

CASO CLÍNICO

ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL DE UM CASO DE DISFUNÇÃO
SEXUAL MASCULINA*Arnaldo Barbieri Filho¹*

BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH OF A MALE SEXUAL DYSFUNCTION CASE

ENFOQUE BIOPSISSOCIAL DE UN CASO DE DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA

Resumo: Diagnósticos biopsicossociais, incluindo mecanismos de medicações, são importantes para o tratamento das disfunções sexuais. Um homem de 23 anos referia ser muito tímido e exigente consigo mesmo. Às masturbações fazia estimulação anal e apresentava ejaculação precoce (EP). Só tentou ter a sua primeira relação sexual há nove meses, quando teve disfunção erétil (DE). Desde então teve poucas tentativas, sempre com DE e EP. Estava com varicocele e espermograma alterado. Tem pai idoso e com dificuldades para deambular. Os diagnósticos foram DE, EP, fobia social, fortes traços obsessivos de personalidade, reação depressiva e excitação por estimulação anal pela qual tinha sentimento de culpa. O tratamento incluiu psicoterapia, Sertralina 25 mg, Diazepam e Sildenafil se necessário, além de exercícios sexuais e avaliação urológica. Foi sugerida cirurgia para a varicocele, mas esta não justificava as disfunções sexuais. Relatou em iniciar o tratamento e manteve a DE e a EP. Quando usou Sildenafil, não teve DE mas apresentou EP. Quando iniciou a Sertralina conseguiu o retardo ejaculatório. A Sertralina trata a fobia social e retarda a ejaculação pelo efeito da serotonina, melhorando a EP. Foi usada em dose bem baixa, mesmo porque inibe a libido. O Diazepam também causa disfunções sexuais, por isso foi evitado. Assim, com essas medicações associadas à psicoterapia passou a ter relações normalmente. Pouco tempo depois, suspendeu as drogas sem prejuízo da função sexual. Continuou a psicoterapia na qual foram trabalhados os seguintes aspectos: o sentimento de culpa em relação às fantasias de estimulação anal; a baixa autoestima; o medo de ser criticado; as fantasias em relação à varicocele e à perda de mobilidade dos espermatozoides; a auto cobrança excessiva e o fraco pai interno. Com a melhora da autoestima e da autoconfiança, passou a ter uma vida sexual saudável.

Palavras-chave: disfunções sexuais. Homem. Terapêutica.

Abstract: Biopsychosocial diagnoses, including medication mechanisms, are important for the treatment of sexual dysfunction. A 23-years-old man reported being very shy and demanding a lot of himself. He used to masturbate with anal stimulation and to have premature ejaculation (PE) even in masturbations. He only tried to have his first sexual intercourse nine months ago, when he had erectile dysfunction (ED). Since then, he had few attempts, always with ED and PE. He had varicocele and altered sperm test. His father is elderly and has difficulty walking. The diagnoses were ED, PE, social phobia, strong obsessive personality traits, depressive reaction, and arousal excitement for anal stimulation for which he felt guilty. Treatment included psychotherapy, Sertraline 25 mg, Diazepam and Sildenafil if necessary, as well as sexual exercise and urological evaluation. Varicocele surgery was suggested, but it did not justify sexual dysfunction. He was reluctant to start treatment and maintained ED and PE. When he used Sildenafil, had no ED but he did have PE. When Sertraline was started, he achieved ejaculatory delay. Sertraline treats social phobia and delays ejaculation due to the effect of serotonin, improving PE. It was used in a very low dose, because it inhibits libido. Diazepam also causes sexual dysfunction, so it has been avoided. Thus, with these medications associated with psychotherapy, he started having sex normally. Shortly thereafter, he suspended the drugs without impairing sexual function. Psychotherapy continued and the following aspects were worked on: the feeling of guilty in relation to fantasies of anal stimulation; low self-esteem; fear of being criticized; fantasies about varicocele and loss of sperm mobility; excessive self-charging and the weak internal father. As self-esteem and self-confidence improved, he began to have a healthy sex life.

