



**Especialização em Psicologia
Clínica – Análise Bioenergética**

LIGARE – Centro de Psicoterapias Corporais

Cintia Gabriel de Oliveira Kanievski

Contribuição da análise bioenergética no tratamento do vaginismo

Americana, SP
2020

LIGARE – Centro de Psicoterapias Corporais

Cintia Gabriel de Oliveira Kanievski

Contribuição da análise bioenergética no tratamento do vaginismo

Monografia apresentada ao Ligare - Centro de Psicoterapias Corporais, como exigência parcial para conclusão do curso de Especialização em Psicologia Clínica - Análise Bioenergética.

Orientadora: Profa. Ms. Odila Weigand

DEDICATÓRIA

A minha professora e terapeuta Marli Carolina Bonine, por acreditar em mim e me fazer perceber a importância de confiar em mim e nas minhas potencialidades.

A minha paciente B. Ap. M. S, por despertar o interesse e a importância de estudar sobre o assunto.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores do Instituto Ligare, pelos ensinamentos e conhecimentos compartilhados no decorrer do curso e pela paciência e incentivo no nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos amigos conquistados durante o curso, pela confiança, pelo carinho, pelas experiências, risadas, lágrimas e aprendizados compartilhados.

Ao meu marido Wagner de Mello Kanievski e meus filhos Raul e Caio, pelo apoio, paciência e compreensão, principalmente nos momentos em que não pude compartilhar com vocês.

“O amor, o trabalho e o conhecimento são as fontes da nossa vida. Deveriam também governá-la.”

Wilhelm Reich

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo ampliar os conhecimentos sobre sexualidade e vaginismo, apresentar a Análise Bioenergética, para assim propor algumas técnicas terapêuticas que podem contribuir no tratamento do vaginismo. A sexualidade humana é o principal polo estruturante da identidade e da personalidade do indivíduo. Os preconceitos, a desinformação, as repressões e proibições sobre sexualidade afetam a saúde sexual e psíquica do ser humano. O presente trabalho buscou compreender a importância da sexualidade na saúde mental do ser humano e as disfunções sexuais, em especial o vaginismo, pela visão da Análise Bioenergética, para isso apresentou alguns dos seus conceitos teóricos. A Análise Bioenergética difere das outras formas de psicoterapia em razão do componente somático de sua abordagem teórica e do trabalho ativo sobre o corpo nas intervenções terapêuticas. Entende o indivíduo como uma unidade psicossomática, o que afeta a mente afeta o corpo e vice-versa. Um dos principais conceitos é o de couraça, tensões musculares crônicas que a pessoa desenvolve como defesa contra a angústia, raiva, excitação sexual e todos os impulsos que podem ser perigosos. O resultado é a limitação da capacidade de sentir, perceber e expressar, e, também, o controle do fluxo de energia. Espera-se que esse trabalho possa mostrar o quanto a Análise Bioenergética, através dos exercícios bioenergéticos tem muito a contribuir para as mulheres com Vaginismo, uma vez que tem o objetivo de ajudar as pessoas a manter contato com as tensões, identificar-se com seu corpo, aumentando a capacidade de sentir o corpo e compreender a sua história registrada nele, promover a autoexpressão e a sexualidade.

Palavras-chave: Sexualidade, Vaginismo, Análise Bioenergética.

ABSTRACT

The objective of this paper is to expand the knowledge about sexuality and vaginismus, to present Bioenergetic Analysis and propose some techniques that may contribute for the treatment of vaginismus. Human sexuality is the main structural element of someone's identity and personality. Prejudices, disinformation and repression affect sexual and psychic health. In this study we try to perceive the importance of sexuality in mental health and vaginismus as a sexual disfunction, in the perspective of Bioenergetic Analysis. Some theoretical concepts were presented for this purpose. Bioenergetic Analysis differs from other forms of psychotherapy for its somatic theoretic aspect and the active work with the body. One of the main concepts is the muscular armor developed to protect against anxiety, anger, sexual excitement and impulses considered dangerous by the Ego. The result is a limitation in the capacity to feel, perceive and express emotions, as well as limit the energy flow in the body. We intend to show that Bioenergetic Analysis exercises can contribute to the improvement of Vaginismus, since these exercises aim to help people to maintain contact with body tensions, to create an identification with the body increasing the capacity to feel the body and understand the life history registered in the body, promoting self expression and sexuality.

Key-Words: Sexuality, Vaginismus, Bioenergetic Analysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
SEXUALIDADE E VAGINISMO	12
ANÁLISE BIOENERGÉTICA	20
Grounding.....	23
Respiração	25
A Análise do caráter.....	26
1- Estrutura de Caráter Esquizoide:.....	26
2- Estrutura de Caráter Oral:	27
3- Estrutura de Caráter Psicopático:.....	28
4- Estrutura de Caráter Masoquista:	29
5- Estrutura de Caráter Rígido:	29
PROPOSTA TERAPÊUTICA UTILIZANDO A ANÁLISE BIOENERGÉTICA NO VAGINISMO.....	32
FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO VAGINISMO	36
Anamnese.....	36
Tratamento fisioterapêutico proposto.....	37
Cone vaginal	38
Exercícios de Kegel	38
Biofeedback.....	38
Eletroestimulação.....	39
Trabalho manual (toque bidigital).....	39
Orientações Domiciliares.....	40
TRATAMENTO: EXPERIÊNCIA COM UMA PACIENTE COM DIAGNÓTICO DE VAGINISMO.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
BIBLIOGRAFIA	45

INTRODUÇÃO

A sexualidade humana é tema considerado tabu pela nossa sociedade e seu exercício é norteado por mensagens ambíguas, ora por liberdade sexual e ora por repressão e proibição.

Os cursos de Psicologia e outros cursos da área de saúde são bastante insuficientes quanto ao ensino do tema da sexualidade e das disfunções sexuais, e mesmo que nos últimos anos as pesquisas estão dando maior atenção para o tema (Abdo, 2010), os casos que chegam aos consultórios e demais locais que se dedicam ao atendimento das disfunções sexuais não são devidamente considerados em sua importância.

Os preconceitos e a desinformação sobre sexualidade afetam a saúde sexual e psíquica do ser humano. Reich (1975, pág. 15- 21), afirma que:

“[...] as enfermidades psíquicas são o resultado de uma perturbação da capacidade natural de Amar”, sendo que o “conhecimento, trabalho e o amor natural são as fontes da nossa vida”.

Para Lowen (1986), a sexualidade é a chave do ser e, também, a chave para a personalidade. Ao dizer isso, Lowen refere-se ao sentir e às sensações do corpo. Quando a pessoa sente-se bem a respeito do seu corpo e identifica-se com ele, consegue aceitar suas sensações e respeitá-las, a sexualidade é acompanhada de orgulho pelo próprio corpo e pela própria natureza animal. Quando a pessoa apresenta alguma deficiência nesse sentir, pode apresentar, principalmente, dificuldades na capacidade de autoexpressão e de lidar com o prazer, e, de forma inconsciente, essas dificuldades influenciam seu comportamento diante das situações.

Sendo assim, todas as atitudes supressoras, como proibições, punições e discriminações da sexualidade, contribuem para as perturbações psíquicas e somáticas.

A sexualidade feminina por muito tempo esteve ligada à procriação, e o papel da mulher à maternidade e aos serviços domésticos. Apesar do espaço conquistado no mercado de trabalho e na sociedade, a mulher ainda é a maior vítima de repressão, violência e discriminação por parte da sociedade, no que diz respeito à sexualidade, tornando o seu exercício bastante difícil.

Dessa forma, as mulheres são as que mais sofrem consequências dessa educação repressora e tem trazido aos consultórios diversos problemas de relacionamento que afetam não só a vida sexual, mas a ela como um todo. Entre eles o Vaginismo.

Meu interesse pelo Vaginismo surgiu na prática clínica, ao receber uma paciente com essa disfunção sexual. Senti a necessidade de me aprofundar sobre o tema que é muito pouco conhecido e abordado, apesar de afetar um número considerável de pessoas.

Segundo Nery (1984), citado por Melina Serra (2009), 17% das mulheres atendidas em clínica por psicólogos entre 1979 e 1981 no estado de São Paulo, apresentaram queixas de vaginismo. Abdo (2001) relata que, segundo os dados do Projeto Sexualidade (PROSEX) da Universidade de Medicina de São Paulo, entre 1993 e 1998, 3,1% dos casos de disfunções sexuais femininas, eram diagnosticados como vaginismo. Porém as estatísticas disponíveis não traduzem a real incidência do quadro. Apesar dos números, ainda é considerado um quadro raro para alguns médicos, devido às dificuldades no diagnóstico.

A busca por ajuda pode ser feita em várias fontes: médicos, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas. Já o diagnóstico só poderá ser estabelecido através de exame pélvico, avaliação orgânica (exames), psicossocial e social.

As principais dificuldades encontradas para diagnosticar o vaginismo são a falta de informação a respeito da disfunção, a dificuldade do paciente assumir sua condição para a sociedade por sentimentos de vergonha e humilhação, a negligência por parte do médico e equipe da saúde na coleta de informações, a displicência em tratar o caso e os preconceitos e desinformação sobre a sexualidade.

O vaginismo, segundo Valins (1951, pág. 32), é:

“[...] uma contração involuntária dos músculos, recorrentes e persistentes que cercam a entrada da vagina. Ocorre sempre que se tenta introduzir na vagina qualquer objeto (dedo, tampão), inclusive o pênis. Na maioria das vezes, o espasmo limita-se à abertura da vagina, mas muitas mulheres também têm espasmos dos músculos das coxas, do ânus, do abdômen e das nádegas”.

