caverna protetora, que propicia a germinação e crescimento da vida. O **Patriarcado** começa gradualmente a surgir, juntamente com a religião judaica e o surgimento das Escrituras do povo judeu ou o Antigo Testamento. Surge o **Mito de Adão e Eva**, no qual Eva era pecadora, seduzida pela serpente come do fruto proibido e induz Adão ao mesmo ato. Para os judeus, o pecado original nunca foi um erro carnal e, sim, um pecado do conhecimento e competição com Deus. No entanto, o Cristianismo, religião surgida com os apóstolos de Jesus Cristo, considerou que comer o fruto proibido se tratava do ato sexual, condenando a mulher duramente como origem do pecado e da degradação. A Igreja desenvolve então, nos séculos seguintes, uma condenação potente à prática carnal,

que só deve acontecer para procriação. Eva e suas descendentes, a partir dali, passam a ser a causa de toda a miséria humana. O **Mito de Lilith** conta que Eva não foi a primeira mulher de Adão, e sim Lilith, a qual não foi tirada de uma costela, e sim foi criada do mesmo modo que Adão. Contudo, Deus usou sujeira e impurezas para sua criação, ao invés do pó da terra. Diz o mito que todas as vezes que faziam sexo, Lilith ficava inconformada de ficar embaixo de Adão e perguntava por que deveria ficar naquela posição, dominada por ele, se era também feita de pó e por isso igual a ele. Adão, no entanto, ficava em silêncio e recusava-se a inverter a posição, consciente de que existia uma ordem na qual Lilith deveria submeter-se a ele. A mulher se rebela contra Adão, não aceitando ser subjugada, faz-lhe acusações, blasfema contra Deus e, vai embora passando a viver na promiscuidade. Rompe-se o equilíbrio, a mulher desafiou ao homem, ao divino, torna-se, portanto um demônio, uma serpente, veículo do pecado, da transgressão. Não foi aceita pela cultura tradicional hebraica, pois rompia com o domínio patriarcal. Com o surgimento do **Cristianismo** ressurgiu a figura da mãe, que havia desaparecido desde o início do patriarcado. É o culto à Virgem - Maria, fecundada como uma Deusa-Mãe, por um espírito que se insinua nela, concebendo o filho sem pecado. Mas a Igreja logo trata de transformá-la em um ser cuja característica feminina é de ser uma mãe sofredora, sacrificada, passiva e escrava do filho, para garantir que as mulheres não recuperassem seu prestígio. O sexo é transformado em pecado, mesmo dentro do casamento. A castidade é glorificada pelo celibato de Cristo e a virgindade de Maria. Sexo é legítimo só dentro do casamento e para procriação. O corpo é condenado, a mulher deveria esconder seus encantos, não usar cosméticos, usar véu, não tomar banho e envergonhar-se da beleza, instrumento mais potente do demônio. A condenação da sexualidade cresce vertiginosamente, até a instituição da Inquisição no século XII, cujo objetivo inicial era combater a luxúria, pois temia-se que a liberdade sexual se generalizasse entre o povo e tirasse toda a autoridade da Igreja. Qualquer moça atraente era suspeita de bruxaria e de ter relações sexuais com satã. A **Revolução Industrial** e o surgimento das fábricas afastam o homem do lar e a vida doméstica e a educação dos filhos são delegadas à esposa. A maternidade e a amamentação começam a ser valorizadas, para produzir seres humanos para trabalhar e enriquecer o Estado. Em meio a isso surgem, As Preciosas, o primeiro movimento feminista, principalmente na França e na Inglaterra. Ocorreu entre as mais ricas, nobres ou burguesas, que buscavam um caminho diferente da

maternidade, queriam uma vida social e cultural, desejavam brilhar fora do lar, em lugar de permanecer confinadas em casa, entre os deveres de dona-de-casa e de mãe, que não lhes valia nenhum reconhecimento específico. Mas, com a Revolução Francesa é reafirmada a diferença entre os sexos, as mulheres são consideradas perigosas à ordem pública fora do lar, não podem se misturar com homens, e são reduzidas à função doméstica e maternal. A mulher torna-se através da maternidade, uma santa mulher, sendo associada à Virgem Maria. A partir daí a mãe passa a ser a responsável por tudo que acontecesse com os filhos e os pais seriam os provedores. A mulher fica reduzida ao papel de procriadora e sua feminilidade está calcada na pureza, piedade religiosa e submissão. No início do século 20 a mulher alcança o **direito ao voto**. Em 1960, o **Movimento Feminista**, fez com que muitas mulheres se rebelassem contra o eterno papel de donas-de-casa e mães. Inseridas de forma maciça no mercado de trabalho, por ocasião da Segunda Guerra, é estabelecido um novo campo de possibilidades para aquela que antes era vista como a 'rainha do lar'. A mulher luta pela equiparação salarial ao homem. O advento da pílula anticoncepcional permite uma libertação dos comportamentos sexuais antes restritos à monogamia e às relações matrimoniais, as mulheres podem escolher ser ou não mães. As escolas passam a ser mistas, todas as profissões passam a ser acessíveis às mulheres. Surge um novo pai, com atitudes até então ignoradas pelo homem. Os papéis sexuais começam a atenuar suas diferenças. Sinais do fim do patriarcado, que traz uma nova reflexão sobre o relacionamento entre homens e mulheres, sexualidade, amor, casamento. Novas formas de viver serão criadas, pois os modelos do passado não respondem mais aos desejos do momento.

Repressão Sexual

A **repressão sexual**, de acordo com Lins (1997) é um conjunto de interdições, permissões, normas, valores, regras estabelecidas histórica e culturalmente para controlar o exercício da sexualidade. Estas proibições e permissões são interiorizadas pela consciência individual, por meio de inúmeros procedimentos sociais, como a educação, por exemplo e trazem, quando transgredidas, sentimentos de culpa e vergonha. A repressão torna-se muito mais efetiva quanto mais conseguir ocultar, dissimular e disfarçar o caráter sexual daquilo que está

sendo reprimido e, se bem sucedida, passa a não ser sentida e a aceitação por um determinado tipo de comportamento é vivido como se fosse uma escolha livre da própria pessoa. Como já foi visto, a repressão sexual surgiu com o patriarcado, no início se restringindo às mulheres, para dar ao homem a certeza de paternidade. Mas, com o surgimento do cristianismo, o padrão moral tornou-se o mesmo para homens e mulheres, embora na prática houvesse maior tolerância para com os homens. Embora, no século XX, a moral sexual tenha sofrido grandes transformações e homens e mulheres não acreditem conscientemente que o ato sexual seja pecado, no inconsciente os antigos mitos e tabus ainda persistem.

Prostituição

A **prostituição**, conforme Lins (1997), praticar o ato sexual por dinheiro. Considerada uma atividade sagrada, a prostituição, na Antiguidade, era praticada em templos. Como um ritual de fertilidade à terra e às mulheres. Com o surgimento do cristianismo, os templos foram fechados e a prostituição passou a ser comercializada para fins lucrativos, para aqueles que faziam das mulheres suas escravas. Na idade Média passou a ser vista como um mal necessário, para manter os padrões sexuais e sociais estáveis para o resto da sociedade. Era um meio prático de permitir que jovens afirmassem sua masculinidade e aliviassem suas necessidades sexuais, enquanto se evitava que se aproximassem de esposas e filhas respeitáveis e também, os afastava da homossexualidade e da prática do estupro. A posição oficial das prostitutas era igual à dos judeus ou à dos leprosos, usavam roupas especiais. No século XVI, em razão da sífilis epidêmica que varreu toda a Europa, todos os bordéis foram fechados. Com a revolução industrial, a população das grandes cidades passa a ser constituída muito mais de homens do que mulheres, para evitar estupros e outros problemas o bordel passa a ser indispensável. Surge uma nova clientela para a prostituição, filhos de burgueses, empregados do comércio, escritório, etc. A sífilis se propaga, e só termina após a Segunda Guerra com o surgimento da penicilina. Após a liberação sexual dos anos 60, era esperado que a prostituição se extinguisse, pelo contrário aumentou e se sofisticou. Ao invés da prostituta mal cuidada e infeliz, surge a garota de programa, jovem, bonita e bem vestida. O século XX trouxe o capitalismo para o negócio e,

hoje a prostituição é um lucrativo comércio que engloba a prostituição de mulheres, homens e crianças.

Abuso Sexual

Abuso Sexual, segundo com o Conselho Federal de Psicologia (2009, p.36): “... é todo o ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou um adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente essa criança ou esse adolescente ou utilizá-los para obter estimulação sexual de sua pessoa ou de outra. O agressor pode se impor por força, ameaça ou indução da vontade da vítima.” O abuso sexual está presente em toda a história, de acordo com Labadessa e Onofre (2010), desde a Grécia onde era comum o sexo do adulto com parceiros infantis; nos tempos bíblicos pela lei do Talmude (livro sagrado dos judeus) era possível o uso sexual de meninas a partir dos três anos de idade, desde que o pai consentisse e recebesse o dinheiro por isso. Com o catolicismo nada mudou, o estupro era um meio indissolúvel de contrair matrimônio. Crianças e mulheres eram consideradas mercadorias sexuais que pertenciam a um proprietário particular e podiam ser vendidas, alugadas e emprestadas por determinado valor. Estupros eram realizados após batalhas, nas mulheres do povo perdedor, como gratificação sexual pela vitória. Durante a Inquisição mulheres e crianças foram mortas acusadas de copularem com o demônio, sendo torturadas e estupradas pelos algozes, cúmplices e executores até confessarem o crime. Atualmente, pela subnotificação dos casos, é difícil saber a real extensão dos casos de abuso sexual, mas é um fenômeno ainda presente e universal, sendo mais comum contra o sexo feminino.

