

Psicogênese e tratamento da disfunção erétil – abordagem psicanalítica*

2

José Carlos Carpilovsky**

Resumo

O autor aborda alguns problemas dos pacientes com Disfunção Erétil Psicogênica, inicialmente sob o ponto de vista da Psicanálise Clássica (conflitos entre os desejos, pulsões, e as instâncias repressoras). Relaciona os conflitos à agressividade, e à projeção desta, cuja consequência pode ser *o desejo, inconsciente, de não ter relações sexuais*.

Faz uma rápida visita a outros autores e técnicas, e traz uma experiência de atendimento institucional a grupos de tempo e objetivo limitados, psicoterapia breve, 3 a 4 meses de duração. A abordagem é psicanalítica mas, quando necessário, são incluídos recursos cognitivos, comportamentais e, inclusive, medicamentos. Os resultados têm sido muito bons, superando 75% de melhoras altamente significativos, ou de “curas”. A partir

* Trabalho realizado no setor de Andrologia, Serviço de Urologia, Hospital da Lagoa, SUS, Rio de Janeiro. Chefe do Serviço, Dr. Tomás Accioly de Souza. Coordenador do Setor, Dr. Oswaldo L. Berg.

** Médico psiquiatra e psicanalista, membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ), da Sociedade de Psicoterapia de Grupo do Estado do Rio de Janeiro (SPAG – E. RIO) e da Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro.

Recebido em 17.08.01

Aprovado em 10.09.01

desta experiência, sugere que a origem dos sintomas é muito precoce, e que se deve a uma deficiente estruturação do self, por necessidades básicas não preenchidas. É isto que permite o “adoecer”, através das situações ditas desencadeantes. A elaboração destas “faltas” conduz não só à remissão dos sintomas, como a uma melhor qualidade de vida.

Abstract

The author addresses some problems suffered by patients with psychogenic erectile dysfunction, initially from a Classic Psychoanalytical viewpoint (conflicts between desires, instincts, and instances of repression). He draws a correlation between the conflicts and aggressiveness, and its projection, the consequence of which may be *the unconscious desire to not have sexual intercourse*.

The study touches on work by other authors and other techniques, and relates the experience of groups being attended institutionally within limited time-frames and with limited objectives, i.e. brief psychotherapy, lasting three to four months. The approach is psychoanalytical, but when necessary, cognitive and behavioral resources are introduced, as well as medicines. The results have been good, with more than 75% showing a very significant improvement, or “cure”. This experience suggests that the origin of the symptoms is very early, and is due to a deficiency in the structuring of the self, when basic needs were not met. This is what allows the “illness” to occur, triggered in specific situations. Working through these “lacks” leads not only to na alleviation of the symptoms, but also to na improved quality of life.

I – Psicanálise Clássica (psicologia do conflito)

Como introdução, peço que imaginem um grupo de jovens, planejando um programa para esta noite. É quando um dos rapazes diz que não pode ir, pois é obrigado a comparecer à uma festa, muito chata, aniversário de um velho amigo da família. Trava-se, então, o seguinte diálogo:

- Se a festa é chata, não vá.
- Não posso, vão ficar muito magoados.
- Então vá, dê um abraço, diga que tem um compromisso, e saia logo.

Nós te esperamos.

Pois bem, se eu chamar esta festa – chata – de *relação sexual*, a primeira opção, “não vá”, representa a *impotência*. A segunda opção, “vá, e saia logo”, representa a *ejaculação precoce* (ou descontrole ejaculatório). E como são, apenas, duas maneiras de obter o mesmo efeito – evitar a chatices da festa – não é raro que, no decurso do tempo, a ejaculação precoce se transforme em impotência⁹. Isto nos permite, também, muitas vezes, englobar as duas situações em um único quadro.

Mas eis que, aqui, surge um pequeno problema. É que, *conscientemente*, esta festa – *relação sexual* – não é uma festa chata. É esperada, desejada, muitas vezes idealizada. Foi planejada com cuidado, e os participantes, em geral dois, esperam, dela, muito prazer e satisfação.

O que propicia, então, que a festa, tão desejada, evolua para o fracasso? Provavelmente, algo que se passa fora da esfera consciente, ou seja, *conflitos inconscientes*, ligados às áreas dos desejos e das proibições. Se o sintoma for a resultante deste conflito, fica fácil entender o insucesso de vários tratamentos bem conduzidos, inclusive de próteses bem colocadas. Se, inconscientemente, o paciente deseja *não ter relações sexuais*, ele não tomará os medicamentos, nem fará os exercícios que forem indicados, ou criará uma situação de atrito com a companhia, cada vez que achar provável a perspectiva de uma temida intimidade. A compreensão e elaboração destes processos não conscientes é uma das principais características da psicanálise, e é o que a diferencia das outras aproximações psicoterápicas.