Lowen (1986) nos diz que todos os conflitos emocionais inconscientes estão estruturados no corpo e ficam registrados na forma de tensões musculares crônicas, que tem tanto efeito quantitativo quanto qualitativo na vida das pessoas. Estas tensões constituem os padrões de contenções e esta é uma forma de controle. Isso pode determinar como a pessoa agirá diante das situações, com quais sentimentos e sensações responderá às situações e quais conseguirá suportar.

A Análise Bioenergética, desenvolvida por Lowen, segundo Weigand (2006), difere das outras formas de psicoterapia em razão do componente somático de sua abordagem teórica e do trabalho ativo sobre o corpo nas intervenções terapêuticas. Entende o indivíduo como uma unidade psicossomática, o que afeta a mente afeta o corpo e vice-versa.

Tem como objetivo melhorar as funções da mente, aumentando a energia corporal, buscando o equilíbrio do sistema nervoso autônomo e ajudando o indivíduo a vivenciar e expressar, adequadamente, prazeres e dores, alegrias e tristezas, medos e raivas, amor e sexualidade. O prazer de estar plenamente vivo, liberando as atitudes crônicas estruturadas no corpo.

Desta forma, surgiu o interesse de estudar o quanto a Terapia Corporal Bioenergética pode contribuir para o tratamento do Vaginismo.

O presente trabalho tem como objetivo ampliar os conhecimentos sobre sexualidade e vaginismo, apresentar a Análise Bioenergética, para assim propor algumas técnicas terapêuticas que poderão contribuir no tratamento do vaginismo.

SEXUALIDADE E VAGINISMO

Para Abdo (2010), a sexualidade humana é o principal polo estruturante da identidade e da personalidade do indivíduo, ela extrapola os limites da anatomia e da fisiologia, integra fatores biológicos, psicológicos, é fator social e cultural.

Para a Organização Mundial de Saúde:

“A sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida. A sexualidade não é sinônimo de coito e não se limita à presença ou não de orgasmo. Sexualidade é muito mais que isso. É energia que motiva a encontrar o amor, contato e intimidade, e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, noções e integrações, portanto, a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deve ser considerada como direito humano básico. A saúde sexual é a integração dos aspectos sociais, somáticos, intelectuais e emocionais de maneira tal que influenciam positivamente a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor.” (OMS, 2002)

Serra (2009) ressalta que o desenvolvimento da sexualidade é uma somatória do desenvolvimento sexual psicológico e da interação com o meio sociocultural, desde o nascimento e por toda a vida. A sexualidade não é só a busca de satisfação do desejo e do prazer físicos, mas também da necessidade emocional de proximidade e pertinência nos contatos humanos.

Reich (1975) aponta a importância da teoria de Freud na compreensão clínica da sexualidade. Ele mostrou que a sexualidade adulta é a sucessão de estágios do desenvolvimento sexual na infância, que consiste no estágio oral, anal, fálica, latência, puberdade e adolescência.

Kusnetzoff (1982) define o estágio oral como o período onde a fonte corporal de prazer predomina na zona bucal, do nascimento e se estende até um ano e meio. O objeto de amor é a pessoa (mãe) que o alimenta, proporciona segurança, contato, estímulos sensoriais e etc.

No estágio anal, segundo e terceiro ano de vida, a fonte pulsional corporal está localizada na mucosa anorretal e o controle dos esfíncteres serve de modelo para o controle motor em geral, sensação de domínio, prazer de expulsão ou retenção.

No estágio fálico, por volta dos três aos seis anos, a energia pulsional se concentra na região dos órgãos genitais, descoberta das diferenças sexuais, curiosidades sobre concepção, nascimento e relacionamentos estão presentes nessa fase e, principalmente, o Complexo do Édipo, onde as manifestações afetivas estão voltadas para relação entre a criança e seus pais. Após esse período, vem o período da latência, onde as pulsões sexuais são direcionadas para objetos reais concretos, aprendizados de operações matemáticas e gramáticas, e relações sociais com amigos e professores.

A puberdade é marcada pelo reemergir das pulsões edípicas, o interesse volta para o corpo e suas mudanças provocadas pela eclosão endócrino-somática, surgem sentimentos de angústias e dúvidas sobre o corpo, sexo e identidade. E por fim a adolescência, onde o amadurecimento físico proporciona a possibilidade de concretizar a sexualidade genital.

Lowen (1986) explica a sexualidade infantil, também segundo o pensamento psicanalítico, como todas as manifestações sexuais, do nascimento até a idade de seis anos, aproximadamente. O prazer erótico, que o bebê tem com a amamentação ou chupando o dedo, é considerado de natureza sexual. Entre três e cinco anos, a sexualidade infantil começa a focalizar-se nas genitálias. Há o aumento de excitação nessa região, podendo ocorrer atividades masturbatórias e curiosidades sexuais, porém difere da sexualidade adulta por não possuir o elemento da penetração e ejaculação.

Nesse período, entre três e sete anos, acontece o Complexo de Édipo. Nessa fase, a criança enfrenta sentimentos e sensações de atração pelo pró-genitor do sexo oposto. Apresentando manifestações emocionais de ciúmes, medo e hostilidade em relação ao pró-genitor do mesmo sexo. Os sentimentos de culpa também podem estar associados a essas manifestações.

Segundo Fenichel, citado em Lowen (1986):

"[...] o complexo de Édipo é sem dúvida um produto da influência familiar."

Sua forma específica dependerá da dinâmica da situação familiar. Essa dinâmica familiar também será determinante no sentimento de culpa, medo e raiva a respeito dos sentimentos e sensações dessa fase e na sua resolução que, teoricamente, seguirá no percurso do crescimento natural.

Esse primeiro desabrochar da sexualidade é em geral seguido por um período de aquietamento, período esse chamado de latência, que dura até a puberdade, quando inicia as atividades hormonais e a sexualidade começa a assumir sua forma adulta e os interesses são dirigidos para objetos fora de sua família.

Infelizmente, segundo Lowen (1986), em nossa cultura, esse desenvolvimento natural não ocorre sem distúrbio. O Complexo é reprimido e enterrado no inconsciente, mas continua ativo e influenciando no nosso comportamento, principalmente em forma de culpa, medo e supressão das sensações sexuais.

Segundo Reich (1975, pág. 103):

"[...] se as atividades sexuais não-genitais são reprimidas, a função genital se torna perturbada."

A supressão das sensações, explica Lowen (1986), desencadeia o desenvolvimento de tensão muscular crônica, iniciando o processo de couraça muscular, que seria a redução da mobilidade de uma parte do corpo. Sua consequência é a redução das sensações, como forma de defesa e proteção para evitar possíveis mágoas, medos e sofrimentos já vividos na infância. Em longo prazo, a couraça pode servir de base para a formação de sintomas, pois não permite a regulação de energia, carga e descarga, com isso, a tensão continua a aumentar.

Reich (1975) afirma que o funcionamento da vida depende do equilíbrio entre carga e descarga de energia no organismo. O desequilíbrio da energia é o que gera as doenças e essa formula também explica as disfunções sexuais.

Apesar de toda sua importância, a sexualidade ainda é considerada um tabu na nossa sociedade e é carregada de mensagens ambíguas.

Para Trindade e Ferreira (2008), a sexualidade feminina foi, e ainda é, objeto de proibições. Apesar de atualmente vivermos sob outros padrões de moral, ética e comportamento, uma vez que nossa sociedade recebeu forte influência da sociedade ocidental europeia, pautada na ética e na moral do Cristianismo. Nessa moral religiosa, a sexualidade é destinada à procriação, à geração de filhos e toda fantasia e atos sexuais são considerados pecaminosos, fonte de culpa e garantia de castigo.

Segundo Reich (1975), a distorção social da sexualidade e a sua supressão nas crianças e nos adolescentes são condições humanas universais e estão presentes em todas as classes ou camadas da população. A causa de muitos males pode ser determinada pelo fato de que o homem é a única espécie que não satisfaz a lei natural da sexualidade. As perturbações psíquicas e somáticas são consequências dessa negação da atividade vital.

De acordo com Abdo (2010), a associação entre os modelos de ciclo de resposta sexual de Masters e Johnson (1979) e de Kaplan (1977) estabeleceram os critérios para diagnóstico dos transtornos da sexualidade.

Segundo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), as disfunções sexuais seriam “uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual ou a presença de dor ou desconforto associado à relação sexual”. E para a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), “[...] dizem respeito às diferenças e manifestações segundo as quais um indivíduo é incapaz de participar numa relação sexual, como ele ou ela desejaria” e o Vaginismo (F52.5) é definido como “espasmo involuntário, recorrente ou persistente da musculatura do terço inferior da vagina, que interfere no intercuro sexual”. No DSM-5, o Vaginismo está no 302-76 como Transtorno da Dor Genito-Pélvica/Penetração e sua definição é praticamente a mesma.

Para compreender melhor, acrescento a definição de Valin (1951):

“Vaginismo é uma contração involuntária dos músculos, recorrentes e persistentes que cercam a entrada da vagina. Ocorre sempre que se tenta introduzir na vagina qualquer objeto (dedo, tampão), inclusive o pênis. Na maioria das vezes, o espasmo limita-se à abertura da vagina, mas muitas mulheres também têm espasmos dos músculos das coxas, do ânus, do abdômen e das nádegas”.

