

Percepção de dor e comportamento sexual: Aspectos psicológicos⁽¹⁾

POR

CARLOS LOPES PIRES* e NATÁLIA RAMOS**

Incidindo em aspectos relativos à percepção de dor em contexto sexual, os autores descrevem várias implicações da psicologia da dor para uma compreensão mais adequada e global das dificuldades sexuais-emocionais.

Os autores argumentam que a influência da dimensão psicológica no comportamento sexual é frequentemente sub-estimada ou excessivamente simplificada em sexologia clínica e defendem, por conseguinte, a sua mais correcta valorização.

INTRODUÇÃO

Subjacente a qualquer modelo ou teoria do comportamento humano, estará a necessidade de melhor compreender, dum ponto de vista científico, a natureza do próprio comportamento. Tal torna-se perfeitamente evidente quando se tratam de comportamentos «desconfortáveis» ou problemáticos do contexto sexual. Neste sentido, torna-se importante debater a adequação de modelos reducionistas versus modelos psicológicos do comportamento sexual-emocional. E uma das grandes questões que se poderá colocar será esta: «é o modelo médico de doença adequado a este contexto?»

Poder-se-á talvez argumentar que, depois dos estudos de Masters & Jonhson (entre outros), o modelo médico não tem tido grande utilização conceptual em sexologia. Esta é, no entanto, uma conclusão precipitada. Com efeito, mesmo entre os terapeutas do comportamento, se pode perceber a persistência negativa dum tal modelo, facto este descrito por Albert Bandura já em 1978.

Duma forma subtil, o modelo médico de doença está presentemente na prática da sexologia clínica, ao aceitar-se a existência de descontinuidade psicopatológica. A própria DMS-III institucionaliza esta concepção e prática da sexologia clínica sob a designação de desordens psico-sexuais, em que se inclui o grupo das disfunções psico-sexuais, a saber: a) desejo sexual inibido; b) excitação

sexual inibida; c) orgasmo feminino inibido; d) orgasmo masculino inibido; e) ejaculação prematura; f) dispareunia funcional; g) vaginismo funcional; h) disfunção psico-sexual atípica.

Ao aceitar-se que existem pessoas sexualmente disfuncionais e pessoas sexualmente não-disfuncionais, ao invés de se aceitar que o que existem são pessoas com graus diversos de comportamento sexual problemático, acaba por aceitar-se um modelo de doença aplicado ao comportamento sexual.

Uma consequência de tal modelo é o de reduzir a pessoa ao seu problema. Isto é, deixamos de ter a pessoa X para termos o «doente-doença-tal». Directamente relacionado com este aspecto, está um outro não menos importante: a sexualidade não pode ser percebida como uma área distinta de outras áreas do comportamento humano. E assim acontece que factores culturais, sociais e económicos se entrecruzam e influenciam o próprio comportamento sexual. Neste sentido, uma investigação de Frank & al. (1978) demonstrou que casais que se consideram a si próprios livres de problemas sexuais podem no entanto evidenciar alguns dos comportamentos apresentados por outros considerados disfuncionais. Daí que, algo mais que o sexo leva as pessoas a perceberem-se em dificuldade ou a necessitar de tratamento. Igualmente, algo mais que o sexo dos clientes parece levar os terapeutas a rotularem esses mesmos clientes como disfuncionais. Como refere Marcie Kaplan (1983),

(¹) Comunicação apresentada no «I Congresso Nacional de Sexologia», realizado em Lisboa de 8 a 10 de Novembro de 1984.

* Psicólogo, Assistente da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

** Psicóloga da Associação Portuguesa de Pais e Amigos das Crianças Diminuídas Mentais, Delegação de Coimbra.

1. *Experiência de dor no relacionamento sexual-emocional*

Ao abordarmos a ocorrência de acontecimentos dolorosos no relacionamento sexual-emocional teremos de considerar uma vasta gama de acontecimentos possíveis. Assim, o relatório Hite (1976) sobre a sexualidade feminina revela que apenas cerca de 10% das mulheres abordadas nunca tiveram problemas de mal-estar físico (geralmente dor) durante a relação. É claro que diversos desses problemas de dor se relacionam com aspectos basicamente ginecológicos ou orgânicos. No entanto, como o demonstram os trabalhos de Fordyce & al., estes aspectos revestem-se de grande importância para a abordagem psicológica ou comportamental dos problemas de dor.