Keywords: sexual dysfunctions. Man. Therapy.

¹ Instituto de Estudos da Sexualidade, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: abarbierifilho@gmail.com.

Resumen: Los diagnósticos biopsicosociales, incluidos los mecanismos de acción de medicamentos, son importantes para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Un hombre de 23 años dijo ser muy tímido y exigente consigo mismo. Durante las masturbaciones, realizó estimulación anal y presentó eyaculación precoz (EP). Solo trató de tener su primera relación sexual hace nueve meses, cuando tuvo disfunción eréctil (DE). Desde entonces, ha habido pocos intentos, siempre con DE y EP. Tenía un varicocele y un espermograma alterado. Tiene un padre anciano que tiene dificultades para caminar. Los diagnósticos fueron DE, EP, fobia social, fuertes rasgos de personalidad obsesiva, reacción depresiva y excitación por estimulación anal por la cual se sintió culpable. El tratamiento incluyó psicoterapia, Sertralina 25 mg, Diazepam y Sildenafil si fuera necesario, además de ejercicios sexuales y evaluación urológica. Se sugirió cirugía para el varicocele, pero esto no justificó la disfunción sexual. Él era reacio a comenzar el tratamiento y mantuvo la DE y la EP. Cuando usaba Sildenafil, no tenía DE pero presentaba EP. Cuando comenzó Sertralina, logró un retraso en la eyaculación. La Sertralina trata la fobia social y retrasa la eyaculación debido al efecto de la serotonina, mejorando la EP. Se usó en una dosis muy baja, porque inhibe la libido. El Diazepam también causa disfunción sexual, por lo que se ha evitado. Por lo tanto, con estos medicamentos asociados con la psicoterapia, él comenzó a tener relaciones sexuales normalmente. Poco después, suspendió las drogas sin afectar la función sexual. La psicoterapia continuó en la que se trabajaron los siguientes aspectos: el sentimiento de culpa en relación con las fantasías de estimulación anal, baja autoestima, miedo a ser criticado, fantasías sobre el varicocele y la pérdida de la movilidad de los espermatozoides, la autocarga excesiva y la debilidad del padre interno. Con la mejora de la autoestima y la confianza en sí mismo, comenzó a tener una vida sexual saludable.

Palavras clave: disfunciones sexuales. Hombre. Terapéutica.

Introdução

O tratamento da Disfunção Erétil (DE) em geral é realizado com inibidores de fosfodiesterase 5 e em casos mais graves com injeções intracavernosas e próteses penianas (GUL; SEREFOGLU, 2019). Muitos indicam também a psicoterapia e exercícios sexuais (ALTHOF; WIEDER, 2004; ARBANAS et al., 2016).

Nesta discussão de caso é exemplificada uma abordagem biopsicossocial. Foram levados em consideração outros diagnósticos sexuais, diagnósticos psiquiátricos, questões psicodinâmicas, mecanismos de ação de medicamentos, aspectos familiares e diagnósticos de doenças orgânicas. Assim, neste trabalho foram abordadas questões biológicas, psicológicas e sociais (McCABE et al., 2015).

Apresentação do caso

O paciente, aqui identificado como Sr. Y., é do sexo masculino, tem 23 anos, é engenheiro, branco, solteiro e evangélico não praticante. Mora com os pais na mesma cidade onde nasceu.

Compareceu sozinho à primeira consulta dia 03 de outubro de 2003 referindo que sempre foi tímido, sendo que só no começo deste ano teve a primeira namorada. A sua primeira relação sexual foi em janeiro desse ano com ela. Foram quatro tentativas na mesma noite, sendo que em duas não conseguiu ereção suficiente para penetrar e em duas chegou a ejacular mas com pênis sem boa ereção. Após esta primeira noite passou a ficar com receio de pegar doenças mesmo com camisinha. Em setembro

tentou por mais três noites, sendo que na primeira perdeu a ereção, na segunda ejaculou rápido (um minuto ou menos) e na terceira também não teve boa ereção, ejaculando rápido novamente. Então, ele a masturbava para que ela chegasse ao orgasmo. Quando se masturba sozinho, em geral tem boas ereções e chega bem ao orgasmo, porém muitas vezes é precoce. Costuma fazer no banheiro ou na cadeira do computador. Na maioria das vezes realiza também estimulação anal. Nega qualquer interesse por homens, sentindo-se envergonhado do ato, temendo ser chamado de homossexual. Fantasia que está tendo relação com uma mulher e se autoestimula analmente.