Espaço feminino atual e sexualidade

O sexo continua sendo um problema complicado, com muitas dúvidas, mitos e tabus. O duplo padrão de moralidade da cultura machista, conforme Zampieri (2004), ainda está presente nos dias atuais, exigindo fidelidade afetiva e sexual das esposas e a implícita aceitação da natural poligamia masculina. Sendo as mulheres mantidas na ignorância de conhecerem seus corpos, com vergonha de seus genitais e encarando a sexualidade como perigo.

Muitas mulheres até agora acreditam serem biologicamente inferiores aos homens, os quais precisam mais de sexo, e que elas são menos motivadas sexualmente e além disso, têm muita dificuldade para alcançar o prazer.

As mulheres aprendem desde jovens a comportar-se e vestir-se de forma sedutora; no entanto devem se negar às relações sexuais, para que sejam consideradas pelos homens confiáveis para uma relação estável. Os homens, por uma questão de virilidade, devem cedo iniciar a prática sexual, para serem experientes e também, ser atrevidos e tocar os genitais e mamas das mulheres. Além do que, a cargo deles está a responsabilidade pelo orgasmo feminino, sendo sabedor das zonas erógenas e das técnicas que levam ao prazer. Desta forma, a mulher fica que quase totalmente dependente do marido; mesmo que financeiramente independente, há uma necessidade em agradar aos parceiros. Imaginar-se sozinha, sem um homem ao lado e desprotegida, é insuportável para ela. Portanto, raramente reclama se não há prazer nas relações ou se recusa ao sexo se não há desejo. A mulher tem que renunciar a partes de si mesma, desviar-se da sua própria satisfação para que seja considerada feminina. A mulher não pode ser autônoma e feminina.

Os homens percebem, desde cedo, que são eles que desejam as mulheres, eles é que são ativos, eles que penetram, são racionais, e emocionalmente controlados, podem e devem exercer o controle sobre as mulheres para possuí-las, mostrando sua virilidade. Elas devem ser passivas, ser penetradas, ser dependentes em quase tudo dos homens. Também, são ensinados que há dois tipos de mulheres: a esposa que deve respeitar, fazer amor, ter filhos, dar proteção, e as outras para ter prazer e sexo erótico. O desejo sexual só acontece nos homens e nessas mulheres do prazer; ao contrário, a origem do desejo na esposa surge do laço amoroso com ele e não dos seus instintos. Mas, se a mulher toma iniciativa e manifesta o seu desejo, faz o homem sentir-se incomodado e lidar mal com isso, apesar de gostar. Em outro caso, quando ele toma a iniciativa e ela o rejeita, ele faz de tudo para que ela mude de ideia, tentando ganhá-la no cansaço.

Foram muitos séculos de repressão imposta pela igreja cristã e até hoje, conforme Zampieri (2004, p. 80): "... se a estranha relação entre sexualidade e

reprodução não for conscientemente problemática, ela continua na experiência co-inconsciente das mulheres que cresceram no patriarcado...”. Porém, a certeza de que o homem é superior à mulher, está sendo abalada. A virilidade e a rigidez dos papéis atribuídos aos homens e às mulheres, estão sofrendo transformações. Debatem-se antigas definições do que é ser homem e ser mulher, em seus vários papéis e funções. As mulheres estão competindo com os homens em poder e status.

O sexo está se redefinindo muito mais que um mero intercuro vaginal. Vem aumentando o número de mulheres que se masturbam, querendo conhecer e se apossar dos seus corpos, para o alcance e conhecimento do prazer. E inúmeros estudos mostraram que para muitas delas, é mais certo a masturbação resultar em orgasmo, do que o intercuro. Dessa forma, a masturbação começa a fazer parte do repertório de comportamento sexual dos casais como uma modalidade para alcance do prazer e não só como uma forma de excitação.

Cada vez mais mulheres, segundo Lins(1997), questionam a crença de nossa cultura de que a verdadeira felicidade da mulher só existe quando envolvida com um homem.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste estudo é de natureza aplicada, buscando o manejo das disfunções sexuais femininas através do método psicodramático.

A pesquisa é do tipo científico, pois está argumentativamente sustentada em teorias cientificamente aceitas. E as hipóteses foram testadas pela experimentação, por intermédio do uso do psicodrama.

A orientação metodológica é fenomenológica, por focalizar o fenômeno e não o fato. Busca a compreensão pela observação, sem pressupor uma resposta. Foi observado o uso da técnica psicodramática de construção de imagens com tecidos no atendimento das disfunções sexuais femininas.

É qualitativa a abordagem do problema, por ser de cunho humanista, os fenômenos observados não foram descritos numericamente, mas sim pela observação, análise e descrição. Portanto, o objetivo da pesquisa foi descritivo. Descreve as características do fenômeno e explicativo, por esclarecer o fenômeno identificando os fatores contribuintes.

O método descreve diretamente a experiência tal como ela é, portanto fenomenológico. Neste trabalho foi feita uma descrição dos casos atendidos na clínica privada, usando-se a abordagem psicodramática para manejar a disfuncionalidade sexual.

Os procedimentos técnicos usados para realização desta monografia foram a pesquisa bibliográfica e a pesquisa-ação. E a modalidade de atendimento foi o psicodrama bipessoal (cliente e terapeuta).

Os participantes escolhidos para pesquisa foram clientes femininas atendidas em consultório particular, cuja queixa era caracterizada como uma disfunção sexual. Portanto uma amostra não probabilística intencional.

Os instrumentos de coleta de dados foram a observação de casos clínicos atendidos no consultório médico.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE CASO

O caso relatado a seguir é de uma cliente atendida em consultório privado. Foram dezessete encontros, até o momento do presente relato, dos quais selecionei, exceto no primeiro, os momentos mais marcantes, com o objetivo de ilustrar a fundamentação teórica deste trabalho e tentar comprovar a validade do uso da técnica de imagens com tecidos no manejo das disfunções sexuais. A paciente, encaminhada por colega ginecologista, o qual já excluiu causa orgânica por investigação clínica e laboratorial, apresenta sintomas compatíveis com um quadro de vaginismo. Trata-se de vaginismo primário por existir desde o início da vida sexual. Associada à dificuldade com a penetração vaginal, a paciente também referiu a falta de desejo sexual. A inibição do desejo sexual ou desejo sexual hipoativo, segundo DSM IV (2002), ocorre quando se observa deficiência ou ausência persistente ou recorrente de fantasias ou desejo de ter atividade sexual.

O nome Lúcia é fictício buscando preservar a identidade da paciente.

Onde acaba a história de Lúcia?

Lúcia tem 58 anos, é casada, dona-de-casa, tem três filhos (um rapaz e duas moças), e foi encaminhada para mim, por colega ginecologista, para terapia sexual. Apresenta dificuldades durante o coito com a penetração vaginal. Isto acontece desde a primeira relação, que foi na lua de mel. Ultimamente, também tem queixas de que anda sem desejo.

No primeiro encontro, relatou que sua mãe deixou a família quando Lúcia tinha 12 anos. Foi expulsa de casa pelo esposo, que a flagrou mantendo relações com o vizinho dentro de casa. A partir daí, nunca mais viu os filhos, mudou-se para outra cidade, e o esposo interceptava qualquer contato com os filhos, mesmo por cartas que ela enviava. Eles só conseguiram contatar a mãe depois de adultos, mas a relação entre eles ficou muito distante. Este assunto nunca foi conversado com a mãe, pois ela evita falar sobre o ocorrido, alegando guardar muita raiva do que

aconteceu na época. Lúcia diz ter perdoado a mãe, porque ninguém sabe como era a relação com o pai.

Após a expulsão da mãe, eles foram cuidados pelo pai, que era muito severo, e ameaçou Lúcia de “jogá-la na sarjeta”, por tê-la visto com um amigo, que estava com o braço em seus ombros.

O pai casou novamente. Teve um filho, mas está separado. Lúcia baseada nisto conclui que talvez o problema seja mesmo seu pai.

Conta Lúcia, que quando começou a namorar seu marido, qualquer toque mais íntimo a assustava e confidenciava com o irmão mais velho que sempre foi um grande companheiro.

Na primeira noite, diz ter gritado, por dor e por medo e não ter permitido a penetração completa. Seu marido assustado interrompeu a tentativa de penetração. Diz que o marido sempre foi muito compreensivo e acha até que ele talvez também tenha algum problema, pois ejacula muito rápido.

Lúcia apesar desta dificuldade, nega ter problemas com orgasmo, que acontece por masturbação própria ou pelo parceiro. Sente-se amada pelo esposo e também o ama, mas quer ser feliz no sexo, principalmente agora que não tem mais desejo. Sente-se chateada e não quer que ele se chateie também. Gostaria de fazê-lo feliz, como ele também sempre tentou fazê-la feliz na cama, mesmo com sua dificuldade. Lúcia obteve o diagnóstico de vaginismo que, conforme Cavalcanti e Cavalcanti (2012) é uma contração involuntária da musculatura do períneo, que provoca um fechamento total ou parcial da abertura vaginal, impossibilitando ou dificultando o coito, ou seja, dificulta o desenvolvimento do seu papel sexual.