2. *Dessincronia sexual-emocional e medo da dor*

Dum ponto de vista psicológico, poderemos conceber a experiência sexual-emocional em três componentes:

1. o componente cognitivo
2. o componente fisiológico
3. o componente motor.

Esta é, de facto, a base conceptual geralmente aceite para descrever os diversos tipos de comportamento emocional, como é o caso das respostas fóbicas (Rachman & Hodgson, 1974). Da mesma forma, poderemos aceitar que na experiência sexual-emocional ocorre frequentemente uma dessincronia entre aqueles três componentes. Assim, a excitação sexual não se acompanha sempre de satisfação subjectiva ou de comportamentos de aproximação e envolvimento no relacionamento sexual.

Factores perturbadores da sincronia sexual-emocional

1 — A dor	Resultante de:	
	— Ansiedade (proveniente de ignorância, etc.)	
	— Problemas orgânicos/ginecológicos	
	— Envolvimento sexual-emocional inadequado (ex. sem preliminares)	
2 — Genérica e reforçada pelo conjugue/parceiro/a (Ref. negativamente)	3 — Ansiedade/Medo Desinteresse	
Consequências gerais		
4 — Evitamento (comportamento)	Desconforto físico (fisiológico)	Aversão/Nojo (cognitivo)

FIG. 2

Na figura 2 pode-se observar uma descrição de como poderemos conceber a percepção de dor no comportamento sexual-emocional e em que uma relação satisfatória se caracteriza por uma sincronia perfeita entre os três componentes. Deste modo, sugerimos que, quando tal se não concretiza, se criaram condições de dessincronização problemática naqueles componentes.

Uma multiplicidade de factores tem sido provocada para dar conta do desconforto físico frequentemente presente no relacionamento sexual-emocional. Factores como a ignorância, o medo, a culpabilidade ou experiências traumáticas têm sido invocadas (Kolodgny, Masters & Johnson, 1979). Tradicionalmente, os problemas de dor têm sido referidos nas rubricas vaginismo e dispareunia masculina e feminina. De acordo com vários autores, os problemas de dor parecem incidir mais nas mulheres que nos homens (Gillan & Gillan, 1976; Wincze, 1981; Kolodgny, Masters & Johnson, 1979). Porém, na presente abordagem, incluímos experiências de dor fora das zonas genitais. Assim no n.º 2 da figura 2 encontramos a ocorrência de percepção de dor em diferentes zonas do corpo. Sanders (1979) dá o exemplo da mulher que evita o relacionamento sexual com o marido queixando-se de dores de estômago. Casos idênticos foram descritos por Fordyce (1974). Nestes casos, as queixas de dores são conceptualizadas como sendo reforçadas negativamente pelas suas consequências — i.e. o evitamento da relação sexual.

Há contudo experiências de dor bem diferentes e que se caracterizam por alterações mais de tipo sexual-emocional. Aqui englobaríamos experiências de dor resultantes de alterações fisiológicas, mediadas pela percepção de ameaça, como:

- 1.º — Relacionamento sexual em condições de risco (ex: medo de engravidar, medo de ser apanhado/a em flagrante, medo de infringir convicções morais ou religiosas);
- 2.º — Relacionamento sexual sem preliminares;
- 3.º — Relacionamento sexual por obrigação matrimonial.

E outros exemplos poderiam ser dados.

Saliente-se, por outro lado, que estas experiências de dor poderão consistir em simples fenómenos de condicionamento respondente em que esteve quase sempre presente uma irritação ou desordem física (como o caso descrito por Gillan & Gillan, 1976, de uma senhora que, após um período de infecções vaginais acompanhadas de dor, e apesar de curada daquele problema, continuou a experimentar dores durante o coito). Isto é, após o desaparecimento da base orgânica para a

a partir de Freud, as mulheres que experimentavam orgasmos clitorianos eram consideradas com atraso no seu desenvolvimento psicológico. Porém, a partir de 1966, em consequência dos trabalhos de Masters & Jonhson, estas mulheres passaram a ser consideradas normais!...

Conceptualizações mais adequadas e menos classificadoras das pessoas têm sido propostas por diversos autores. Wincze (1981) apresenta um modelo em que se postula uma continuidade do comportamento sexual, indo do gozo/satisfação ao desconforto sexual (Fig. 1).