O CID 10 e o DSM-5 dividem em subtipos as disfunções sexuais. Os subtipos do vaginismo são apresentados como:

- Tipo ao longo da vida: quando se manifesta pela primeira vez durante as tentativas iniciais de penetração sexual (parceiro ou exame ginecológico);
- Tipo adquirido: resultado de um trauma sexual ou a uma condição medica geral;

- Tipo generalizado: ocorre em qualquer tentativa de penetração vaginal, como, por exemplo, na relação sexual e no consultório do ginecologista;
- Tipo situacional: ocorre apenas em situação específica como, por exemplo, tentativa de penetração pelo parceiro;
- Devido a fatores psicológicos: são decorrentes de questões emocionais;
- Devido a fatores combinados: ocorre em consequência de pelo menos dos fatores: psicológicos e condição médica.

Na década de 1960, segundo Abdo (2010), o casal de terapeutas sexuais Masters e Johnson formulou um modelo para compreensão da resposta sexual humana, constituído por um ciclo com quatro fases:

- Fase I – Excitação: etapa da estimulação psicológica e/ou fisiológica para o ato sexual. Dura de minutos a horas;
- Fase II – Platô: corresponde a um período de excitação contínua, a qual se prolonga de 30 segundos a vários minutos;
- Fase III – Orgasmo: descarga de intenso prazer, com duração de 3 a 15 segundos;
- Fase IV – Resolução: estado subjetivo de bem-estar que se segue ao orgasmo, prolongando de minutos a horas e se caracterizando, especialmente nos homens, por um período refratário, ou seja, quando o organismo necessita de repouso, não aceitando mais estimulação sexual.

Klaplan (1979) questionou tal modelo e ressaltou a importância do desejo como “gatilho” para deflagração do ciclo de resposta sexual. O referido ciclo também constitui quatro fases:

- Fase I – Desejo: fantasia e interesse pela atividade sexual;
- Fase II – Excitação: prazer e respectivas mudanças fisiológicas;
- Fase III – Orgasmo: descarga de intenso prazer;
- Fase IV – Resolução: estado subjetivo de bem-estar que se segue ao orgasmo, prolongando de minutos a horas e se caracterizando, especialmente nos homens,

por um período refratário, ou seja, quando o organismo necessita de repouso, não aceitando mais estimulação sexual.

Para Reich (1975), o orgasmo é dividido em quatro fases:

- Fase I – Excitação: inclui qualquer forma de excitação;
- Fase II – Continuação da Excitação: representa o crescimento de uma carga;
- Fase III – Liberação e descarga: descarga do acréscimo;
- Fase IV – Resolução: fase de recuperação.

As disfunções sexuais, então, caracterizam-se pela ausência, excesso, desconforto e ou dor na expressão e no desenvolvimento desse ciclo, afetando uma ou mais fase deste.

Reich (1975) também enfatiza a influência da angústia do orgasmo nas disfunções sexuais. A angústia do orgasmo é o medo da excitação excessiva, que, conseqüentemente, gera o medo de toda e qualquer excitação gerada pelo prazer. Sendo assim, a angústia do orgasmo fica ancorada na angústia de prazer, expressada como uma angústia geral a respeito de todas as formas de excitação e sensações, limitando o prazer de viver. A angústia de orgasmo forma a base do medo generalizado á vida.

As mulheres reagem de diferentes formas á angústia de orgasmo, uma delas é a inibição ou evitação.

Durante o diagnóstico, de acordo com Protti e Rodrigues Jr (2008), a mulher com vaginismo apresenta uma reação de aversão durante o exame pélvico, ou mesmo com a simples aproximação do médico e ou na expectativa do toque. É importante também investigar a história psicológica e sexual do parceiro, uma vez que é comum este também apresentar alguma disfunção.

A falta de informação com respeito à disfunção e a negligência por parte do médico e equipe da saúde na coleta de informações e na displicência em tratar o caso dificultam o diagnóstico, assim como a dificuldade do paciente em assumir sua condição para a sociedade, por sentimentos de vergonha, humilhação e os preconceitos e desinformação sobre a sexualidade.

Não existe uma causa ou evento particular para o vaginismo. Valin (1951) coloca que vários fatores podem ser apontados, porém raramente é possível localizar uma única causa, um determinado trauma ou evento.

As causas do vaginismo são individuais, mas existem fatores gerais como: preconceitos sobre a sexualidade passados pela família ou sociedade durante a infância com base em preceitos morais e religiosos rígidos, crenças, fantasias e medos criados pela visão errada do próprio corpo e da sexualidade:

- Vagina um lugar proibido, imoral (sexo é pecado);
- Medo que o pênis penetre a parede abdominal;
- Medo que a vagina não tenha elasticidade, que ela seja pequena demais, imaginando que possa ser rasgada;
- Confundir vagina e reto.

Abusos ou violência sexual ocorridos na infância e adolescência, mutilação genital feminina, fantasias e sentimentos negativos originados por exames pélvico ou retal traumático, aborto ilegal, parto, dilatadores uretrais, supositórios – situações que combinam dor extrema e ansiedade, também estão entre as causas do Vaginismo.

Protti e Rodrigues Jr (2008) apontam outros fatores psicológicos e emocionais como causas: medo da intimidade, medo de perder o controle, de ser invadido, medo do abandono, medo da separação, baixa autoestima (sentimentos de não ser amado ou de não poder amar).

Valins (1951) coloca ainda que as origens do Vaginismo podem estar associadas a tensões e conflitos emocionais em um período sensível do desenvolvimento, no relacionamento da mãe com a filha nos primeiros anos de vida e, principalmente, no período do Complexo de Édipo.

Os autores, em geral, defendem que o tratamento do Vaginismo pode ser realizado por fisioterapeutas, médicos e psicólogos.

- Tratamento Fisioterapêutico:

A área da Fisioterapia em Uroginecologia tem a finalidade de melhorar o controle e a qualidade da musculatura do assoalho pélvico, com o objetivo de

conscientização e percepção do próprio corpo, controle das contrações voluntárias e do relaxamento da musculatura do assoalho pélvico. Na maioria dos casos, o uso de dilatadores vaginais faz parte do tratamento.

- Tratamento Médico:

Medicamentos e dilatadores vaginais.

- Psicoterapia:

É um processo focado em ajudar as pessoas a se conhecer, lidar e tratar as questões relacionadas ao emocional (pensamentos, sentimentos e comportamentos). Com o objetivo de ter uma vida mais feliz, saudável e produtiva.

ANÁLISE BIOENERGÉTICA

A Bioenergética, segundo Lowen (1910), é uma técnica terapêutica que ajuda o indivíduo a reencontrar-se com seu corpo. Essa ênfase ao corpo inclui a sexualidade, mas também as demais funções básicas para a vida, como respiração, movimento, sentimento e autoexpressão.

Difere das outras formas de psicoterapia, em razão do componente somático de sua abordagem teórica e do trabalho ativo sobre o corpo nas intervenções terapêuticas, enquanto a maioria das explorações anteriores concentra mais nas investigações sobre a mente.

Lowen (1910, pág. 115):

“Ao nível somático existe um aumento na mobilidade, coordenação e controle, ao psíquico, uma reorganização do pensamento e atitude. Não é possível mudança permanente, a menos que seja obtido este duplo efeito”.

A análise bioenergética nasceu em 1953, de acordo com Weigand (2006), através da parceria de Lowen e Pierrakos, discípulos de Reich. Em 1956, fundaram o Instituto de Análise Bioenergética em Nova Iorque, com o objetivo de desenvolver técnicas e ampliar a Teoria Reichiana da Análise do Caráter. A parceria se desfez em 1972, uma vez que Lowen discordava da orientação espiritual de Pierrakos e receava que a postura mística pudesse prejudicar a psicoterapia.

Lowen ficou na presidência do instituto até 1996. Na parceria com sua esposa Leslie, desenvolveram muitas das técnicas da bioenergética.

Weigand (2006), aponta que no Brasil, a Análise Bioenergética chegou na década de 1980, quando grupos de formação de terapeutas foram organizados por Liane Zink e Myrian Campos.

Reich era discípulo de Freud, baseou todos seus estudos na Teoria Psicanalítica, mas acreditava que os efeitos terapêuticos da interpretação da associação inconsciente e livre eram limitados. Aprofundou nos estudos da transferência e resistência na busca de ampliar a técnica. Diferenciou-se ao considerar o somático, os aspectos energéticos e principalmente a leitura corporal.

Reich (1989) descobriu que a resistência e a transferência não se expressam apenas em termos de conteúdo, mas de forma, ou seja, nos comportamentos, nos hábitos e nas expressões, ou seja, no corpo. Desenvolveu assim a Análise do Caráter.

O caráter refere-se a um padrão de comportamento que se baseia num conflito interno, reflete as primeiras experiências da vida; o resultado de tais experiências e as defesas para se adaptar ao meio, são comportamentos, atitudes, pensamentos, sensações, etc.

“O mundo total da experiência passada incorpora-se ao presente sob a forma de atitudes de caráter. O caráter de uma pessoa é soma total funcional de todas as experiências passadas.” Reich (1975, pág. 129)

O conceito de caráter vem de couraça, que é soma total das atitudes musculares, tensões musculares crônicas que a pessoa desenvolve como defesa contra a angústia, raiva, excitação sexual e todos os impulsos que podem ser considerados perigosos pelo ego. O resultado é a limitação da capacidade de sentir, perceber e expressar, e, também, o controle do fluxo de energia.

Baker (1980), explica que o processo de encouraçamento de Reich se dá pela necessidade da criança de aceitar atitudes e educação repressoras e antinaturais, como uma forma de reter seus desejos e conformar-se. É o resultado do conflito sexual infantil e seu objetivo é resolvê-lo, tentar solucioná-lo. O produto final é a redução da mobilidade orgânica, que protege o ego dos perigos internos e externos. Sendo assim, o encouraçamento impede a criança de chegar até o nível genital, permanecendo num estágio de caráter infantil, uma vez que a formação do caráter adulto tem início com a resolução do Complexo de Édipo. A couraça (repressão) não é uma boa solução, ela pode servir de base para conflitos e formação de sintomas.