Moreno diz que *papel* é uma fusão de elementos privados e coletivos. A postura paterna expulsando a mãe de casa é entendida por Lúcia como uma forte proibição ao sexo, ao mesmo tempo percebe o feminino como libidinoso, sujo, pecaminoso. Isto implica na formação de seu papel social de mulher composto por muito mais

elementos particulares de repressão sexual, do que elementos coletivos, prejudicando o *role playing* do papel sexual feminino.

A ausência de certo grau de liberdade na execução de um *papel* leva à cristalização de condutas e não permite variação alguma dentro do *papel*. O pai ameaçando Lúcia de “jogá-la na sarjeta”, ao vê-la abraçada a um amigo, incute nela a proposta de viver de *conservas*, o que faz com que perca sua *espontaneidade* e conseqüentemente se torne não criativa dentro do papel que executa. Ameaçada pela forte repressão paterna, Lúcia tem uma conduta engessada, sem *espontaneidade* como mulher, lançando mão do ato de fechar a vagina em sua primeira relação sexual, evitando assim a punição imposta a quem comete atos libidinosos. Vivencia então a experiência marcante do passado no presente, vivendo na relação sexual com o marido, a história da mãe, num processo de *transferência*. Lúcia quer ser feliz no sexo, ligando isto muito mais a uma preocupação em não chatear o marido, do que à atenção consigo própria como mulher. Diz que “gostaria de fazê-lo feliz, como ele também sempre tentou fazê-la feliz na cama, mesmo com sua dificuldade”, não reconhecendo o quanto a provável disfunção do marido também precisa ser corrigida e está alimentando a disfunção de Lúcia. O fato demonstra ela concentrada no outro, esquecendo-se de si mesma, e ao mesmo tempo, tenta através do outro auto-reconhecer-se. Conforme Fonseca (1980), a terceira e quarta fase de desenvolvimento da matriz de identidade, *reconhecimento do eu* e *reconhecimento do tu*, ocorrem muito próximas e, a ânsia do *reconhecimento do eu* confunde-se, muitas vezes, com a necessidade de confirmar o Tu.

Em nosso segundo encontro, a paciente relatou que quando o pai flagrou a mãe com o vizinho, gritou para os filhos que estavam dormindo no sótão, para que eles viessem ver quem era a mãe deles. Eles desceram e viram o pai apontando um revólver para a mãe e ela, nua com a calcinha na frente da região genital tentando esconder-se e o amante ajoelhado no chão também tentando esconder os genitais. Todo e qualquer ato, para Moreno (1946), está relacionado a três fatores: *status nascendi*, *locus*, *matrix*. O *status nascendi* ou processo de estruturação da disfunção sexual de Lúcia tem como *locus* o quarto da casa, com seu pai, mãe, amante e irmãos, aos seus 12 anos idade e, a cena presenciada constitui a *matrix*

do processo. Tudo o que se sucede configura um *status nascendi* da disfunção de Lúcia.

A paciente, nesta sessão, quis dramatizar sua primeira noite. O cenário foi o “quarto na casa de praia” (fig. 1).

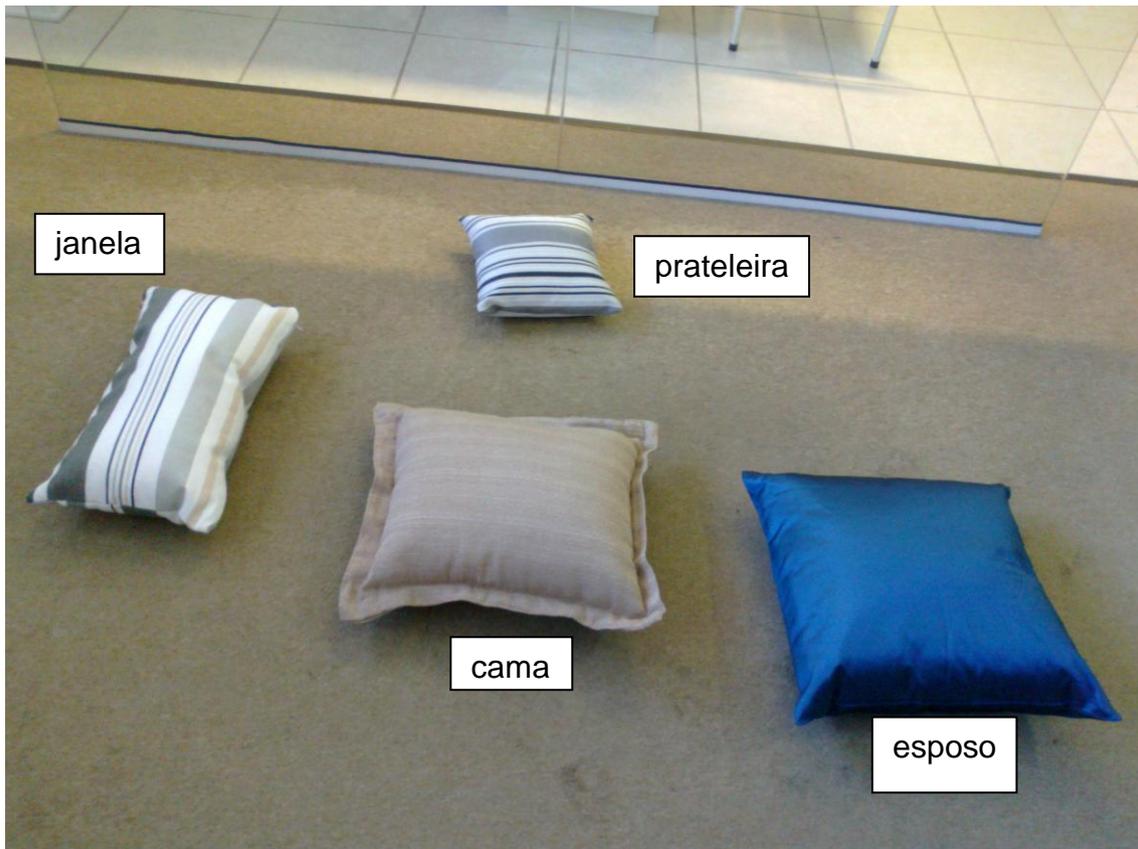


Fig. 1

Durante a dramatização, deitada na cama, pedi que fechasse os olhos e lembrasse a primeira relação. Perguntei se o marido havia se posicionado sobre ela e ela confirmou. Coloquei a almofada (marido) sobre a região pélvica. Neste momento, pedi que ela se lembrasse de quando foi iniciada a penetração, ela disse então “estou sentindo muita dor e com vontade de gritar”, pedi que gritasse e ao mesmo tempo avisei que assumiria a posição do marido, iniciando forte pressão na almofada sobre a zona pélvica. Lúcia não conseguiu gritar, apenas chorou. Como marido, perguntei o que estava acontecendo e Lúcia respondeu: “não sei, está doendo, a gente não pode, é pecado”.

Interrompi a pressão sobre a almofada, e como diretor, perguntei a Lúcia o que o choro queria dizer, e ela disse “estou angustiada e com medo”. Sugeri a ela usar os tecidos e fazer uma imagem dessas sensações. A figura 2 mostra a *imagem* construída com os tecidos. Lúcia titulou a *imagem* de Pecado.



Fig. 2

Observei que o pecado era constituído de muitas partes, então solicitei que ela realizasse um *solilóquio* em cada parte. “Destaco as falas do tecido preto: “meu nome é *Angústia* - essa sensação que sufoca, dá medo, vergonha e não permite a Lúcia de ter um sexo adequado; tecido roxo: “sou o Medo da Morte”; tecido listrado: “sou o Poder como Mulher, mesmo com tanta dificuldade na relação sexual, a Lúcia conseguiu ter os filhos com que tanto sonhou”; tecido marrom: “sou a Diferença, Lúcia se sente diferente das outras mulheres que conseguem transar, fica mal, envergonhada”.

Disse à cliente, que parecia haver algo embaixo da angústia e, convidei-a a vermos isso, retirando o tecido preto (Fig 3).



Fig. 3

Perguntei o que era o tecido vermelho, e ela me respondeu que chamava “Desejo”. Pedi que fosse o desejo e falasse por ele. No papel de desejo, Lúcia ficou imóvel, não conseguindo falar. Eu como *duplo* falei: “eu me chamo desejo, e estou aqui sufocado pela vergonha, pelo pecado, pelo medo”. A paciente não se contrapôs. Saí do *duplo* e perguntei ao desejo: “Desejo, o que tu poderias dizer para a Lúcia, que a ajudasse a te libertar dessa prisão?”, ao que o desejo respondeu: “... um beijo... um abraço...”. Neste momento interroguei novamente o desejo para que me explicasse este dizer, ao que o desejo respondeu que Lúcia não recebia isso do esposo, “ele é meio direto, não costuma fazer isso, é meio bruto”. Saindo do papel, Lúcia conta “nunca pedi um beijo e um abraço para meu esposo, porque raramente falamos

disso, e eu nunca digo muita coisa por vergonha, e não quero que ele descubra que eu não tenho desejo.”