Como pode observar-se, este modelo retira ênfase às abordagens protocolares da terapia sexual, centrando-se na importância do planea-

mento de programas de modificação individual, para além da queixa apresentada.

Esta conceptualização, por outro lado, é mais vasta quanto à inclusão de factores influenciadores do comportamento sexual, situando-se nos parâmetros daquele princípio comportamental, segundo o qual o que é importante não é o diagnóstico do problema em si mesmo, mas a identificação dos factores reguladores do comportamento problemático, o que é crucial para a modificação dum dado comportamento.

Iremos seguidamente centrar a nossa atenção numa área específica do desconforto sexual: a ocorrência de experiências de dor em contexto sexual-emocional.

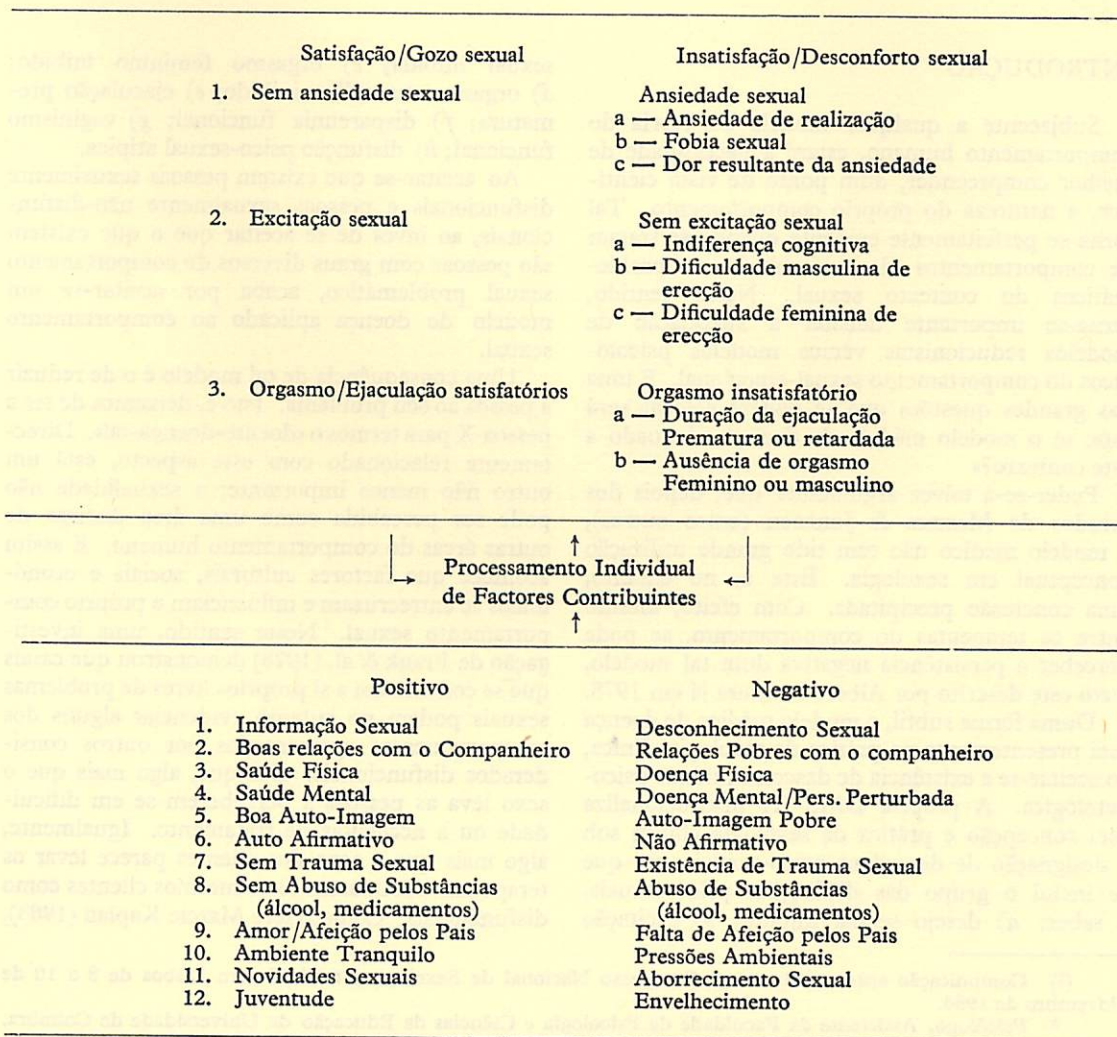


FIG. 1 — Modelo de problemas sexuais (J. WINCZE, 1981)