Há um mês começou namorar uma mulher de outra cidade e que via raramente. Esta havia acabado de sair de um casamento. Mas logo ela voltou com o ex-marido, apesar da mesma dizer que gostava do paciente e vice-versa. Desde então (há cerca de 15 dias) o paciente está com muita tristeza, choro e desânimo. Continua a conversar com a moça, mas sem relacionamento afetivo. Não chegou a ter relação sexual com ela. Refere ser uma pessoa muito exigente consigo mesmo e tem dificuldades em situações onde precisa se expor. Fica muito nervoso e com o rosto vermelho, por exemplo, se vai apresentar um seminário. Nega qualquer tratamento psiquiátrico anterior. E atualmente não está usando qualquer medicamento.

Em relação a outras doenças referiu que há três meses usou antibiótico para bactéria no ânus. Está com varicocele unilateral à esquerda e fez espermograma que mostrou espermatozoides com menor mobilidade.

Operou de fimose quando bebê. Foi obeso, chegando a pesar 120 kg, mas perdeu peso através de regime alimentar há três anos.

É filho único do segundo casamento do pai, o qual tem 76 anos e dificuldades para andar com trombose e osteoporose. A mãe se sente presa por ter que cuidar deste. Tem apenas um irmão de 50 anos cuja mãe é separada do pai do paciente.

O exame psicológico não apresenta nenhuma alteração digna de nota.

As hipóteses diagnósticas foram transtorno erétil ao longo da vida e generalizado e ejaculação precoce ao longo da vida e generalizada. Apresentava intensas fantasias com estimulação anal e sentimento de culpa em relação a elas. A sua orientação era heterossexual. Tinha fobia social com fortes traços obsessivos de personalidade e uma autocobrança excessiva. Havia também uma reação depressiva ao término do namoro. Além disso, apresentava Varicocele unilateral à esquerda com perda de mobilidade dos espermatozoides.

Foi pedida nova avaliação urológica e iniciado o tratamento com Sertralina 25 mg cedo, Valium 5 mg se necessário e sugerido Sildenafil se fosse ter relação. Indicada psicoterapia com o mesmo profissional e o exercício sexual “stop-start/squeeze” para EP.

Fez a avaliação urológica que mostrou níveis hormonais normais, exceto leve aumento da prolactina que não justificava o quadro. Foi, então, sugerida cirurgia para a varicocele que não foi realizada naquele momento.

No início resolveu não iniciar a Sertralina e compareceu a poucas sessões psicoterápicas porque estava com problemas de horário. Cerca de um mês após a primeira consulta teve relações com uma outra moça que conheceu. Sendo que na primeira noite não usou Sildenafil e teve DE. Na segunda noite usou Sildenafil 50 mg logo ao chegar ao motel e teve ereção, mas com EP. Na terceira noite não usou o medicamento e teve DE na primeira tentativa e EP na segunda.

Cerca de um mês e meio após a primeira consulta optou por começar a Sertralina. Não teve mais tentativas com aquela moça. Cerca de dois meses após a primeira consulta voltou a encontrar a que era casada. Afirma que a Sertralina retardou sua ejaculação e usando Sildenafil conseguiu três relações completas e uma última que não chegou ao orgasmo. Nem lembrou da estimulação anal.

Afirma que estava se sentindo mais solto com o uso do Antidepressivo.