O homem nasce espontâneo e deixa de sê-lo devido a fatores adversos do meio, que se encontram tanto, em sua *Matriz de Identidade e átomo social*, quanto na *rede sociométrica* e social. A partir do que recebe no seu lugar de nascimento (*locus nascendi*), constituído por fatores materiais, sociais e psicológicos, a criança dá partida para o seu processo de definição como indivíduo. Lúcia, ao exercer o *papel* de mulher em sua primeira relação sexual, entra em contato, com o pecado, que ficou estabelecido e caracterizado em sua formação, no seu *locus* de nascimento. Isto lhe traz a angústia (tecido preto), a agonia de viver algo que teme que lhe seja vergonhoso, condenável, perigoso, podendo levar à morte (tecido roxo): “o pai apontando a arma para a mãe nua com seu amante”. Ao mesmo tempo, dentro deste suposto pecado, Lúcia consegue ver a possibilidade que teve de ser mãe, algo tão bom, positivo e distante daquilo que é perigoso e condenável. A maternidade lhe proporcionou realização como mulher, o *papel* de mãe, faz-se sentir potente e parece ser bem desenvolvido na cliente. Podemos observar, também, que através do tecido marrom que denominou Diferença, há um lado seu que luta contra o que lhe foi imposto pela repressão sexual, um lado seu que quer provar deste pecado, querendo se tornar igual às outras mulheres: mulheres que fazem sexo.

Ainda, pode-se observar, na primeira *imagem* construída por Lúcia, a escolha do tecido de cor preta para representar a angústia e a disposição do tecido cobrindo parte de seu casamento feliz, de sua vida em família, de seu poder como mulher, de sua esperança, passando a ideia da contenção e impedimento exercida pela angústia no viver de Lúcia. Na segunda *imagem*, temos o desejo, representado pela cor vermelha, o qual estava escondido e enroscado sob a angústia, que o restringe e controla, tanto que Lúcia, ao assumir o papel do desejo, emudece. Culturalmente, o preto está associado à angústia, bem como o vermelho, ao desejo, pecado, etc. Observam-se então as *conservas culturais* em cena.

Para Moreno (1946), todo homem é um gênio em potencial, que tem no âmago de sua existência, dois fenômenos primários e positivos, a *espontaneidade* e *criatividade* que favorecem a vida e a criação, podendo ser liberadas conforme as

situações. A *imagem*, de acordo com Cukier (1992), elimina o fator verbal e, favorece certo distanciamento dos aspectos mais racionais da personalidade (*hemisfério esquerdo*), liberando a *espontaneidade* e fazendo fluir as reais necessidades do indivíduo, pois provê acesso à sua estrutura interna (*hemisfério direito*), a vivências que não puderam ser traduzidas para o *hemisfério esquerdo*. O fato de disponibilizar os tecidos nas diversas cores permite que o *protagonista* possa, a partir de seus sentimentos, expressar-se além das palavras.

Eu e Lúcia voltamos a nos encontrar, e ela iniciou dizendo “que os maus sempre vencem os bons”. Após, comentou: “meu marido nunca me elogia, só às outras mulheres. Ele diz: aquela mulher é que trabalha, aquela mulher é que tem valor”. Sente-se então desvalorizada, como se não tivesse importância sua presença. Comentou sobre o machismo ainda presente nos dias de hoje, “tudo o que o homem faz é melhor que a mulher” e, acrescentou que o marido a controla em tudo, quer que ela esteja sempre próxima. Até três anos atrás tinha uma loja, na parte de baixo de sua casa, mas depois seu marido locou a peça e ela teve que, por conta própria, alugar outro local para reestabelecer a loja, com as novas despesas os negócios foram mal e acabou fechando um tempo depois.

A *adoção de papéis*, conforme Moreno (1946), no interior da *matriz de identidade*, se dá pela interação mãe e o bebê, a qual é uma atuação ligada a *papéis*. O resultado desta interação resulta em uma recíproca expectativa de *papéis* nos parceiros do processo, o que originará na criança a aprendizagem do desempenho e da percepção do *papel*. Todo *papel*, então, só existirá em função de um *contra-papel*. Se o *papel* que Lúcia, como esposa, oferece a Pedro (esposo) é de submissão, passividade, sofrimento, o *contra-papel* oferecido pelo parceiro será de dominação e desprezo.

As primeiras mudanças tornaram-se perceptíveis quando Lúcia retornou para o nosso próximo encontro, parecendo estar se preocupando mais com a aparência, vestindo-se de forma mais jovial. Fiz um elogio e Lúcia respondeu abrindo um sorriso: “obrigada, pedi até a bolsa da minha filha emprestada”. Relatou: “estou acordando mais animada, com coragem de sair da cama e contei para o meu marido que estou fazendo terapia e também, perguntei a ele o que adiantaria eu fazer

terapia se ele não fosse se tratar também.” Ela contou que ele nada respondeu, dizendo: “a gente tem muita vergonha de discutir sobre esses assuntos, e isso afastou a gente, com o tempo.” Solicitei à Lúcia, baseada nesta questão de eles estarem afastados, uma *imagem* que pudesse representar isso (fig. 4).

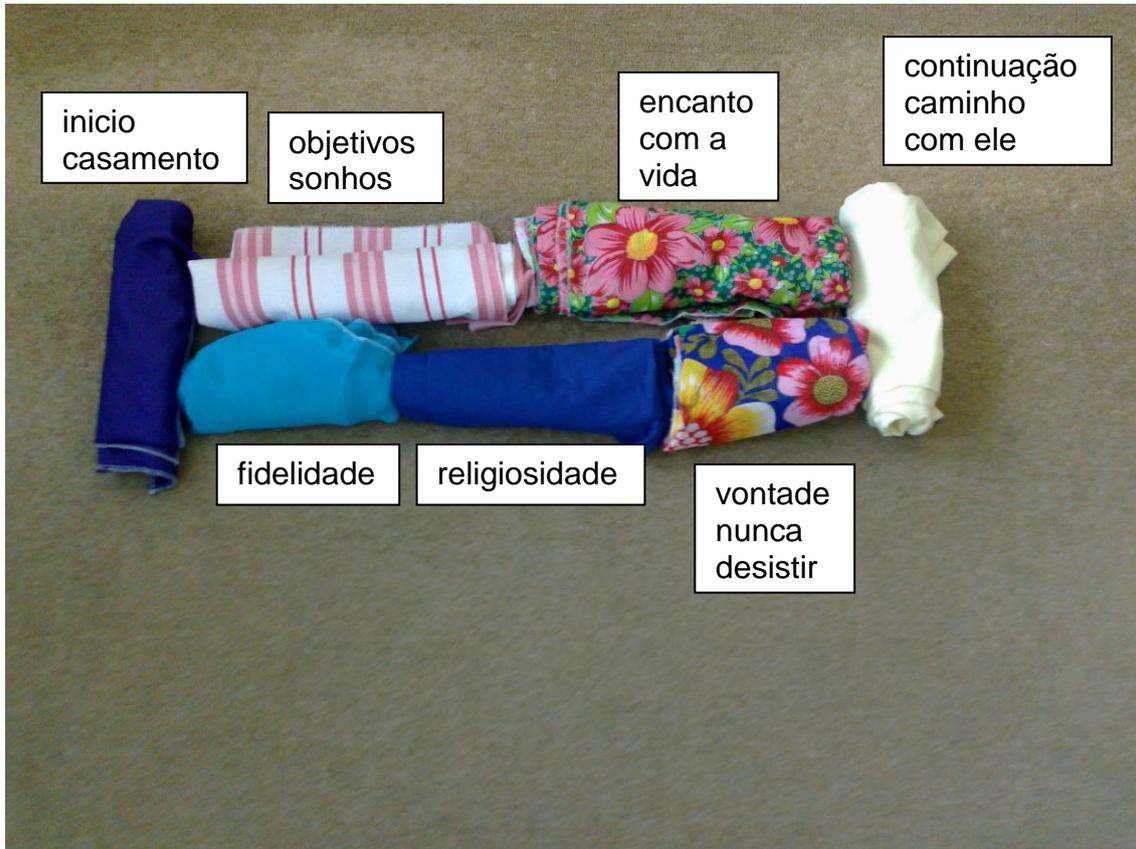


Fig. 4

O título que Lúcia deu para a *imagem* foi “Caminhada pela vida”. Observei para ela que, olhando a *imagem*, tinha a impressão que eles não estavam afastados, mas que caminhavam lado a lado. Ao que ela me respondeu: “mas eu quero estar com ele, aproveitar a vida com ele.” Destaco também o tecido roxo, que ela denominou como “o início do casamento.” Perguntei o porquê da cor roxa, e ela explicou que “o início foi muito difícil em virtude das relações sexuais que não aconteceram”. Interrogada sobre o tecido amarelo, ela diz que é “a continuação do meu caminho com ele”. O porquê da cor amarela, diz ela: “é porque vejo a gente feliz, se dando bem, na cama também.” Termina a sessão falando: “Sabe, agora consigo dizer algumas coisas para o meu marido, confio mais em mim, e parece mais fácil viver com ele.” Moreno destaca os dois fenômenos primários e positivos, a

espontaneidade e a *criatividade* que favorecem a vida e a criação, podendo ser liberadas conforme as situações. As atitudes de Lúcia se constituem em uma resposta renovadora a uma situação antiga – é a *espontaneidade/criatividade* em cena.