1. *Experiência de dor no relacionamento sexual-emocional*

Ao abordarmos a ocorrência de acontecimentos dolorosos no relacionamento sexual-emocional teremos de considerar uma vasta gama de acontecimentos possíveis. Assim, o relatório Hite (1976) sobre a sexualidade feminina revela que apenas cerca de 10% das mulheres abordadas nunca tiveram problemas de mal-estar físico (geralmente dor) durante a relação. É claro que diversos desses problemas de dor se relacionam com aspectos basicamente ginecológicos ou orgânicos. No entanto, como o demonstram os trabalhos de Fordyce & al., estes aspectos revestem-se de grande importância para a abordagem psicológica ou comportamental dos problemas de dor.

2. *Dessincronia sexual-emocional e medo da dor*

Dum ponto de vista psicológico, poderemos conceber a experiência sexual-emocional em três componentes:

1. o componente cognitivo
2. o componente fisiológico
3. o componente motor.

Esta é, de facto, a base conceptual geralmente aceite para descrever os diversos tipos de comportamento emocional, como é o caso das respostas fóbicas (Rachman & Hodgson, 1974). Da mesma forma, poderemos aceitar que na experiência sexual-emocional ocorre frequentemente uma dessincronia entre aqueles três componentes. Assim, a excitação sexual não se acompanha sempre de satisfação subjectiva ou de comportamentos de aproximação e envolvimento no relacionamento sexual.

Factores perturbadores da sincronia sexual-emocional

- | | |
|-----------|---|
| 1 — A dor | Resultante de: |
| | — Ansiedade (proveniente de ignorância, etc.) |
| | — Problemas orgânicos/ginecológicos |
| | — Envolvimento sexual-emocional inadequado (ex. sem preliminares) |

- | | |
|--|---------------------------------|
| 2 — Genérica e reforçada pelo conjugue/parceiro/a (Ref. negativamente) | 3 — Ansiedade/Medo Desinteresse |
|--|---------------------------------|

Consequências gerais

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 4 — Evitamento (comportamento) | Desconforto físico (fisiológico) | Aversão/Nojo (cognitivo) |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------|

FIG. 2

Na figura 2 pode-se observar uma descrição de como poderemos conceber a percepção de dor no comportamento sexual-emocional e em que uma relação satisfatória se caracteriza por uma sincronia perfeita entre os três componentes. Deste modo, sugerimos que, quando tal se não concretiza, se criaram condições de dessincronização problemática naqueles componentes.

Uma multiplicidade de factores tem sido provocada para dar conta do desconforto físico frequentemente presente no relacionamento sexual-emocional. Factores como a ignorância, o medo, a culpabilidade ou experiências traumáticas têm sido invocadas (Kolodgny, Masters & Johnson, 1979). Tradicionalmente, os problemas de dor têm sido referidos nas rubricas vaginismo e dispareunia masculina e feminina. De acordo com vários autores, os problemas de dor parecem incidir mais nas mulheres que nos homens (Gillan & Gillan, 1976; Wincze, 1981; Kolodgny, Masters & Johnson, 1979). Porém, na presente abordagem, incluímos experiências de dor fora das zonas genitais. Assim no n.º 2 da figura 2 encontramos a ocorrência de percepção de dor em diferentes zonas do corpo. Sanders (1979) dá o exemplo da mulher que evita o relacionamento sexual com o marido queixando-se de dores de estômago. Casos idênticos foram descritos por Fordyce (1974). Nestes casos, as queixas de dores são conceptualizadas como sendo reforçadas negativamente pelas suas consequências — i.e. o evitamento da relação sexual.

Há contudo experiências de dor bem diferentes e que se caracterizam por alterações mais de tipo sexual-emocional. Aqui englobaríamos experiências de dor resultantes de alterações fisiológicas, mediadas pela percepção de ameaça, como:

1.º — Relacionamento sexual em condições de risco (ex: medo de engravidar, medo de ser apanhado/a em flagrante, medo de infringir convicções morais ou religiosas);

2.º — Relacionamento sexual sem preliminares;

3.º — Relacionamento sexual por obrigação matrimonial.