“... liberar a libido de suas amarras patológicas e concentrá-la na zona genital é o primeiro objetivo da técnica analítica. O esforço geral, portanto, é eliminar as atividades pré-genital por meio da interpretação, enquanto se permite que as tendências genitais desenvolvam em completa liberdade.” Reich (1989, pág. 134).

Observando e explorando os padrões crônicos de tensões, Reich definiu sete segmentos de couraça: segmento ocular, segmento oral, segmento cervical, segmento

peitoral, segmento diafragmático, segmento abdominal e segmento pélvico. Flexibilizar as contrações crônicas que interferem o fluxo livre de energia, restabelecendo seu funcionamento natural é uma das tarefas da terapia.

A formação do caráter, segundo Reich, depende da fase da vida que a frustração do impulso acontece, da extensão e intensidade da frustração, do sexo da pessoa que frustra e das contradições da própria inibição.

Reich descobriu que o organismo vivo possui energia que circula por todo o corpo, essa energia é a mesma que a do cosmo, a qual ele chamou de Orgone. A fórmula para um funcionamento saudável do organismo é o equilíbrio da carga e descarga da energia. As expressões do corpo e os comportamentos revelam como está funcionando o fluxo de energia e seus bloqueios (courageiras) e a quantidade de energia que o indivíduo possui.

Segundo Lowen (1975), o objetivo da Bioenergética é ajudar o indivíduo a retornar a sua natureza primária, que constitui sua condição de ser livre, gracioso e belo. Liberdade é a ausência de qualquer restrição ao fluxo de sentimentos e sensações, graça é a expressão do fluir no movimento e beleza é a harmonia interna que o fluir provoca. Essas são as condições para um corpo saudável e uma mente saudável.

A Bioenergética, Lowen (1975) defende que cada ser é o seu corpo, nenhuma pessoa existe fora do corpo vivo. É nele que se expressa e se relaciona com o mundo a sua volta. Quanto mais vivo for o corpo, mais vivamente você está no mundo e esse é um dos objetivos da bioenergética.

“A vida do corpo é sentimento: sentir-se vivo, vibrante, bem excitado, furioso, triste alegre e, finalmente, contente. É a falta de sentimentos ou a confusão acerca deles que traz as pessoas à terapia.” Lowen (1975, pág. 61).

Weigand (2006) aponta, de forma resumida, que a Análise Bioenergética é uma técnica:

- Que busca entender a personalidade também por meio do corpo;
- Melhorar as funções da mente aumentando a energia corporal e buscando o equilíbrio energético;

- Ajuda o indivíduo a vivenciar e expressar, adequadamente, prazeres e dores, alegrias e tristezas, medos, raivas, amor e sexualidade. O prazer de estar plenamente vivo, liberando as atitudes crônicas estruturadas no corpo.

E ao trabalhar o corpo, a Análise Bioenergética segue os princípios básicos de Reich:

- Limitações de movimento frequentemente são resultados de dificuldades emocionais. Elas derivam de conflitos antigos não resolvidos (inconscientes), no presente geram tensões musculares crônicas que irão determinar como a pessoa comportar-se-á, com quais sentimentos e sensações responderá às situações;
- Restrições da respiração natural são associadas à ansiedade. Também a ansiedade vivida em situações de infância perturba a respiração natural atual.

Os exercícios utilizados na Análise Bioenergética têm como propósito ajudar as pessoas a manter contato com as tensões, sentir e identificar-se com o seu corpo, buscar melhorar a coordenação, graça e fluxo energético.

Sendo assim, os exercícios de Análise Bioenergéticos podem ser realizados individualmente ou em grupos, podendo ser aplicados na psicoterapia, na redução de estresses, no lazer, em grupos de treinamento profissional, no trabalho com população carente, na prevenção e acompanhamento de doenças psicossomáticas, na psicopedagogia, no aconselhamento, no treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, em fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia hospitalar e aulas de educação física. (Weigand, 2006)

Grounding

Trabalhando o seu próprio corpo, Lowen desenvolveu posições e exercícios que são considerados padrões da Bioenergética. O *grounding* é sem dúvida o mais importante.

Grounding significa fazer a pessoa entrar em contato com o chão, percepção corporal de conexão das pernas e pé (base de sustentação) com o chão, ou seja, enraizamento. Lowen percebeu que o enraizamento, a sensação de força e vida nos pés e nas pernas provocavam sentimentos de segurança. (Weigand, 2006)

No sentido mais amplo, segundo Lowen (1985), *grounding* representa o contato do indivíduo com a realidade de sua vida. Estar firme encima dos seus próprios pés, é estar identificada com seu corpo, ciente de sua sexualidade e orientada para o prazer.

Ao criar as posturas em pé, Lowen inovou em relação às técnicas anteriores que colocava o paciente deitado no divã. A posição ereta é uma posição ativa, nela a pessoa pode sentir o solo, o eixo do seu corpo, focar os olhos, e sentir numa atitude mais adulta. Além de promover vibrações com o objetivo de liberar as tensões crônicas.

Assim, Lowen (1985), descreve o *grounding* como um processo energético em que um fluxo de excitação percorre o corpo, da cabeça aos pés.

Weigand (2006) enfatiza que as posturas de *grounding* e as vibrações aumentam as ondas respiratórias e a excitação geral do corpo, mas o fluxo de energia é impedido quando existe um bloqueio em qualquer segmento do corpo.

Para Lowen (1982), pág. 171:

“[...] bioenergeticamente falando, o grounding serve para o sistema energético do organismo da mesma forma que para um circuito elétrico de alta tensão e é constituído de uma válvula de segurança para a descarga de excessos de excitação. Num sistema elétrico, o acumulo súbito de carga pode queimar uma parte da instalação ou provocar incêndio”.

Na personalidade humana, a falta de *grounding*, de contato com o chão, também pode ser um perigo, pode provocar desde ansiedade ou depressão, até fragmentação da personalidade.

A posição de *grounding* é descrita da seguinte maneira: a pessoa fica em pé com os pés separados, cerca de 20 cm, equivalentes à abertura do quadril e ombros, os pés devem ficar alinhados e paralelos, os joelhos levemente fletidos. O peso do corpo deve cair no peito dos pés, levemente para frente sem erguer o calcanhar. A pelve deve descansar sobre as pernas, nem para frente e nem para trás, a coluna reta, a barriga e os ombros soltos, os olhos ficam abertos e fixados a um ponto à frente e o maxilar fica solto permitindo que o ar saia pela boca na expiração. Após algum tempo nessa posição, a musculatura das pernas se estressa e um movimento involuntário em forma de vibração pode aparecer nas pernas e também no tronco, a intensidade depende de cada pessoa.

Essa vibração aumenta a tolerância do corpo, à excitação e ao prazer, criando uma possibilidade de descarga pela parte inferior do corpo, por meio da sexualidade e motricidade. É um movimento sutil ou fino e pode estar associado ao prazer de estar vivo e vibrante. (Weigand, 2006)

As vibrações estão presentes em todos os seres vivos, os organismos vivos possuem sistemas energéticos dinâmicos, que se movimentam continuamente. A vibração se deve a uma carga energética na musculatura, a falta pode significar que a carga de energia está ausente ou reduzida e o excesso de vibração são sinais que não estão fluindo livremente. O objetivo dos exercícios bioenergéticos é manter as vibrações num nível estável e sutil, atravessando o corpo em sua plenitude, assim a pessoa se sentirá mais conectada, integrada e viva.

Respiração

A respiração é de grande importância para a Análise Bioenergética, tanto quanto era para a terapia reichiana.

Para Reich, segundo Lowen (1982), o primeiro passo do processo terapêutico era conseguir que o paciente respirasse mais fácil e profundamente. O objetivo do tratamento era o desenvolvimento no paciente de sua capacidade de se entregar aos movimentos espontâneos e involuntários do corpo, do qual a respiração faz parte. Sendo assim, o objetivo recai em deixar que a respiração se processe o mais plena e profundamente.

Volpi e Volpi (2003, pág. 15), afirma que a restrição da respiração acontece como uma forma de reprimir as emoções proibidas. Os adultos reprimem nas crianças a expressão de suas emoções, especialmente aquelas que os afrontam ou levam a constatar suas próprias emoções reprimidas, como a raiva, o amor, o prazer, e etc. Conter a respiração diminui todo o metabolismo do organismo e sua sensibilidade, iniciando o processo de encorajamento. Sendo assim, reduzir a respiração mantém as emoções sob controle, mas reduz a energia vital do indivíduo.

Acreditando que o corpo perde a vivacidade quando restringe a respiração, Lowen desenvolveu exercícios e instrumentos com objetivo de conseguir que a respiração se tornasse livre e espontânea, trabalhando-a nas tensões crônicas que bloqueiam a onda respiratória. Um exemplo é o *stool*, também conhecido como o banquinho da respiração.

Trabalhando com a respiração, principalmente sobre o *stool*, desbloqueando o diafragma, alcançava também a integração da parte inferior do corpo com a superior, ou seja, alcançava a integração da razão/emoção, coração/sexualidade. (Volpi e Volpi, 2003, pág. 23)

A Análise Bioenergética busca a integração entre compreensão, o afeto do coração e a sexualidade.

A Análise do caráter

Lowen (1982) descreveu cinco tipos básicos de caráter, cada um deles tem um padrão específico de defesa psicológica e muscular (tensão), são eles: Esquizoide, Oral, Psicopático, Masoquista e Rígido.