Lucia avança no "*reconhecimento do eu*". Cuidar da sua aparência e perceber-se bonita reflete um maior grau de liberdade e espontaneidade no *role-playing* do *papel* de mulher. Igualmente avança no "*reconhecimento do tu*" onde a "*transferência*" passa a ser substituída por uma maior "*tele*" na relação com o companheiro. A partir de então está inaugurada a possibilidade do "*Encontro*". Para Moreno, a *criatividade* e *espontaneidade* residem na capacidade de uma pessoa dar uma resposta adequada a uma situação nova ou uma resposta transformadora a uma situação antiga. Assim Lúcia resgata seu potencial criativo e espontâneo ao transformar suas respostas no desempenho do *papel* sexual bem como do *papel* de companheira. A transformação do *papel* sexual interfere no *papel* de companheira, amiga, etc., é a ideia de "*cachos de papéis*" em ação. A inter-relação com o outro se torna mais fácil, pelo ajustamento e adequação do indivíduo a si mesmo e ao meio, sentindo-se satisfeito no desempenho de seus *papéis*.

A cliente faz uma *imagem* para representar ela mesma e o esposo, usando tecidos diversos para cada um, demonstrando desta forma particularidades individuais dos mesmos, o que é bem pertinente ao momento que ela está vivendo, de melhorar o *reconhecimento do eu* e o *reconhecimento do tu*.

Ainda, nesta *imagem* usa o roxo como representante das dificuldades sexuais do início do casamento e, o tecido está todo enrolado, como foram os primeiros tempos do casal. Usa a cor amarela, para retratar a felicidade e a realização sexual na continuação do caminho com o esposo, no entanto, o tecido está também enrolado, pois a inter-relação com o esposo ainda está em processo de ajustamento e adequação.

Aqui, se pode observar como a *imagem psicodramática* facilita, para o *protagonista*, a expressão da forma como ele está organizando seus conteúdos internos em relação a um tema determinado (sintoma, sentimento, relação, etc.).

No encontro seguinte, Lúcia está voltando de suas férias e, traz novidades: “consegui manter uma relação sexual com meu marido, e foi agradável, houve penetração, mas não completa, não senti medo, nem dor. Senti que foi bom para os dois.” Revelou também ter sido elogiada por sua amiga, de estar aparentando felicidade, e ela própria reconheceu que “hoje a vida voltou a ter graça, tudo está sendo valorizado.” Perguntei o que trabalharíamos na sessão, e ela disse que “gostaria de fazer uma cena com minha filha, que recentemente acabou o namoro, e não se conforma com isso.” Fez então a imagem que denominou “Lilian” (fig. 6).



Fig. 6

Destaco, dessa conversa que Lúcia teve com a filha, um momento no qual eu estava no papel de Lilian e perguntei para a mãe: “Mãe o que é ser mulher?”, ao que Lúcia me respondeu: “... Ser mulher... eu não sei... ser mulher é se gostar, se arrumar, fazer amigos, passear, ser cheirosa, trabalhar, é viver minha filha.”

A cliente, pelo resgate gradual da *espontaneidade* e, a apropriação do seu *papel* de mulher, permitiu-se exercer seu *papel* sexual, sem dor, pois se sentiu livre e assim

evitou a contração da musculatura vaginal e o fechamento da sua vagina, sem medo, pois provavelmente a cena do passado está mudando sua configuração, e agradável, pois está vivenciando e desenvolvendo mais um *papel* seu. Segundo Moreno (1946), o ser humano sofre fundamentalmente por não poder realizar todos os *papéis* que leva em si. A angústia vem da pressão que exercem todos esses *papéis* não desempenhados integralmente, exigindo realização. Também, a vivência do *papel* de Lilian, faz Lúcia reviver aspectos de sua vida no modo geral, principalmente ligados à sua *matriz de identidade* na conformação do seu papel feminino, a ajudando encontrar uma resposta mais atualizada do seu conceito do que é ser mulher.

O tecido que Lúcia utilizou para representar sua filha, é um tecido bonito, de cor rosa, com brilho. Pela situação vivida por sua filha naquele momento, Lúcia traz a imagem de Lilian “encolhida”, “retraída”. Aqui a técnica de construção de imagem com tecidos, facilitou para Lúcia, o acesso direto aos seus registros arcaicos de desenvolvimento, do seu papel feminino, relacionado ao conteúdo do tema protagônico da sessão, favorecendo a ressignificação daqueles registros.

Os filhos de Lúcia estão tomando o rumo de suas vidas. Ela relatou no encontro subsequente, que seu filho foi promovido para trabalhar em São Paulo e viajou para lá. Sua filha mais velha já casou e, a que está em casa logo se vai. “É difícil deixar os filhos voarem, eu sinto como se eu não servisse mais para nada.” Realizei a proposta de fazer uma imagem dessa sensação “de não servir para nada” e, proponho que se “servisse para alguma coisa” qual seria a imagem (fig.7).



Fig. 7

Destaco da imagem o tecido preto, “Angústia”, quando no papel a cliente diz: “essa sensação que sinto de desvalia, porque não vejo motivo para viver, agora que não tenho meus filhos em casa, não sei o que fazer, não sou mais útil.” Ligado a este, está o tecido roxo: “Aqui são meus filhos que saíram de casa e que deixaram um vazio dentro de mim.”

Ressalto também, o tecido floreado: *“Este é um caminho que leva até a universidade que um dia quero fazer, mas tenho medo de não conseguir, faz tanto tempo que não estudo, me sinto insegura ...”* Neste momento pedi que ela trouxesse para imagem o medo e a insegurança (fig. 8).



Fig. 8

Lúcia tomou o papel do medo e, eu o questionei sobre sua função neste caminho que Lúcia queria seguir, ao que o medo me respondeu: “ah a Lúcia não entende quase nada de computador, e hoje é tudo no computador na universidade, como é que ela vai conseguir?”. Solicitei que tomasse o papel da insegurança, e questionei da mesma forma: “a Lúcia tá velha, cuida da casa dela, não tem muita incomodação, pra quê se meter a fazer faculdade, passar trabalho”. Lúcia tomou o papel de universidade, então a questionei se as dificuldades que Lúcia possuía poderiam se constituir em impedimentos, ao que ela me respondeu: “talvez ela pudesse fazer um curso para aprender mexer no computador, as coisas básicas, é acho que ela pode fazer faculdade sim, ela não pode parar, tem que ir atrás deste sonho.”

O eu, para Moreno (1946), emerge dos *papéis*. Todo o *papel* em que um indivíduo atua, tem certa duração. Todos têm um começo, um amadurecimento e um declínio. Um *papel*, depois de ter servido por um período em determinada função, pode desaparecer da vida manifesta do indivíduo, embora continue como um fator dinâmico em sua vida interior. *Papéis* e *contrapapéis* desaparecem e são

substituídos por novos *papéis* e *contrapapéis*, que vão constituir uma configuração de *papel* com equilíbrio semelhante, de acordo com Fox (2002).

Lúcia com a saída dos filhos de casa, sente que seu *papel* de mãe está findando, sente-se angustiada e vazia. Pois há que substituir o *papel* que finda por outro que lhe conceda um equilíbrio semelhante, isso em primeira mão lhe causa desconforto, mas visualiza a possibilidade de ir à universidade que seria a possibilidade de outro *papel* a desenvolver.

Neste caso, a *imagem* facilitou para Lúcia, a concretização no cenário de conteúdos internos até então encobertos, com seu desejo de ir para a universidade, como demonstrou. O significado e sentido que este fato tem, para a sua vida, relacionado ao término do *papel* de mãe. Também, e não menos importante, é observar que pelo fato de a *imagem psicodramática* ser visível, concreta e passível de experimentação pelo cliente no *aqui e agora do espaço dramático*, possibilitou à Lúcia buscar respostas para o seu medo e insegurança de conseguir entrar para a universidade.

Lúcia voltou para o nosso novo encontro com bota ortopédica, rompeu os ligamentos do pé. Perguntei como ela estava se sentindo e ela respondeu: “limitada, dependendo dos outros, quase não vim, mas aí pensei, preciso me esforçar, não posso me acomodar.” Solicitei que ela fizesse uma imagem da Lúcia que foi a terapia aquele dia (fig. 9).



Fig. 9

Saliento da imagem o tecido marrom, quando Lúcia está no papel diz: *“é a força que faço todo o dia para levantar da cama e começar o dia, penso, será que vou conseguir? Quem sabe fico aqui na cama, daí eu crio forças e levanto da cama.”* Lúcia saiu do *papel* e disse: *“não são todos os dias que sinto essa vontade de não levantar, sempre que tenho um compromisso, o dia é bom desde que eu levanto.”* Então relatou de nos últimos dias ter participado de duas palestras, que iniciou um trabalho semanal na pastoral que cuida de idosos, e que mensalmente participará do encontro de casais na igreja. Coloquei para ela, que parecia que seus dias estavam sendo preenchidos. Ela me respondeu: *“assim não sinto aquele vazio, tenho com o quê me ocupar, quando trabalhava não sentia vazio, depois o vazio tomou conta de mim.”*

Passamos ao tecido vermelho: *“é a falta de vontade de transar com meu marido e, tá ligado ao verde (tecido), que é a casa de minha filha que não acontece. Ele continua não permitindo que a filha construa no terreno de trás, quer que ela continue pagando aluguel para ele na casa da frente. Não quer ceder de jeito*

nenhum. Já falei para ele que a gente tem que ajudar os filhos quando eles precisam, quando morrermos não adianta deixar herança e, talvez seja muito tarde para isso. Temos que resolver os problemas dos filhos quando eles precisam.” Perguntei como o esposo havia reagido a esta colocação de Lúcia, e ela me disse: “ele fica me olhando e não diz nada... mas não muda de ideia...”. Questionei qual a ligação entre este tema e a vontade de transar e ela me disse: “*não consigo, quando vou transar me lembro disso e não consigo transar com ele. Esses dias de noite, eu disse para ele, enquanto tu não resolver o assunto da nossa filha, não tem mais pra ti. Ele pediu se eu estava fazendo chantagem.*” Mais adiante na sessão acrescenta: “também não aceito mais que ele me culpe pela ejaculação precoce que tem, eu não tenho culpa disso.”