E outros exemplos poderiam ser dados.

Saliente-se, por outro lado, que estas experiências de dor poderão consistir em simples fenómenos de condicionamento respondente em que esteve quase sempre presente uma irritação ou desordem física (como o caso descrito por Gillan & Gillan, 1976, de uma senhora que, após um período de infecções vaginais acompanhadas de dor, e apesar de curada daquele problema, continuou a experimentar dores durante o coito). Isto é, após o desaparecimento da base orgânica para a

dor, a pessoa continua a sentir dor. Este tipo de situação é, de resto, genérica aos problemas de percepção exagerada de dor e, ainda recentemente, Lethem & al. (1983) elaboraram um modelo de percepção exagerada de dor baseado no conceito de dessincronia entre as dimensões sensorial ou física e a emocional. Para aqueles investigadores, o factor psicológico responsável por esta dessincronia é o medo da dor.

Também no que respeita à área sexual-emocional poderemos encontrar situações deste tipo. Isto é, situações em que a experiência de dor é de tal modo antecipada, que leva efectivamente a pessoa a sentir-se desconfortável e a evitar qualquer contacto sexual-emocional.

No modelo de Lethem & al. (1983) esta estratégia de evitamento furta a pessoa a um processo de exposição levando, deste modo, a uma manutenção ou exagero do próprio medo e, consequentemente, da percepção de dor.

Paralelamente, podemos observar que, na dimensão cognitiva, a pessoa tende a criar fantasias desagradáveis sobre o sexo, a racionalizar argumentos contra o mesmo, ou a imaginar simplesmente a dor que lhe virá do contacto sexual-emocional. Por outras palavras, a pessoa cria auto-expectativas aversivas quanto ao seu relacionamento sexual-emocional.

Em síntese, poderemos observar uma dessincronia sexual-emocional quando, na ausência de base sensorial ou física de dor a pessoa manifesta, no entanto, comportamento de dor em qualquer dos três componentes:

1. Experiência de dor
2. Comportamento de dor
3. Respostas fisiológicas de dor.

Além disso, estes componentes não variam sempre no mesmo sentido e, deste modo, podemos encontrar pessoas que evitam qualquer contacto sexual-emocional e podem, mesmo, ter dores fora de qualquer relacionamento sexual-emocional directo, havendo outras que não evitam esse relacionamento apesar de esperarem ter dores (neste caso, uma estratégia de evitamento adaptativa mas talvez inadequada, consiste em utilizar distacções cognitivas do acto sexual-emocional).

Finalmente, dum ponto de vista psicológico, ainda poderemos considerar vários factores pessoais facilitadores da manutenção de dor, pelo evitamento sistemático do relacionamento sexual-emocional (baseado em Lethem & al., 1983):

1. *Acontecimentos stressantes*

(Acontecimentos externos ao relacionamento sexual-emocional que tornam a pessoa mais passiva

e, consequentemente, mais propensa a responder passivamente à dor);

2. *História pessoal de dor*

(As experiências prévias de dor em geral, bem como o número e severidade dos episódios prévios, influenciam a intensidade do medo desencadeado e a natureza da estratégia de enfrentamento da dor adoptada);

3. *Estratégias pessoais de enfrentamento*

(As pessoas variam quanto às estratégias pessoais de enfrentamento para fazer face à dor, independentemente da sua origem);

4. *Personalidade*

(Aqui poderemos considerar vários aspectos:

- a) efeito de reforço específico-pessoas de tendência hipocondríaca são mais reforçadas por queixas genuínas de dor;
- b) efeito reforço geral-pessoas de tendência histérica são mais reforçadas por atenção contingente à sua experiência sensorial de dor;
- c) efeito de humor-indivíduos deprimidos têm mais probabilidade de responderem com evitamento à dor).

Implicações terapêuticas

Se nos basearmos nesta abordagem teremos, forçosamente, de encarar o comportamento sexual-emocional como muito complexo e intrinsecamente ligado ao funcionamento psicológico global do indivíduo. Assim, consistentemente com outras abordagens psicológicas da Sexologia clínica (Wincze, 1981; Barlow, 1977; Américo Baptista, 1981) sugerimos que na modificação dos problemas de percepção de dor em contexto sexual-emocional se tenha em conta a análise da contribuição dos componentes fisiológicos, cognitivo e motor para esses mesmos problemas.