Segundo Lowen (1977, pág. 147), a maioria das pessoas exibe uma combinação variável desses caracteres, a análise não depende da pureza do tipo, mas do padrão dominante de comportamento.

O caráter de cada indivíduo é resultante de todas as experiências ocorridas desde a concepção até a maturidade, sendo assim duas pessoas como o mesmo caráter nunca serão iguais, as variações podem ser tanto quantitativas quanto qualitativas.

1- Estrutura de Caráter Esquizoide:

Lowen (1982, pág. 132-136), descreve a estrutura de caráter esquizoide principalmente pela tendência a cisão no funcionamento da personalidade, onde o pensamento é dissociado dos sentimentos e das sensações corporais e pelo refúgio dentro de si mesmo, perdendo o contato com a realidade externa.

As tensões musculares se concentram no anel ocular, na base da cabeça, nos ombros, na pelve e nas articulações dos quadris, não permitindo que a excitação do centro do corpo chegue à periferia, deixando as mãos e os pés frios e com pouco contato. Devido às tensões há uma falta de integração da parte superior do corpo com a inferior.

Nos aspectos físicos, geralmente o corpo é estreito, alongado e contraído. Os braços ficam pendurados e os pés são frios e contraídos. A face tem uma aparência de máscara (congelada), falta expressão e possuem dificuldade em fazer contato com os outros.

São hipersensíveis devido a um limite insuficiente em torno do ego, essa fraqueza reduz a sua resistência às pressões vindas de fora. Evita relacionamentos íntimos e

afetuosos, também devido à falta de energia na periferia do corpo, partes que são responsáveis por fazer mais contato com o mundo. Podem ser inteiramente voltados para a espiritualidade e intelectualidade, com desprezo pelo mundo material.

Segundo Volpi e Volpi (2003, pág. 42-44), a sexualidade geralmente é mecânica, usada para canalizar todos os sentimentos, inclusive a necessidade de aceitação e amor.

A experiência básica que originou a estrutura é a rejeição, logo no início da vida, que foi sentida como ameaça à sua vida. E a queixa principal é o medo e a ansiedade, dificuldade de funcionar de maneira integrada e conduzir a própria vida.

A tarefa da terapia é trazer ordem e materialização para as qualidades criativas e espirituais, ajudar a enxergar seu direito de existir, desenvolver a confiança básica em si, no mundo e nas pessoas e fortalecer os limites e funcionamento do ego.

2- Estrutura de Caráter Oral:

Lowen (1982, pág. 136-138) descreve a estrutura de caráter oral principalmente pela tendência a depender dos outros, uma agressividade precária e uma sensação interna de precisar ser carregado, apoiado e cuidado. Sente-se incapaz de ficar sozinho, forte medo de perder o objeto de amor, vazio interno e desespero.

Os músculos são flácidos, muita tensão na cabeça e pescoço, na cintura escapular e nos joelhos, falta de desenvolvimento principalmente na pelve, nos braços e pernas. O corpo geralmente tende a ser esguio e fino, o peito é afundado, ombros caídos para frente. A carga energética é baixa, esvaziada e não flui até a periferia do corpo, mão e pés frios e fracos.

Quanto à sexualidade, segundo Lowen (1977), geralmente apresenta problemas sexuais, o impulso sexual assim como a força vital é reduzida, o sexo serve para obter contato e proximidade, para preencher-se e não descarregar.

A experiência básica que originou a estrutura é a carência afetiva, a privação no início da vida, até dois anos, pode ser devido à perda real da figura materna, por morte doença ou ausência. Experiência de desapontamento e frustração vem de buscar contato e amor e não encontrar. A queixa principal é o medo do abandono, de ficar sozinho, cansaço, falta de força de vontade e depressão.

Volpi e Volpi (2003) aponta que a tarefa da terapia é ajudar o paciente a conhecer e satisfazer as próprias necessidades, a nutrir a si mesmo. Enraizar e fortalecer a sua capacidade de sustentar-se nas próprias pernas.

3- Estrutura de Caráter Psicopático:

A Estrutura psicopática é descrita por Lowen (1982, pág. 139-142), essencialmente pela negação dos sentimentos. Uma supervalorização da própria imagem, motivação para o poder e a necessidade de dominar e controlar. Pode utilizar dois tipos de domínio sobre o outro, através da tirania ou pela sedução.

A tensão muscular concentra-se na base do crânio, segmento ocular, acentua-se na região do diafragma e da cintura, bloqueando o fluxo de energia e de sentimentos. Apresenta um distúrbio de fluxo de energia entre as duas partes do corpo.

No tipo tirânico, há um predomínio de energia na metade superior do corpo, especialmente na cabeça e nos ombros e uma reduzida carga na pelve e pernas. Os olhos são tensos, controladores e desconfiados, são abertos para controlar fora e não para o interior, para entrar em contato com o Eu. No tipo sedutor, o corpo é mais regular e não apresenta a aparência inflada, apresenta mais carga na pelve, mas de forma desequilibrada e desconectada.

Quanto à sexualidade, existe uma distorção, o sexo em nome do poder, o prazer é secundário em relação à necessidade de desempenho próprio e à conquista. A ligação entre sentimento e genital está ausente.

A experiência básica que originou a estrutura foi sedução, entre um ano e meio e dois anos, o comportamento sedutor dos pais que rejeita a necessidade da criança de apoio e contato, leva a criança a escolher a especialidade e o controle em detrimento das necessidades, dos sentimentos e da sexualidade. A criança com frequência sentiu-se controlada. Negar os sentimentos é negar as necessidades. A necessidade de controle está vinculada ao medo de ser controlado e ser controlado significa ser usado, ficar submetido, e ao medo de perder o amor. As queixas principais são ausência de sentimento e falta de relacionamentos íntimos.

A tarefa terapêutica é ajudar a sentir-se seguro para poder ter sentimentos e sexualidade, reconhecer e sentir suas fraquezas e vulnerabilidade e fortalecer sua verdadeira autoestima, deixar de lado a especialidade e superioridade para conseguir fazer parte da humanidade.

4- Estrutura de Caráter Masoquista:

Lowen (1982, pág. 142-145), descreve a estrutura masoquista como aquele que sofre e lamenta-se, que se queixa e permanece submisso. Externamente apresenta uma atitude de submissão, por dentro ocorre o contrário, possui fortes sentimentos de inveja, negatividade, hostilidade e superioridade. Possui muito medo de explodir que é contraposto a padrão muscular de contenção.

As tensões musculares se concentram no pescoço, cintura e nádegas. O corpo é curto, grosso e musculoso. O pescoço e cintura também são curtos e grossos. A energia é alta, mas está estagnada, presa nos músculos. A agressão e a autoafirmação são reduzidas, os impulsos agressivos são voltados para si mesmo em forma de auto sabotagem, atitudes provocativas e autoderrotistas. Padrão de fracassos sucessivos, esforço e derrota, tentativa e fracasso são frequentes na vida social, emocional e profissional.

Na sexualidade, busca condições de violência e explosão na tentativa de aumentar a descarga sexual, porém esta é reduzida. A tensão nas nádegas e coxas bloqueia a descarga e transforma o prazer em dor. Possui medo da forte excitação e da descarga, sendo assim se esforça para controlá-la através da retenção, porém a insatisfação conduz a busca de maior gratificação, gerando um círculo vicioso.

A experiência básica é a humilhação, relacionada a uma repressão severa, entre um ano e meio e dois anos e meio, uma mãe dominadora leva a criança a sentir culpa e medo de ser deixado sozinho em qualquer tentativa de se declarar e se afirmar. A criança fica submissa ao conhecimento e sabedoria da mãe, a desaprovação e ameaça de privação são empregadas para forçar a obediência. Existiu conflito das vontades dos pais e da criança e uma atenção excessiva a respeito da alimentação e evacuação. A criança foi impedida de autoafirmação e autorregulação. As queixas principais são a ansiedade, pressão interna com sensação de que vai explodir, frustrações e falta de afeto.

A tarefa terapêutica, de acordo com Volpi e Volpi (2003), é ajudar e encorajar o paciente a movimentar-se mais livremente, para assim se afirmar e buscar a autoexpressão criativa e espontânea.

5- Estrutura de Caráter Rígido:

De acordo com Lowen (1982, pág. 146-148), a estrutura rígida se descreve pelo medo de ceder, pois esse se iguala ao ato de submeter-se e com o de perder-se completamente. A rigidez deriva da tendência a sempre ficar ereto de orgulho, sempre

alerta contra situações que possam aproveitar-se dele e de ser enganado. Tem medo que a submissão acarrete uma perda da liberdade.

Seu conflito básico é a defesa contra os impulsos que buscam o prazer (ceder) e o tema central é o Complexo de Édipo, amor, sexualidade e competição. Ambiciosos, competitivos e agressivos, geralmente enfrentam o meio ambiente de modo bem-sucedido.

As tensões estão nos músculos longos do corpo, espasticidade dos extensores e dos flexores combinam-se para a rigidez e apresenta tensão também no pescoço e mandíbula. O corpo é proporcional e harmônico, é vivo, olhos brilhantes, leveza dos gestos e movimentos, se a rigidez for grave há uma redução dessa vivacidade e coordenação. A energia é alta, principalmente no centro da vontade entre as escápulas, mas é contida na receptividade.

Na sexualidade as necessidades sexuais e afetivas podem ser satisfeitas somente se forem isoladas umas das outras, são incapazes de conectar sentimentos do coração com os sentimentos genitais, por medo da rejeição e traição. As experiências emocionais são superficiais e utilizadas em nome da performance, podem apresentar sexo com desprezo ou fantasias sádicas ou masoquistas.