Uma semana depois começou a se relacionar com outra moça. Teve relações com esta com e sem Sildenafil e foi muito bem. Dias depois adquiriu confiança e passou a conseguir bem sem esta medicação. Um mês depois parou a Sertralina e continuou tendo relações normalmente. Apenas uma vez, quando a camisinha furou, teve cerca de três episódios de DE.

Namorou essa moça sem mais disfunções sexuais por quatro anos.

Discussão

Em relação às questões sexuais o paciente apresentava transtorno erétil ao longo da vida e generalizado e ejaculação precoce ao longo da vida e generalizada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Foi um excelente aluno na escola e já tinha um ótimo emprego, mostrando que nas questões acadêmicas e profissionais era um homem de sucesso. Exigia-se muito, mostrando fortes características obsessivas de personalidade. Assim, em situações onde não dominava muito o tema sentia-se muito ansioso, caracterizando um quadro psiquiátrico de fobia social (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Em relação à sexualidade era uma pessoa inexperiente e insegura. Sentia muita culpa por fantasias e masturbações onde se estimulava analmente. Receava que o rotulassem como homossexual, mas não tinha nenhuma atração por homens. Sempre se masturbava pensando em mulheres. Não tinha fantasias de se vestir de mulher durante as atividades sexuais (Parafilia Transvestismo), nem se identificava com o sexo oposto (Transexualidade) nem tinha atração por figuras femininas com pênis (Ginandromorfofilia). Apresentava intensa ansiedade de castração (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; D'ANDREA, 1984; ROSENTHAL et al., 2017).

Sabe-se que a ansiedade durante o ato sexual pode gerar uma descarga de adrenalina fazendo com que o indivíduo perca a ereção (DE) e/ou ejacule precocemente (EP) (BESTANE, 2002; REHMAN; MELMAN, 2002).

A varicocele pode diminuir o nível de testosterona e, assim, dificultar o desejo e a ereção (WAN et al., 2017). No caso do paciente as varizes diminuíram a mobilidade dos espermatozoides dificultando a fertilidade, mas não teve diminuição hormonal. Mesmo assim, a suposta dificuldade para ser pai deixou-o com menor autoestima ainda. Como houve remissão do quadro antes de operar as varizes, o componente orgânico da varicocele não era importante na geração dos sintomas sexuais.

Por outro lado, a identificação com um pai fraco e doente colabora para a sua perda de confiança para o exercício do papel masculino (D'ANDREA, 1976). Dessa maneira, o paciente era um obsessivo, fóbico social, com fantasias sexuais ansiogênicas, identificado com um pai fraco e com possíveis dificuldades para poder se reproduzir. Tais características colaboraram para que a ansiedade se exacerbasse e as disfunções sexuais (DE e EP) se desenvolvessem.

O efeito da ansiedade nos receptores alfa1 adrenérgicos penianos pode gerar perda da ereção e/ou ejaculação precoce (BESTANE et al., 2002; ELIASCHEWITZ,

2002; REHMAN; MELMAN, 2002). Portanto, seriam necessárias medicações que aliviassem a ansiedade, melhorassem a ereção e retardassem o orgasmo, sem grandes diminuições de libido.

A Sertralina foi escolhida devido ao fato de ter importante ação no receptor pós-sináptico de serotonina 5HT2A e discreto efeito dopaminérgico. Esta medicação trata a Fobia Social e a ansiedade em geral. Sua ação no 5HT2A propicia um retardo ejaculatório que alivia a EP mas pode diminuir a libido. Assim, foi iniciado em dose baixa (25 mg). O efeito dopaminérgico é estimulante da função sexual (STAHL, 2013).

O Diazepam foi prescrito porque apesar da Sertralina aliviar a ansiedade pode ser ansiogênica no início. No entanto, o benzodiazepínico deveria ser usado apenas se necessário pois causa dependência e pode prejudicar a sexualidade devido ao seu efeito antidopaminérgico (STAHL, 2013).

A Sildenafil foi escolhida por seu consagrado efeito na DE através da inibição da fosfodiesterase5. Ela não tem efeito farmacológico direto no retardo da ejaculação (REHMAN; MELMAN, 2002).