Na figura 3 apresentamos um modelo descritivo de comportamentos problemáticos ao nível dos três componentes e suas relações possíveis com os aspectos terapêuticos: É evidente que as técnicas apresentadas são apenas exemplos e, por outro lado, excluem-se as técnicas protocolares, mais conhecidas no âmbito das terapias sexuais. A razão está na ênfase que na presente abordagem se pretende dar à análise funcional dos problemas, abordagem esta mais consentânea com os princípios comportamentais.

Áreas Problemáticas do Comportamento Sexual Emocional		Modificação do comportamento
— Componentes/Dimensões	Ex. (alteração de:)	Técnicas
	— Estratégias de enfrentamento (evitamento-confrontação)	— Informação
— Cognições	— Diálogo interno problemático (ex. expectativas desastrosas)	— Reestruturação cognitiva
	— Evitamento cognitivo (distracção)	— Modelamento coberto
	— Fantasias aversivas	— Desensibilização
		— Outras
— Fisiológico/Orgânico	Ex. (alteração de:)	— Relaxamento
	— Contração excessiva de zonas musculares	— Desensibilização
	— Aumento vascular excessivo	— Biofeedback
		— Outras
— Comportamento	Ex. (alterações de:)	— Correção das contingências de reforço
	— Comportamentos de afastamento (recusa, respostas de tipo fóbico)	— Planeamento das cadeias comportamentais operantes
	— Evitamento activo	— Treino de aptidões sociais
	— Comportamentos irrelevantes (fazer malha, TV, leitura)	— Auto-controlo
	— Evitamento activo	— Outras

FIG. 3

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A abordagem em terapia sexual não deverá reduzir-se à forma simplista como muitas vezes é encarada, mas deverá ter em consideração toda uma complexidade de factores e dimensões, nomeadamente, uma maior valorização da dimensão e componentes psicológicos.

A análise e tratamento de problemas relacionados com a percepção de dor em contexto sexual-emocional ilustra a elevada complexidade de factores psicológicos que podem estar envolvidos na sua correcta avaliação.

Summary

The work refers to several aspects of the perception of pain in a sexual context.

Authors describe the variable implications of the psychology of pain aiming for a more global and adequate understanding of sexual-emotional difficulties.

They say that the influence of psychological dimension in sexual behaviour is frequently neglected as excessively simplified in clinical sexology, therefore suggesting more accurate evaluation.

BIBLIOGRAFIA

- BARLOW D. — *Assessment of Sexual Behavior*, in R. Ciminero, K. Calhoun & E. Adams (Edts.), «*Handbook of Behavior Assessment*», New York, Wiley, 1977.
- FORDYCE, W. — *Behavioral methods for chronic pain and illness* — St. Louis, Mosby, 1976.
- GILLAN, P. & GILLAN, R. — *A terapia sexual*, Edições 70, Lisboa, 1978.
- KAPLAN, M. — *A womans view of DMS-III* — «*American Psychologist*», 6, 786-792, 1983.

- KOLODNY, R., MASTERS, W. & JOHNSON, V. — *Textbook of Sexual Medicine* — Little, Brown and Company, Boston, 1979.
- LETHEM, O., SLADE, P., TROUP, J. & BENTLEY, G. — *Outline of a fearavoidance model of exaggerated pain perception*, in «Behaviour Research and Therapy», Vol. 21, n.º 4, pp. 401-408, 1983.
- RACHMAN, S. & HODGSON, R. — *Syncron and desyncrony in fear and avoidance*, in «Behaviour Research and Therapy», 12, 311-318, 1974.
- SANDERS, S. — *Behavioral assessment and treatment of clinical pain appraisal of current status*, in M. Hersen, R. Eisler & P. Miller (eds.), «Progress in Behavior Modification», Vol 8, Academic Press, 1979.
- WINCZE, J. — *Sexual dysfunction Distress and Dissatisfaction*, in S. Turner, K. Calhoun & H. Adams (eds.), «Handbook of Clinical Behavior Therapy», New York, Wiley, 1981.