A experiência básica foi frustração na busca da gratificação erótica a nível genital, entre quatro a seis anos, aconteceu pela proibição da masturbação e pela ameaça e punição nas tentativas de a criança apresentar o amor sexualizado e a competição com os pais. A rejeição das suas buscas de prazer é considerada pela criança como uma traição na ânsia de amor. O prazer, sexualidade e amor são sinônimos para a criança. A sexualidade da criança não foi autorizada e suportada amorosamente através de uma frustração ideal que coloque limites claros. Ela aprendeu que não é seguro amar sexualmente de coração aberto e não experienciou a competição humana natural. A queixa principal é um sentimento que algo está faltando na vida, devido à falta de capacidade de sentir e/ou de estabelecer relacionamentos amorosos profundos.

Volpi e Volpi (2003), afirma que a tarefa terapêutica é encorajar a expressão dos sentimentos, a abrir mão do autocontrole, colocar sentimentos e compaixão em todas as atividades da sua vida. No relacionamento romântico, conectar sentimentos do coração com os sentimentos sexuais. Amor, a compaixão e unificação.

“A estrutura de caráter define o modo pelo qual a pessoa conduz suas necessidades de amar, sua procura por intimidade e proximidade e sua busca de prazer.” Lowen (1982 pg 149)

A Análise do caráter ajuda a compreender melhor a pessoa e sua problemática, porém ela deve ser o pano de fundo e não um instrumento de classificação. A terapia deve ser centrada na pessoa, no seu corpo, no modo como ela vê o mundo, no relacionamento com o terapeuta e principalmente como ela lida com a realidade. Pois só conseguimos atingir o prazer, a satisfação e a realização se não estivermos fora da nossa própria realidade, se nossa energia não estiver desviada para as ilusões e objetivos inalcançáveis.

PROPOSTA TERAPÊUTICA UTILIZANDO A ANÁLISE BIOENERGÉTICA NO VAGINISMO

Segundo Lowen (1982), a terapia é um processo de crescimento e de desenvolvimento interminável, é uma viagem de autodescoberta que nunca acaba. O trabalho com o terapeuta lança bases para a evolução constante, ajuda a ampliar e expandir a autopercepção, autoexpressão e autodomínio.

Os exercícios bioenergéticos nas sessões de psicoterapia têm como objetivo ajudar as pessoas a manter contato com as tensões que a inibem, identificar-se com seu corpo, aumentando a capacidade de sentir o corpo e compreender a sua história registrada nele, promover a autoexpressão e a sexualidade.

Segundo a Bioenergética, o corpo guarda os conflitos gerados por situações em que a espera do amor e prazer foram associadas com a dor, privações, frustrações, medos e demais sentimentos desagradáveis. Todas as pessoas passam por esses conflitos, em intensidades diferentes. Tais conflitos se materializam no corpo em forma de tensões, como forma de proteção, para evitar a reedição do sofrimento.

Lowen (1982, pág. 119), a sequência: busca de prazer – privação, frustração ou punição – ansiedade e, depois – defesa é um esquema geral para explicar todos os problemas da personalidade.

De acordo com Volpi e Volpi (2003), as partes mais atingidas pelas tensões que bloqueiam os sentimentos são: os olhos, a boca, o pescoço, os ombros, o peito, o diafragma, o abdômen, a lombar, a virilha, os joelhos, tornozelos e pés.

No Vaginismo, as tensões atingem, principalmente, a região do abdômen, da lombar, virilha, a parte interna da coxa até o joelho.

Lowen (1985) aponta que a barriga encolhida interrompe todas as sensações sexuais pélvicas, principalmente as sensações de entrega que transformam o sexo, não só como uma descarga, mas como uma forma de expressão de amor. A contração da pelve também impede que as sensações sexuais sejam liberadas, *“um corpo sexualmente vivo é caracterizado por um balanço livre da pelve”*.

“Não é suficiente livrar a pessoa das ansiedades sexuais da sua mente, é também necessário livrar o corpo da tensão e restaurar a mobilidade de sua pelve. E isto só pode ser feito através de uma abordagem física.” (Lowen, 1985, pág. 49)

O objetivo dos exercícios propostos nas sessões de psicoterapia é ajudar as pessoas com Vaginismo desenvolver a sensação de independência e maturidade, tornando sua expressão sexual uma atividade responsável do seu ser total. Aprofundar a respiração até a região abdominal de uma forma que os movimentos pélvicos se coordenem com as ondas respiratórias, isso ajudará o corpo todo participar da relação sexual.

Sendo assim todos os exercícios devem se iniciar com a posição de *grounding* e buscar o aprofundamento da respiração, uma vez que a sensação de se manter sobre os seus próprios pés está relacionada ao senso de independência da sexualidade adulta.

- **Respiração abdominal:** esse exercício tem como objetivo a percepção da respiração e sua ampliação. Para realizar tem que deitar no colchão com a barriga para cima, dobrar os joelhos com os pés apoiados no colchão, os pés devem ficar separados na altura do quadril, retos e paralelos. A cabeça para trás de forma confortável para ampliar a abertura da garganta. As mãos na barriga, sobre os ossos pubianos, para sentir os movimentos abdominais. Respirar abdominal com a boca aberta por um minuto. Observar as dificuldades e tensões. Repetir o exercício acrescentando o movimento da pelve. Balançar a pelve suavemente para trás na inspiração e para frente na expiração. Observar se o movimento pélvico ajuda a aprofundar a respiração e ampliar os movimentos pélvicos. Repetir o exercício sempre que observar que a respiração não está fluindo de forma fácil, profunda e espontânea.
- **Rotação do quadril:** esse exercício ajudará na consciência das tensões pélvicas e aliviar algumas tensões. Para realizar devem ficar em pé com os pés separados mais ou menos na altura do quadril, retos e paralelos, joelhos ligeiramente fletidos e o peso de corpo sobre o peito dos pés. Os ombros devem ficar soltos para baixo, o peito e a barriga solta. Colocar as mãos no quadril. Nessa posição girar o quadril levemente num círculo, da esquerda para a direita. O movimento deve ocorrer principalmente na pelve e envolver o terço superior do tronco e no mínimo as pernas. Durante a prática deverá destacar a importância de a respiração ser coordenada com o movimento. Esses exercícios devem ser repetidos várias vezes durante as sessões até que as dificuldades em realizá-los diminuam.

- **Espernear no colchão:** esse exercício ajuda as pessoas a entrarem em contato com parte dos sentimentos suprimidos de sua personalidade e a expressar tais sentimentos. Para realizar deve se deitar no colchão, com as pernas estendidas, o exercício é feito levantando alternadamente cada perna e batendo-a fortemente contra o colchão. A perna toda deve fazer contato com o colchão e não só o calcanhar, deve manter a perna levemente esticada, uma perna se levanta enquanto a outra abaixa, esse movimento deve se originar dos quadris, levantando o máximo possível a perna, sem dobrar os joelhos. Pode-se acrescentar uma palavra enquanto esperneia como: “não”, “por que”, “eu”, a que fizer mais sentido para a pessoa. O exercício deve ser repetido buscando diminuir a dificuldade de se expressar e melhorar a coordenação do movimento.
- **Trabalho com bolas suíças:** de forma lúdica esse exercício tem o objetivo de mobilizar e energizar a região pélvica e despertar para questões da sexualidade. O exercício é realizado sentado na bola suíça, com os pés no chão com abertura para sentir a pelve colada na bola, com a postura ereta, concentrando na respiração. Deve realizar movimentos de pular para cima sentada na bola, de círculos com o quadril na bola, de movimentar de um lado para o outro e de frente para trás. Coordenando os movimentos com a respiração e um som. Esse exercício pode ser repetido sempre que sentir a necessidade de mobilizar a região pélvica e de buscar uma abertura para trazer assuntos sobre a sexualidade.
- **Borboleta – vibração dos músculos internos da coxa:** esse exercício ajuda a alongar os músculos adutores que atuam para unir as coxas, alongá-los ajuda no relaxamento do assoalho pélvico. Deve-se deitar no colchão de barriga para cima, com a coluna e as nádegas encostadas no colchão, os joelhos dobrados e as plantas dos pés juntas. Os braços ficam ao longo do corpo ou apoiados de leve sobre a parte interna das coxas. A cabeça deve cair para trás o quanto for possível. Relaxar bem os joelhos junto ao colchão, mantendo as plantas dos pés juntas. Aos poucos se devem fechar os joelhos, a cada dois centímetros até os joelhos ficarem na vertical como os pés totalmente apoiados no chão. A partir dessa posição, colocar os pés separados na altura do quadril, mantendo os pés apoiados no colchão. Podendo fazer um movimento de fechar e abrir os joelhos lentamente com objetivo de manter ou buscar uma vibração involuntária. Deve manter a vibração por alguns minutos sem esquecer-se da respiração. Esse exercício pode proporcionar sensações prazerosas nas coxas e assoalho pélvico.

- **Balanço da pelve no *Stool*:** esse exercício necessita do banco de bioenergética. Tem como objetivo proporcionar o movimento oscilatório pélvico natural inibido. O exercício compreende em deitar no banco com a parte superior das costas encostada no rolo, os pés totalmente apoiados no chão, os joelhos abertos na altura do quadril, os braços esticados para trás até as mãos alcançarem e se apoiarem numa cadeira colocada atrás do *Stool*. Depois de ancorado pela preensão da cadeira e os pés no chão, deve-se iniciar o movimento de báscula da pelve para cima e para baixo, ritmicamente. Começar devagar e aumentar o ritmo assim que o corpo for soltando, a respiração deve se manter coordenado com o movimento. Depois deste exercício, na posição de *grounding*, dobra-se o corpo para frente, relaxando a coluna e a cabeça. Esse exercício pode ser repetido para ajudar a descontrair as nádegas e desbloquear as sensações sexuais.

FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DO VAGINISMO

A fisioterapia hoje atua como um dos tratamentos de primeira escolha para essas disfunções, principalmente nas causas musculares, que precisam de relaxamento e alívio da dor.

A fisioterapia utiliza de recursos manuais, eletroterapia, biofeedback, dilatadores vaginais e treinamento muscular do assoalho pélvico, que têm como objetivo aliviar as dores sexuais, promover relaxamento, melhorar a vascularização local (períneo), melhorar a percepção e o controle dessa musculatura pélvica. O trabalho de fortalecimento e conscientização da musculatura perineal também é de fundamental importância durante o tratamento, o que promove um aumento do desejo sexual e conseqüentemente melhora da excitação e prazer. (Mendonça, 2010) (Etienne, 2006).

Em um estudo realizado por Piassarolli et al. (2010), foram avaliadas 26 mulheres que apresentavam alguma disfunção sexual. Todas foram tratadas com treinamento muscular do assoalho pélvico (TNMP) e 69% receberam alta do Ambulatório de Sexologia por melhorarem as queixas sexuais.

Anamnese

A queixa da paciente, aliada à presença de alguns elementos de anamnese, é fundamental. Deve-se considerar que um mínimo de seis meses de sintomatologia é critério indispensável para a caracterização da disfunção. No exame subjetivo, a anamnese deve ser bem detalhada. Porém, as mulheres normalmente se sentem desconfortáveis para relatar o problema. Perguntar se a mulher está passando por dificuldades no intercursos sexual é uma ferramenta útil para determinar qual é o problema.

Além disso, devem-se investigar as condições do(a) parceiro(a), para se afastar possíveis equívocos de interpretação ante o quadro referido pela paciente. Assim, um homem com ejaculação precoce pode conduzir sua parceira a se considerar anorgásmica, quando, de fato, a precocidade dele a impede de concluir o ciclo de resposta sexual com êxito. Estimulação inadequada em foco, intensidade ou duração exclui o diagnóstico de disfunção de excitação ou orgasmo.

Vale ressaltar que também é importante a coleta de dados sobre alguns aspectos da história ginecológica: história menstrual, incluindo sangramentos irregulares que podem interferir no sexo; episódios de infecção pélvica, endometriose, cistos, fibroses e outros.

Segue algumas questões que podem ser aplicadas:

1. Quanto tempo tem o problema?
2. Como é a dor?
3. Com que frequência faz sexo?
4. A dor ocorre superficialmente ou durante a penetração?
5. Há alguma posição que melhora ou piora a dor no intercursos?
6. A dor durante a relação sexual está interferindo na relação com o seu parceiro?
7. Você sente o mesmo desconforto ao se masturbar?

Inspecionar detalhadamente a vulva, atentando para a anatomia normal, presença de sinais de candidíase, cistos, traumas, episiotomias, hímem, prolapso e tamanho do intróito. Uma inspeção cuidadosa da região perianal pode ser realizada pelo mesmo tempo. Deve-se utilizar também o dedo para palpar as paredes vaginais (se tolerável). É importante salientar que o exame pélvico propriamente deve ser cauteloso, pois pode ser traumático e agravar a dor. Deve-se realizar a inspeção da genitália feminina, onde se pode observar, afastando os grandes lábios, uma melhor visualização do intróito vaginal. Se possível também avaliar o grau de força perineal através do toque bidigital. Mulheres com pressão vaginal inferior a 30 mmhg apresentam disfunção sexual.

Nos casos de disfunção sexual feminina é de suma importância avaliar o grau de pressão vaginal para que um tratamento adequado e um equilíbrio sexual da mulher ocorram. Portanto, vê-se a necessidade de uma medição do grau de pressão da musculatura perineal para assim podermos fazer uso do tratamento fisioterapêutico e avaliar os efeitos do fortalecimento perineal sobre a vida sexual feminina.

Tratamento fisioterapêutico proposto

Os métodos fisioterapêuticos utilizados baseiam-se na contração voluntária dos músculos perineais para reeducar o assoalho pélvico e aumentar seu tônus muscular.

A aplicação dos protocolos de tratamento difere consideravelmente, mas a magnitude das resistências aplicadas, as durações do tempo de contração e de repouso dependem, também, de uma posição correta da bacia e de uma respiração normal. Em relação à respiração, há variações inter-individuais importantes, pois algumas mulheres contraem melhor o assoalho pélvico na expiração e outras na inspiração.

Cone vaginal

Outra modalidade de exercício foi instituída através da utilização de pequenas cápsulas de formato anatômico, constituindo um conjunto de cinco cones de diferentes pesos progressivos, variando de 20g à 70g aproximadamente.

Os cones vaginais buscam efetividade por propiciar um ganho de força e resistência muscular por meio do estímulo para recrutamento das musculaturas pubiococcígea e auxiliar periférica, que devem reter os cones cada vez mais pesados além de proporcionar à mulher uma conscientização da contração do assoalho pélvico, que segundo alguns autores, é melhor quando utilizada técnica de contato intracavitário, oferecendo mais resultados que a orientação verbal.

Assim, a ação reflexa automática da musculatura do pavimento pélvico proporciona uma fisioterapia interna que rapidamente restabelece o tônus muscular interessado e promove maior conscientização perineal.

Exercícios de Kegel

Elaborado por Dr. Arnold Kegel nas décadas de 40 e 50, são utilizados para ganhar controle sobre os músculos que circundam o intróito, pois consistem em exercícios voluntários de contração e relaxamento desse aparato anatômico (pavimento pélvico e estriado uretral).

Os bons resultados da técnica residem na completa compreensão por parte da paciente em como realizar os exercícios. A execução dos exercícios perineais supervisionados pode ser feita em associação à respiração abdominal-diafragmática e os exercícios realizados pela paciente seguem instruções verbais do terapeuta. Cada contração pode ser sustentada por 5 segundos, em séries de 8 repetições com a paciente em diferentes posições para a realização dos exercícios como por exemplo em cúbito dorsal com joelhos flexionados e pés apoiados.

Podem ser feitas, também, contrações perineais breves por 1 a 2 segundos. Esta técnica auxilia tanto no fortalecimento quanto na conscientização perineal, para melhor controle sobre a musculatura no ato sexual além de uma medida profilática para a saúde com o passar dos anos e acontecimentos que podem interferir no períneo.

Biofeedback

O biofeedback é um método de reeducação que tem um efeito modulatório sobre o Sistema Nervoso Central SNC através da utilização de uma retroinformação externa como meio de aprendizado.

Esse método consiste na aplicação de eletrodos acoplados na musculatura do assoalho pélvico e musculatura sinergista (glúteo máximo, adutores e abdominais), que através de comandos verbais dados pelo fisioterapeuta, orientará os músculos do assoalho pélvico excluindo a sinergista.

O objetivo do tratamento por biofeedback é de ajudar as pacientes a desenvolver maior percepção e controle voluntário dos músculos do assoalho pélvico. Sua contribuição consiste também em garantir a aquisição rápida, precisa, segura da participação da paciente em sua reeducação.

O treinamento do controle voluntário eficiente da função do assoalho pélvico é capaz de reestabilizar os circuitos neuronais e aperfeiçoar a função dos alvos periféricos.

Eletroestimulação

A eletroestimulação consiste na colocação intravaginal de um dispositivo de aproximadamente 7cm de comprimento e 2,5cm de diâmetro com frequência de 10 e 50hz, o qual promove potentes estímulos elétricos na região pudenda.

Esta técnica é muito eficaz para a conscientização do assoalho pélvico e reforçomuscular, porém, a corrente elétrica deve ser ajustada a um nível em que esta possa ser sentida, mas não ser desagradável para a paciente, suficiente para que seja percebida a contração da musculatura pélvica durante a estimulação.

Não há relatos de morbidade significativa dessa forma de terapia. Efeitos colaterais que são comuns com tratamento medicamentoso não acompanham este tratamento, porém alguns pacientes relatam algum desconforto ou irritação local.

Trabalho manual (toque bidigital)

O fisioterapeuta introduz dois dedos (o médio e o indicador) na vagina da paciente, até o local onde deve contrair. Ao localizar a musculatura que será recrutada, o terapeuta afasta os dedos para assim poder graduar a força de contração.

Este pode ser graduado de 0 a 3 (**0 – sem contração, 1 - pouca contração, 2 – tem contração, mas não vence a resistência feita pela mão, 3- contração que vence a resistência da mão**).

O objetivo dessa técnica é também promover a conscientização da musculatura perineal através da contração e do relaxamento mediante o comando verbal. Dessa

forma, a mulher terá um conhecimento corporal mais aprimorado e aprenderá a relaxar a musculatura durante a relação sexual.

Orientações Domiciliares

Torna-se imperativa no tratamento conservador a todas as mulheres, e como parte integrante do tratamento as pacientes devem utilizar também um programa domiciliar de exercícios como rotina diária de manutenção.

Os exercícios só poderão ser feitos após a conscientização dos músculos perineais. Estes exercícios deverão obedecer a critérios como o número de repetições e a associação com a respiração se necessário.

É importante que se tenha um conhecimento exato da musculatura que se deve trabalhar, pois a ação sinérgica poderá ser adicionada a ação da musculatura perineal interferindo na terapêutica focada nos músculos que circundam o intróito vaginal.

Os recursos estão sendo aplicados nas DSF e com resultados satisfatórios em função de estarem baseados na reeducação perineal. As DSF podem advir de diversos fatores, porém os mais comuns são os psicológicos, que somado ao desconhecimento corporal, resultam nas mesmas.