Moreno diz que, o homem só tem consciência de si mesmo no desempenho de *papéis*, ele só se experimenta “como eu”, através da conduta, adotando um *papel*. Lúcia em sua busca de melhorar o *reconhecimento do eu*, se experimenta em novos *papéis*, inclusive no seu *papel* sexual, onde tomou posse do seu corpo, dos seus desejos, e não cumpre mais a conserva de que a esposa tem que servir ao marido, mesmo que não esteja disposta a manter relações sexuais. Percebe-se importante na relação e impõe sua opinião a respeito dos assuntos domésticos. Consegue-se ver como indivíduo separado do outro. É a *espontaneidade* que está agindo e tornando-a mais livre e verdadeira no seu relacionamento conjugal.

Como a *técnica de construção de imagem* é dirigida ao intelecto, por sua particularidade de permitir a objetivação das próprias emoções, favorece o distanciamento e a reflexão. Nesta sessão, podemos ver como a imagem favoreceu à Lúcia a observação de que nem todo o dia é difícil sair da cama, por perceber que passou a se envolver em atividades sociais e, que em muitos dos seus dias há atividades para fazer. Assim, como ela mesma diz “o dia é bom desde que eu levanto”. Também compreende o quanto a forma como o marido lida com o dinheiro e com os filhos a perturba, interferindo na sua sexualidade, afastando a ideia de que somente ela é responsável pela falta de desejo.

Outras sessões se sucederam e outras advirão. Mas é evidente a constatação de que os tecidos, por serem flexíveis e suportarem uma grande diversidade de formas

de imagem, com seus padrões variados (monocromáticos, coloridos, florais, etc.), diferenças de tons, cores e texturas permitem uma variação imensa de imagens que entrega ao emocional e à criatividade dos pacientes formas espontâneas de manifestação e exteriorização de seus conteúdos internos. Saindo da lógica cognitiva e transitando pelas sensações e emoções, os pacientes podem manifestar aspectos de suas relações télicas e/ou transferências. Fica mais que evidente que a técnica de Construção de Imagens com Tecidos permite ao Diretor de Psicodrama contribuir vigorosamente com o protagonista no resgate de sua espontaneidade e criatividade, para um melhor desempenho de seus papéis buscando relações mais télicas e tornar-se um ser livre em ação.

A partir daqui, como terminará a história de Lúcia?

5 CONCLUSÃO

Ao término deste trabalho, entendo ter realizado internamente o *encontro* entre a medicina e o psicodrama. O conhecimento adquirido, pela teoria e prática, ao longo dos três anos do curso de psicodrama, foi sendo integrado ao meu papel de médica, no atendimento aos meus clientes em geral e, especialmente com as clientes que me procuravam ou eram encaminhadas, para auxílio às suas queixas sexuais. Aos poucos passei a vivenciar uma nova forma de atuação no meu papel já estabelecido, ponto de partida para este trabalho que hoje chega ao fim.

A monografia dentro de minha experiência foi de uma relevância enorme na minha formação, tanto pelo aprofundamento na teoria exigido na sua elaboração e desenvolvimento, como pelo estímulo à criação levando à concepção, no meu caso, de uma nova possibilidade de atendimento às disfunções sexuais e não menos importantes, o trabalho me ofereceu a oportunidade de contribuir com a construção do conhecimento dentro do Psicodrama.

A metodologia empregada na realização da pesquisa, dentro de minha análise, foi satisfatória para responder às exigências da mesma. Entretanto, observo que o estudo poderia se tornar mais fecundo, se a exposição envolvesse mais casos.

Ao finalizar a pesquisa, concluo que a pergunta: “*O psicodrama, através do uso da técnica de construção de imagens com tecidos (CIT), pode auxiliar na resolução das disfunções sexuais femininas?*”, foi respondida. A CIT pode ser considerada uma excelente e efetiva técnica para a abordagem dos transtornos sexuais. Durante todo o acompanhamento de Lúcia, e análise das sessões, pude constatar como a imagem favorece a concretização no cenário de conteúdos internos velados e, dessa forma facilita o manejo de assuntos ligados à sexualidade, por fornecer ao *protagonista* uma forma de expressão de seu conflito, que muitas vezes ele não conseguiria verbalizar. A cena presenciada por Lúcia na infância e os reflexos provocados em sua sexualidade emergiram de forma facilitada através do uso das imagens. Ao mesmo tempo, quando os conteúdos adquirem forma no *cenário*,

permitem ao *protagonista* dar-se conta da situação tal como ela é vivida internamente por ele. A partir daí é possível ao indivíduo dar um novo sentido a estes conteúdos. O uso da *CIT* permitiu à Lúcia ser reportada à sua *matriz de identidade*, proporcionando a ela ressignificar seu papel feminino. Considero também, que devido à imagem ser passível de experimentação, no *aqui e agora* do *cenário dramático*, possibilita ao cliente buscar respostas para seu conflito, no manejo das disfunções sexuais facilita o autoconhecimento e a descoberta de recursos internos para lidar com suas dificuldades. Considero então que a *CIT* é uma técnica que pode colaborar no manejo dos desajustes sexuais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Minha monografia é o primeiro trabalho que descreve a aplicação da *técnica de construção de imagens com tecidos* na condução das disfunções sexuais. Recomendo que futuros trabalhos sejam realizados, envolvendo a mesma temática, ampliando cada vez mais os conhecimentos a respeito desta técnica, no sentido de aprimorar o atendimento aos indivíduos e suas questões sexuais.

Sem dúvida nada teria sido possível sem a generosa contribuição de Lúcia que com sua história, sentimentos e despojamento, permitiu que meu caminho fosse trilhado desta forma.

A partir desta pesquisa outros questionamentos foram suscitados e ficam agora como propostas para futuros trabalhos:

- a) Será a CIT igualmente indicada no tratamento de outras disfunções?
- b) Que outra técnica psicodramática ofereceria igual eficácia para os tratamentos das disfunções sexuais femininas?
- c) Que contribuição a CIT poderia nos oferecer diante das disfunções sexuais masculinas?
- d) A técnica da CIT sofreria grande transformação se utilizada em grupos constituindo-se uma construção coletiva grupal?
- e) Qual a aplicabilidade da técnica CIT em contextos não terapêuticos como o sociodramático, organizacional e educacional?

Ficam, portanto, minhas sugestões e propostas para futuros trabalhos na expectativa que, muito em breve, novas pesquisas neste campo sejam desenvolvidas para povoar com relevantes contribuições esta seara ainda um tanto deserta.

Convencida que grandes construções não são mais que a soma de pequenos tijolos e que meu papel de Diretora de Psicodrama em formação também o é, finalizo este trabalho acrescida e deixando, aqui, minha singular contribuição à Lucia, ao IDH e ao Psicodrama e à Medicina.

REFERÊNCIAS

ABDO, Carmita. Sexualidade Humana e seus Transtornos. São Paulo: Leitura Médica, 2012.

_____, FLEURY, Heloísa J. Aspectos Diagnósticos e Terapêuticos das Disfunções Sexuais Femininas. In: Revista Psiquiátrica Clínica 33(3); 162-167, 2006

APA - Associação Psiquiátrica Americana. DSM - IV - Manual Diagnostico e Estatístico de Transtornos Mentais (1995). Disfunção Sexual Geral ou Disfunção da Excitação Feminina. In: RODRIGUES JR., Oswaldo M. (org.). **Aprimorando a Saúde Sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. Instituto Paulista de Sexualidade, São Paulo: Summus, 2001. p.303.

_____. Baixo Desejo Sexual Masculino. In: In: RODRIGUES JR., Oswaldo M. (org.). **Aprimorando a Saúde Sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. Instituto Paulista de Sexualidade, São Paulo: Summus, 2001. p.192.

_____. DSM - IV – TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, texto revisado (2002). Disfunção Sexual Feminina: conceito diagnóstico e tratamento. In: ABDO, Carmita. Sexualidade Humana e seus Transtornos. São Paulo: Lemos, 1997. p. 56.

BARBOSA, I.R.B., KHOURI, G.S., MACHADO, M.L., REBOUÇAS, R.M.DE S. O conceito do eu em Moreno e a teoria emergentista do Eu (núcleo do eu) de Rojas-Bermudez. In: FLEURY, H.J., KHOURI, G.S., HUG, E. São Paulo: Ágora, 2008. p.56; 61; 63;71.

BASSON, Rosemary. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. **Canadian Medical Association Journal**. 2005. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/10/1327>>. Acesso em: 4 set. 2008

BUSTOS, Dalmiro Manuel. **O Psicodrama**: aplicações da técnica psicodramática. São Paulo: Summus, 1982.