Foi realizado um trabalho de psicoeducação quanto às fantasias de estimulação anal, que não significam que quem as possua seja homossexual. O sentimento de culpa em relação tais fantasias foi aliviado no processo psicoterapêutico.

Dentre as características obsessivas, apresentava importante perfeccionismo e cobrava-se excessivamente, o que o ajudou a ter sucesso na vida acadêmica e profissional.

No entanto, para outros aspectos da vida mostrava ansiedade e insegurança. Tinha muito medo de ser criticado e de fracassar. Assim, o sentimento de impotência era intenso em relação a questões que não dominava, como a vida sexual. Além disso, a perda de mobilidade dos espermatozoides, as fantasias em relação à estimulação anal e o pai interno fraco aumentavam ainda mais seu sentimento de incapacidade.

No processo psicoterapêutico foram trabalhados tais conflitos com intuito de aumentar a segurança e aliviar a ansiedade. Afinal, ele não é nem um super-homem onipotente nem um impotente (D'ANDREA, 1976).

Conclusões

O paciente foi tratado com medicamentos (Sertralina e Sildenafil) e psicoterapia de orientação psicanalítica.

Foram trabalhados os quadros sexuais (Transtorno Erétil, Ejaculação Precoce e fantasias de estimulação anal), psiquiátricos (Fobia Social, características obsessivas de personalidade e depressão reativa) e clínicos gerais (varicocele). Bem como seus conflitos psicológicos e relacionais.

A abordagem biopsicossocial revelou um excelente resultado. O uso das medicações foi transitório, mesmo sendo utilizada apenas uma sub dose diária de 25 mg de Sertralina. A Sildenafil 50 mg foi usada apenas por poucas vezes e o Diazepam 5 mg não foi necessário.

Referências

ALTHOF, S. E.; WIEDER, M. Psychotherapy for erectile dysfunction: now more relevant than ever. *Endocrine*, Totowa, v. 23, n. 2-3, p. 131-134. Mar./Apr. 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ARBANAS, G. et al. [The First Croatian Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of persons with premature ejaculation]. *Lijec Vjesn. Zagreb*, v. 138, n. 11-12, p. 321-7. Nov./Dec. 2016.

BESTANE, W.; PAGANI, E.; BARTOLO, E. B. Fisiopatologia do descontrolo ejaculatório. In: GLINA, S. et al. (org). *Disfunção sexual masculina*. São Paulo: Instituto H. Ellis, 2002. p. 87-99.

D'ANDREA, F. F. *Desenvolvimento da personalidade*. 6. ed. São Paulo: Difel, 1984.

ELIASCHEWITZ, F.G. *Disfunção erétil e diabetes*. São Paulo: Pfizer, 2002.

GUL, M.; SEREFOGLU, E. C. An update on the drug safety of treating erectile dysfunction. *Expert Opinion on Drug Safety*, v. 18, n. 10, p. 965-975, Oct. 2019.

McCABE M. P. et al. Risk Factors for Sexual Dysfunction Among Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, Amsterdam, v. 13, n. 2, p. 153-167, Feb. 2016.

REHMAN, J.; MELMAN, A. Fisiopatologia das principais causas de disfunção da ereção. In: GLINA, S. et al. (org). *Disfunção sexual masculina*. São Paulo: Instituto H. Ellis, 2002. p. 59-79.

ROSENTHAL, A. M.; HSU, K. J.; BAILEY, J. M. Who Are Gynandromorphophilic Men? An Internet Survey of Men with Sexual Interest in Transgender Women. *Archives of Sexual Behavior*, v. 46, n. 1, p. 255-264, Jan. 2017.

STAHL, S. M. *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. 4. ed. New York: Cambridge University Press, 2013.

WAN, X.; WANG, H.; JI, Z. Microsurgical varicocelectomy for clinical varicocele: A review for potential new indications. *Andrologia*, v. 49, n. 10, Dec. 2017.