Assim, as técnicas também parecem ser efetivas na conscientização perineal que aparece como a causa mais provável da maioria das DSF. Entretanto é fundamental que haja uma interação multidisciplinar para trabalhar com estas alterações na função sexual da mulher e estabelecer um aumento da eficácia da terapêutica. Novas pesquisas devem ser estimuladas a respeito do tema, principalmente os ensaios clínicos que possibilitarão respostas mais substanciais referentes à eficácia e a contribuição da intervenção fisioterápica nas disfunções sexuais femininas. (Antonioli, 2010)

TRATAMENTO: EXPERIÊNCIA COM UMA PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE VAGINISMO

A escolha do tema se deu ao receber uma paciente com o diagnóstico de vaginismo, do tipo generalizado ao longo da vida, de 23 anos, casada há 2 anos. Havia sido diagnosticada após o casamento, pelo médico ginecologista da unidade de saúde próxima a sua residência, sendo encaminhada para avaliação e tratamento fisioterapêutico e psicológico.

A paciente era formada em direito, há dois anos, mas não exercia a profissão e encontrava-se desempregada. As únicas experiências profissionais haviam sido durante a sua graduação, por meio de estágios.

Além do Vaginismo, apresentou como queixa a timidez, dificuldade de se relacionar, por não acreditar nela e sentir que sempre vai incomodar ou fazer algo errado. Sentimentos que a bloqueavam também na busca de emprego ou qualquer outra ação que precisava fazer sozinha.

No corpo, relatou sentir muita rigidez, derivada de tensão, principalmente, na cabeça, pescoço e quadril.

Levando em consideração que todos os conflitos emocionais inconscientes estão estruturados no corpo e ficam registrados na forma de tensões musculares crônicas, que tem tanto efeito quantitativo quanto qualitativo na vida das pessoas (Lowen, 1986), a paciente se encaixava na definição de Valins (1951), de que o Vaginismo atua como um bloqueio total de todas as possibilidades, um fechamento e trancamento para o mundo, sintoma bem presente na minha paciente.

Suas relações intrapessoais estavam restritas ao marido, a família dele e a comunidade da Igreja Evangélica, a qual frequentava e realizava algumas atividades com o marido.

Com o marido, o relacionamento era caracterizado por total dependência financeira e emocional, sendo ele também dependente dos pais e avós. Pouco contato físico e nenhum tipo de relação sexual também caracterizavam a relação, onde a sua disfunção era usada como desculpa para a falta de aproximação, confirmando a importância, apontada por Protti e Rodrigues Jr (2008), de também investigar a história psicológica e sexual do parceiro, uma vez que é comum este também apresentar alguma disfunção.

Uma infância marcada pelo abandono de mãe e pai, perdas dos avós que faziam os papéis de pais, muitas privações, exigências, cobranças e preceitos morais e religiosos rígidos, deixaram traumas que a faziam sentir medo e vergonha, que a paralisavam desde suas primeiras experiências.

Segundo Lowen (1910), o caráter é a expressão do funcionamento do indivíduo tanto no âmbito psíquico quanto no somático. Refere a um padrão de comportamento que são resultados das primeiras experiências de vida e as defesas para se adaptar ao meio.

A maioria das pessoas exibe uma variável de caracteres, mas existe um padrão dominante de comportamento. Logo, a paciente apresentou estrutura de Caráter Oral, declarando sentir-se incapaz de ficar e de se realizar sozinha, reproduzindo a sensação interna de precisar de outras pessoas apoiando e cuidando, forte medo de perder o objeto de amor, vazio interno e desespero. Sua sexualidade apresentava conflitos, já que a força vital e o impulso sexual encontravam-se reduzidos, devido às experiências de carência, privações e perdas afetivas.

Ao iniciarmos a psicoterapia, o bom vínculo terapêutico juntamente com o trabalho da fisioterapeuta a disponibilizou para o trabalho com o corpo na técnica Bioenergética, apesar das reações involuntárias de contração muscular serem dominantes durante as sessões. Trabalhamos principalmente com exercícios que a ajudavam a fortalecer sua capacidade de sustentar-se nas próprias pernas, conhecer e satisfazer suas próprias necessidades, como *grounding*, respiração abdominal, espernear no colchão, trabalho com as bolas suíças e a borboleta.

Após 40 sessões de terapia Análise Bioenergética, foi possível observar uma boa evolução no conflito dependência X independência, que é característico do Caráter Oral. A paciente conseguiu procurar e obter um emprego, melhorou seu sentimento de capacidade e encontrou-se mais enraizada na realidade.

Quanto ao quadro de vaginismo, não houve muitas evoluções, principalmente pelas dificuldades apresentadas pelo parceiro, que fugia do ato sexual, mas conduzia a parceira a se sentir a única responsável. Mesmo após as sessões de orientação e encaminhamento para acompanhamento psicológico, ele não demonstrou interesse e não aceitou o tratamento.

A fisioterapia quase não teve resultado, nesse caso. Após meses de acompanhamento, a paciente decidiu interromper e procurar outro profissional, que

atuava na rede particular, indicada pela fisioterapeuta, já que não havia obtido grandes progressos em um ano de trabalho.

O tratamento psicoterapêutico teve continuidade, uma vez que existe um caminho a ser percorrido até chegar à sexualidade genital: a busca da autonomia, traumas de separação e crenças limitantes e negativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditando na importância da sexualidade na estruturação da identidade e da personalidade do indivíduo e constatando que apesar de toda evolução de nossa sociedade, ela ainda é tratada de uma forma conflituosa, com mensagens de repressões veladas e/ou expostas e ao mesmo tempo com mensagens de liberdade e naturalidade, principalmente a sexualidade feminina. Revela-nos o quanto temos que contribuir para a evolução desse tema.

Infelizmente, nessa nossa cultura, o desenvolvimento natural não ocorre sem distúrbios. Todos passam por conflitos gerados por situações em que a espera do amor e prazer foram associadas com privações, frustrações, medos e demais sentimentos desagradáveis, com intensidades e histórias diferentes.

Tais conflitos ficam reprimidos e enterrados no inconsciente, mas continuam ativos e influenciando no nosso comportamento, principalmente em forma de culpa, medo e supressão das sensações sexuais, no corpo se materializam em forma de tensões (courageiras), como forma de proteção, para evitar a reedição do sofrimento.

Nas disfunções sexuais, entre elas o vaginismo, a couraça é bem evidente. O bloqueio muscular da vagina não só fecha e tranca as sensações sexuais, mas todos os outros sentimentos que precisam ser reprimidos para não gerar sofrimento. Nesse bloqueio a mulher com vaginismo pode não só se trancar para o sexo, mas para a vida, para o amor, trabalho, conhecimento e criatividade.

A Análise Bioenergética, através dos exercícios bioenergéticos tem muito a contribuir para as mulheres com Vaginismo, uma vez que tem o objetivo de ajudar as pessoas a manter contato com as tensões que a inibem, identificar-se com seu corpo, aumentando a capacidade de sentir o corpo e compreender a sua história registrada nele, promover a autoexpressão e a sexualidade.

BIBLIOGRAFIA

LOWEN, A. **Bioenergética**. São Paulo: Summus, 1975.

LOWEN, A. **O corpo em Terapia**. São Paulo: Summus, 1977.

LOWEN, A. **Medo da Vida: caminhos da realização pessoal pela vitória sobre o medo**. São Paulo: Summus, 1986.

LOWEN, A. & LOWEN, L. **Exercícios de bioenergética: o caminho para uma saúde vibrante**. 5ª. Ed. São Paulo: Ágora, 1985.

REICH, W. **Análise do caráter**. São Paulo. Martins Fontes. 1989

REICH, W. **A função do Orgasmo**. São Paulo. Editora Brasiliense. 6ª. Ed. 1981

VOLPI, J. H. & VOLPI, S. M. Reich: **A Análise Bioenergética**. Curitiba: Centro Reichiano, 2003.

WEIGAND, O. **Grouding e autonomia. A Terapia Corporal Bioenergética revisitada**. Ed. Pearson. 2006.

ABDO, C. **Sexualidade Humana e seus Transtornos**. 3ª ed. São Paulo. Leitura Médica. 2010

PROTTI, F & RODRIGUES JR, O. **Vaginismo, quem cala nem sempre consente...!!! Descubra-se e vença seus medos**. São Paulo. Biblioteca 24 horas.2008

VALINS, L. **Quando o corpo da mulher diz não ao sexo - compreendendo e superando o vaginismo**. Rio de Janeiro. Imago. 1994

BAKER, E. **O labirinto Humano - causas do bloqueio da energia sexual**. Cap. 04. São Paulo. Summus. 1980

KUSNETZOFF, J C. **Introdução à Psicopatologia Psicanalítica**. Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 1982

PINHEIRO, M. A. O. **O casal com vaginismo: Um olhar da Gestalt-terapia**. In: Revista IGT na Rede, v.6, nº10, 2009, p 91- 143. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs/ISSN1807-2526>. Acesso em: 20 nov, 2018.

SERRA, M. **Qualidade de Vida e disfunção Sexual: vaginismo**. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica) PUC/SP, São Paulo, p 22 – 33, 2009.

MENDONÇA, C.R.; AMARAL, W. N. **Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas – Revisão de Literatura.** FEMINA. Março 2011, vol 39, nº 3.

ETIENNE, M.A; WAITMAN, M.C. **Disfunções sexuais femininas: a fisioterapia como recurso terapêutico.** São Paulo: LPM,2006.

PIASSAROLLI, V. P. et al. **Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2010, v. 32, nº 5, p 234-40.

ANTONIOLI, R.S; SIMÕES, D. **Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas.** Rev Neurocienc 2010, v. 18, nº 2, p 267-274.