_____. Psicoterapia Psicodramática. São Paulo: Brasiliense, 1979.

CAVALCANTI, Ricardo; CAVALCANTI, Mabel. **Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais**. São Paulo: Rocca, 1997.

CAVALCANTI, Ricardo; CAVALCANTI, Mabel. **Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais**. São Paulo: Roca, 2012.

CFP e CREPOP – Conselho Federal de Psicologia (org.). Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para atuação do psicólogo. Brasília: editora?, 2009 (1ª edição). http://livro_serviçoProteção_gráficoabusosex.pdf. (acesso 2/09/2012)

CHAUÍ, Marilena. **Repressão Sexual: essa nossa (des)conhecida**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

COLOMBINO, A. Flores. Baixo Desejo Sexual Masculino. In: RODRIGUES JR., Oswaldo M. (org.). **Aprimorando a Saúde Sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. Instituto Paulista de Sexualidade, São Paulo: Summus, 2001. p.189.

_____. Disfunção Sexual Geral ou Disfunção da Excitação Feminina. In: RODRIGUES JR., Oswaldo M. (org.). **Aprimorando a Saúde Sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. Instituto Paulista de Sexualidade, São Paulo: Summus, 2001. p.308.

COSTA, Ronaldo Pamplona da. **Os Onze Sexos: as múltiplas faces da sexualidade humana**. São Paulo: Kondo Editora, 2005.

CUKIER, Rosa. **Psicodrama Bipessoal: sua técnica, seu terapeuta e seu paciente**. São Paulo: Ágora, 1992.

_____. **Sobrevivência Emocional: as dores da infância revividas no drama adulto**. São Paulo: Ágora, 1998.

DIAS, Victor Roberto Ciacco da Silva. **Análise Psicodramática e Teoria da Programação Cenestésica**. São Paulo: Ágora, 1994.

DUCLÓS, Suzana M. O relacional e o vincular. I Encontro de Psicoterapias Grupais – Campos do Jordão, setembro 1999 – Revista Brasileira de Psicodrama vol 8, nº 1, 2000.

_____. Psicodrama: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 1987.

_____. Vínculo Conjugal na Análise Psicodramática: diagnóstico estrutural dos casamentos. São Paulo: Ágora, 2000.

FLEURY, Heloísa J., KHOURI, Georges S., HUG Edward. Psicodrama e Neurociência: contribuições para a mudança terapêutica. São Paulo: Ágora, 2008.

FONSECA FILHO, José de Souza. **Psicodrama da Loucura**: correlações entre Buber e Moreno. São Paulo: Ágora, 1980.

FOX, Jonathan. O essencial de Moreno: textos sobre psicodrama, terapia de grupo e espontaneidade. São Paulo: Ágora, 2002.

GINDIN, L. R. Baixo Desejo Sexual Masculino. In: RODRIGUES JR., Oswaldo M. (org.). **Aprimorando a Saúde Sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. Instituto Paulista de Sexualidade, São Paulo: Summus, 2001. p. 191-192.

GONÇALVES, Camila S., WOLFF, José R., ALMEIDA, Wilson C. Lições de Psicodrama: introdução ao pensamento de J.L. Moreno. São Paulo: Ágora, 1988.

GREGERSEN, Edgar. Práticas Sexuais: a história da sexualidade humana. São Paulo: Rocca, 1982.

<http://oswrod1.wordpress.com/>. Espaço de Oswaldo, Oswaldo M. Rodrigues Jr., acesso em 21/08/2012.

KAPLAN, Helen S. **A Nova Terapia do Sexo**: tratamento dinâmico das disfunções sexuais. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977 (1ª edição 1974).

KAPLAN, Helen Singer. **A Nova Terapia do Sexo**: o desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983. (v. 2) (1ª edição 1979).

KHOURI, G.S. Construção de Imagens com tecidos (CIT) em psicoterapia psicodramática bipessoal e nas organizações. . In: FLEURY, H.J., KHOURI, G.S., HUG, E. São Paulo: Ágora, 2008. p.132-134.

_____, MACHADO, M.L Imagem Psicodramática e a técnica de construção de imagens. In: FLEURY, H.J., KHOURI, G.S, HUG, E São Paulo: Ágora, 2008. p 95.

LALANDE, A. Imagem Psicodramática e a técnica de construção de imagens. In: FLEURY, H.J., KHOURI, G.S, HUG, E São Paulo: Ágora, 2008. p 81.

LINS, Regina N. A Cama na Varanda: arejando nossas ideias a respeito de amor e sexo. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

_____. O Livro de Ouro do Sexo. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

MANNOCCI, João Fernando. **Disfunções Sexuais**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1995.

MARTÍN, Eugenio Garrido. **J. L. Moreno**: psicologia do encontro. São Paulo: Duas Cidades, 1978.

MASTERS, William H.; JOHNSON, Virginia E. **A Resposta Sexual Humana**. São Paulo: Rocca, 1984 (1ª edição 1966).

MASTERS, William H.; JOHNSON, Virginia E.; KOLODNY, Robert C. **O Relacionamento Amoroso**: segredos do amor e da intimidade sexual. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988 (1ª edição 1982).

MONTEIRO, Regina F. Técnicas Fundamentais do Psicodrama. São Paulo: Ágora, 1998.

MORENO, Jacob Levy. **Psicodrama**. São Paulo: Cultrix, 1975 (1ª edição 1946)

_____. Quem Sobreviverá?: Fundamentos da Sociometria, Psicoterapia de Grupo e Sociodrama. Goiânia: Dimensão, 1992 (1ª edição 1953).

_____. Psicoterapia de Grupo e Psicodrama: introdução à teoria e prática. São Paulo: Mestre Jou, 1974 (1ª edição em 1959)

O'CONNELL, Helen E. et al. The Anatomy of the distal vagina: towards unity. **Journal of Sexual Medicine**, n. 5, p. 1883-1891, 2008.

O'CONNELL, Helen E; SANJEEVAN, Kalavampara V.; HUTSON, John M. Anatomy of the Clitoris. **The Journal of Urology**, v. 174, p. 1189-1195, out. 2005.

RODRIGUES JR., Oswaldo M. (org.). **Aprimorando a Saúde Sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. Instituto Paulista de Sexualidade, São Paulo: Summus, 2001.

_____. Objetos do Desejo: das variações sexuais, perversões e desvios. São Paulo: Iglu, 1991.

_____. <http://oswrod1.wordpress.com/>, Espaço de Oswaldo, Oswaldo M. Rodrigues Jr., (acesso em 21/08/2012).

RODRIGUES JR., OSWALDO M. Inibição do desejo sexual feminino. In: RODRIGUES JR., Oswaldo M. (org.). **Aprimorando a Saúde Sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. Instituto Paulista de Sexualidade, São Paulo: Summus, 2001. p. 330.

RODRIGUES, JR.,Oswaldo M.; ZEGLIO, Carla. Anorgasmia Feminina. In: RODRIGUES JR., Oswaldo M. (org.). **Aprimorando a Saúde Sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. Instituto Paulista de Sexualidade, São Paulo: Summus, 2001. p. 315.

ROJAS-BERMÚDEZ, J.G., O conceito do eu em Moreno e a teoria emergentista do Eu (núcleo do eu) de Rojas- Bermudez. In: FLEURY, H.J., KHOURI, G.S., HUG, E. São Paulo: Ágora, 2008. p. 74.

_____., Introdução ao Psicodrama. São Paulo: Mestre Jou, 1966.

_____., Núcleo do Eu. São Paulo: Natura, 1978.

_____,MOYANO G., Imagem Psicodramática e a técnica de construção de imagens. In: FLEURY,H.J., KHOURI, G.S., HUG, E.São Paulo: Ágora, 2008. p. 85.

_____,Imagem Psicodramática e a técnica de construção de imagens. In: FLEURY,H.J., KHOURI, G.S., HUG, E.São Paulo: Ágora, 2008. p. 92-93.

_____,MOYANO G., Imagem Psicodramática e a técnica de construção de imagens. In: FLEURY, H.J, KHOURI, G.S., HUG, E.São Paulo: Ágora, 2008. p. 100.

VERDIER, Virgínia M., Dispareunia. In: RODRIGUES JR., Oswaldo M. (org.). **Aprimorando a Saúde Sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. Instituto Paulista de Sexualidade, São Paulo: Summus, 2001. p. 267.

VITIELLO, Nélon; RODRIGUES JR., Oswaldo M. Baixo Desejo sexual masculino. In: RODRIGUES JR., Oswaldo M. (org.). **Aprimorando a Saúde Sexual**: manual de técnicas de terapia sexual. Instituto Paulista de Sexualidade, São Paulo: Summus, 2001. p. 189.

ZAMPIERI, Ana M.F. Erotismo, Sexualidade, Casamento e Infidelidade: sexualidade conjugal e prevenção do HIV e da AIDS. São Paulo: Ágora, 2004.

APÊNDICES

ANEXO I

2ª Sessão

Paciente, às vezes, escutava o pai e a mãe transarem quando pequena, ouvia os gemidos da mãe e achava que o pai estava maltratando a mãe. Chorava muito por isso. Conta também que quando o pai pegou a mãe com o vizinho, na cama, dentro da própria casa, gritou para os filhos que estavam no sótão dormindo, “para ver quem era a mãe deles.” Eles desceram e viram o pai apontando um revólver para a mãe, ameaçando matá-la, e ela nua com a calcinha na frente da região genital tentando esconder-se, e o amante ajoelhado no chão com a cueca na frente dos genitais também tentando esconder-se. Ela e os irmãos foram levados para casa da avó que morava nos fundos, para rezar para que o pai não matasse a mãe. Eles não entenderam muito que era aquilo, mas “sentia que suas pernas tremiam muito, de medo, de perder a sua mãe.” A mãe antes de ir embora, pediu desculpas para os filhos.

Pedi para Lúcia o que gostaria de dramatizar de tudo que falamos, disse que gostaria de trazer para a cena a primeira noite.

Cenário: quarto na casa de praia

Cama, prateleira atrás da cama, janela à esquerda da cama, marido (Fig. 1)

Almofada retangular: janela; almofada listrada quadrada: prateleira; almof. Marrom: cama;

Almof. Azul: esposo;



Fig. 1

Solicitei para que fechasse os olhos e lembrasse a primeira relação.

Perguntei se o marido havia se posicionado sobre ela e ela confirmou. Coloquei a almofada (marido) sobre a região pélvica. Neste momento, pedi que ela se lembrasse de quando foi iniciada a penetração, ela disse “estou sentindo muita dor e com vontade de gritar”, pedi que gritasse e ao mesmo tempo avisei que assumiria a posição do marido, iniciando forte pressão na almofada sobre a zona pélvica. Lúcia não conseguiu gritar, apenas chorou. Como marido, perguntei o que estava acontecendo e Lúcia respondeu: “não sei está doendo, a gente não pode, é pecado.”

Interrompi a pressão sobre a almofada e como diretor, perguntei a Lúcia o que choro queria dizer e ela respondeu: “é que eu estou angustiada e com medo.”

Sugeri a ela usar os tecidos e fazer uma imagem dessas sensações. A figura 2 mostra a imagem construída com os tecidos, a qual Lúcia denominou “Pecado”.



Fig. 2

Observei que o pecado era constituído de muitas partes, então solicitei que ela realizasse um solilóquio em cada parte.

Preto: “meu nome é Angústia, essa sensação que sufoca, dá medo, vergonha e não permite a Lúcia de ter um sexo adequado”.

Roxo: “sou o pecado, o medo da morte”.

Verde: “é o casamento feliz da Lúcia, que acha ter feito uma boa escolha, gosta de estar com o marido, se dá bem, são amigos, parceiros”.

Vermelho: “a vida em família em harmonia, os filhos, a casa, o conviver, é muito bom”.

Listrado: “o poder como mulher, mesmo com tanta dificuldade na relação sexual, Lúcia conseguiu ter filhos q tanto sonhou”.

Cinza: “Esperança, acredita que vai melhorar. Mesmo nesta idade Lúcia quer ter uma relação sexual boa”.

Marrom: “Diferença, Lúcia se sente diferente das outras mulheres que conseguem transar, fica mal, envergonhada, diferente”.

Disse à cliente que parecia haver algo embaixo da angústia, e convidei-a a vermos isso, retirando o tecido preto (Fig. 3).



Fig. 3

Perguntei o que era o tecido vermelho, e ela me respondeu que chamava “Desejo”. Pedi que fosse o desejo e falasse por ele. No papel de desejo, ela ficou imóvel, não conseguindo falar. Aguardei uns momentos e me coloquei na posição de duplo. Então, pedi se poderia falar por ela, caso falasse algo incorreto deveria me corrigir. Ela concordou. Eu como duplo falei: “Eu me chamo desejo, e estou aqui escondido, sufocado pela vergonha, pelo pecado, pelo medo”. A paciente não se contrapôs. Saí do duplo e perguntei ao desejo:

“Desejo, o que tu poderias dizer para a Lúcia, que a ajudasse a te libertar dessa prisão?”, "ao que o desejo respondeu:"... “um beijo... um abraço...”.

Neste momento interroguei novamente o desejo para que me explicasse este dizer, ao que o desejo respondeu que Lúcia não recebia isso do esposo, “ele é meio direto, não costuma fazer isso, é meio bruto”. Saindo do papel Lúcia conta “nunca pedi um beijo e um abraço para o meu esposo, porque raramente falamos disso, e eu nunca digo muita coisa por vergonha e não quero que ele descubra que eu não tenho desejo”.

ANEXO II

9ª sessão

Lúcia volta de férias contando “consegui manter uma relação sexual com meu marido e foi agradável, houve penetração, mas não completa, não senti medo, nem dor. Senti que foi bom para os dois”. Diz ter sido elogiada por sua amiga, de estar aparentando felicidade e ela própria reconheceu que “hoje a vida voltou a ter graça, tudo está sendo valorizado”.

Perguntei o que trabalharíamos na sessão e ela me disse que “gostaria de fazer uma cena com minha filha, que recentemente acabou o namoro e não se conforma com isso”.

Monta a cena usando o pano rosa brilhante e coloca no cenário, perguntei quem era e disse ser sua filha Lilian (Fig. 1).



Fig. 1

Solicitei que assumisse o papel de Lilian e, então, falasse um pouco em voz alta o que estava sentindo. Lúcia no papel de Lilian falou “acabei meu namoro e estou muito triste. Ele mente muito e, eu não agüentei mais. Ele disse para o meu irmão que somos muito diferentes. Ele é expansivo e eu tímida. Sinto-me culpada, pelo jeito foi por isso que saiu com as outras”.

Pedi à Lúcia que voltasse para o seu papel de mãe e que eu assumiria o papel de Lilian. No papel de Lilian repeti “... sinto-me culpada, vai ver que é por isso que saiu com as outras”.

Lúcia respondeu “minha filha, tu és tão bonita, tão querida, tenho certeza que tu vais encontrar outro rapaz, que vai te respeitar e gostar”.

Eu fiquei no papel de Lilian e insisti “mas mãe não vai dar certo, porque este namoro acabou por culpa minha, com outro vai ser o mesmo. Sou tímida”.

Lúcia disse “filha mesmo tímida, tu pode ser agradável com as pessoas, não impede de tu teres amigos, sair, te divertir, debes procurar tuas amigas. Como a mãe, ela

também era assim, mas ela viu que tinha que sair de casa, procurar os amigos, senão ia ficar sozinha e triste”.

Ainda no papel de Lilian perguntei “mãe o que é ser mulher?” Ao que Lúcia me respondeu “... Ser mulher... eu não sei... ser mulher é se gostar, se arrumar, fazer amigos, passear, ser cheirosa, trabalhar, namorar, é viver minha filha”.

Novamente, como Lilian, perguntei “mãe eu posso contar contigo?”

E Lúcia disse “pode eu vou estar sempre aqui quando tu precisares de mim, até pra te dar colo quando tu precisares”.

Saí, então, do papel de Lilian e pedi a Lúcia para também sair do papel. Em seguida a questioneei sobre a vivência daquele dia e, ela disse “eu me sinto aliviada e mais segura pra ajudar a Lilian. Eu tenho que simplesmente ser quem eu sou, e me mostrar presente, sem ficar toda hora perguntando como ela está”.

ANEXO III

IDH – INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, paciente de Maristela Rossi, médica, CRM 17282, RG 4029503648, aluna do IDH - Instituto de Desenvolvimento Humano, no Curso de Especialização em Sociopsicodrama, nível I, em parceria com a IMED – Complexo de Ensino Superior Meridional, declaro que estou esclarecida dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa, “*A construção de imagens no manejo das disfunções sexuais femininas*” para o estudo, com a publicação e/ou apresentação dos dados coletados, desde que sejam respeitados os princípios éticos que me foram apresentados pelo pesquisador responsável, a saber:

- O participante tem o livre arbítrio para aderir ou desistir, a qualquer momento, do processo da pesquisa;
- O anonimato do participante será mantido em todos os registros da pesquisa;
- Não serão publicados dados que possam identificar o participante, bem como de pessoas citadas por ele;
- A fonte dos dados encaminhados por via e-mail será de consentimento apenas do pesquisador e do professor do módulo temático, ficando sob a responsabilidade destes, apagar a identidade do informante antes de divulgar esses dados;
- A privacidade do participante será respeitada durante o processo, evitando exposição desnecessária ou situações que possam causar constrangimento;
- Não serão publicados dados que o participante não libere para divulgação;
- O participante não será exposto a riscos de nenhuma natureza que possa ferir sua integridade física, mental e emocional;
- Serão respeitadas as expressões culturais e sentimentais dos participantes em relação ao objeto do estudo;
- As expressões dos participantes que envolvam catarse também não serão julgadas, e somente serão utilizadas caso sejam pertinentes ao objeto do estudo;
- O processo da pesquisa não poderá interferir no cotidiano da vida do participante e do local onde está sendo feita a pesquisa;
- Todos os momentos de interação, pesquisador-pesquisado, serão acordados com antecedência entre ambos a cada final de encontro;
- O estudo será apresentado de forma fidedigna, sem distorções de dados;
- Os resultados da pesquisa serão apresentados ao final da mesma, em forma escrita e em defesa pública, nas dependências da universidade;
- Os dados obtidos poderão ser divulgados em outros meios tais como palestras e/ou publicados em periódicos.

Paciente RG: _____

Maristela Rossi (pós-graduanda)
Contato: mcmrossi@gmail.com

Professora Orientadora Márcia Pereira Bernardes
Contato: bernardesmarcia@hotmail.com

Gramado, _____ de _____ de 2012