Tomemos como exemplo, a relação sexual que é vista como agressiva. Isto aparece, inclusive, na linguagem bem popular, dita “chula”, que toma emprestado do biológico algumas palavras, quando quer expressar algo mais forte. Assim, uma jovem conta para a mãe um acidente de carro, ocorrido com uma amiga: “e aí, ela foi levada para o hospital, está toda fodida”. A mãe responde: “coitada”. Que significa isto? Que a amiga acidentada inspira pena – coitada – por ter sido submetida a uma experiência tão terrível quanto um coito, visto como agressão.

Se a relação sexual for vivida, inconscientemente, desta forma, é evidente que o único modo de poupar o objeto de amor é evitá-la. Isto costuma ser a base das tão comuns separações entre amor e sexo. Mas também produz ansiedade e culpa, às vezes insuportáveis, o que torna necessária a busca de proteção através de mecanismos mentais bastante primitivos, tais como a projeção (atribuir ao outro certos sentimentos e afetos que pertencem a si). Pela projeção, o objeto (objeto no sentido de tudo aquilo que não é o sujeito, no caso o genital feminino) se transforma em perseguidor. Se, no primeiro momento, os mecanismos visavam poupar o objeto amado, nestes outros, eles passam a ser de proteção contra a agressão projetada⁽²¹⁾. É a repulsa ou temor ante uma vagina ameaçadora que, na fantasia, pode triturar ou destroçar o pênis, a assim chamada “vagina denteada”. A relação passa a ser evitada por medo, mas é claro que, se a mulher inspira temor e ódio, eventualmente repulsa, frustrá-la sexualmente faz parte de uma vingança.

As origens destas fantasias são muito primitivas; fatores posteriores, os que costumam ser responsabilizados, me parecem ser meros agentes desencadeantes das disfunções ditas reativas. Por exemplo, relações traumáticas com prostitutas; temores ante o risco de serem descobertos pelos pais, ou pela polícia; situações de perdas, traições, separações, etc.⁽¹⁴⁻²²⁾.

Iniciamos com estes conceitos da psicanálise clássica, pois foi esta que, desde o seu início, trouxe uma nova visão – na época – referente à

sexualidade humana, seus distúrbios e tratamentos⁽¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁾. Isto propiciou, direta ou indiretamente, uma aceitação e valorização, que se traduziram na educação, conduta e pesquisa.

II – Visitando outros autores

É assim que, no final da década de 40, Kinsey e colaboradores, na Universidade de Indiana, publicam os primeiros estudos epidemiológicos sobre o tema⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Pouco depois, respondendo à demanda feminina, surgem os anovulatórios orais e, com isto, abre – se uma janela nos temores ligados ao sexo: estão afastados o fantasma da gravidez não desejada e o das doenças venéreas (os antibióticos tinham surgido alguns anos antes). Esta janela seria apenas parcialmente fechada, 30 anos após, pela Aids ou Sida¹⁵.

A sexualidade masculina, por sua vez, ganhou um importante papel na “mídia”, através do sildenafil (Viagra), e de outros medicamentos, respondendo a supostas “excessivas solicitações” das mulheres.

O urologista costuma ser, em geral, o primeiro a ser procurado. Cabe a ele, neste caso, efetuar os procedimentos diagnósticos, bem como avaliar a organicidade ou não do quadro⁽³⁻²⁵⁻²⁶⁾. Embora se reconheça a alta incidência de fatores psicológicos em adultos jovens, 85 a 90%⁽²²⁻²⁸⁾, isto nem sempre é suficientemente valorizado: no “Consenso”, menos de uma página.⁽²⁶⁾ Apesar disto, os encaminhamentos tem sido mais freqüentes, a uma gama cada vez maior de orientações e possibilidades psicoterápicas. Algumas, são baseadas em técnicas cognitivas e comportamentais, que surgiram por volta de 1950, ligadas à teoria da aprendizagem⁽²⁾. Quando utilizadas para a inadequação sexual, juntamente com técnicas corporais e outras, constituem a assim chamada “terapia sexual”⁽²⁹⁾. Parcialmente eficazes, apresentam alto índice de recidivas⁽²⁵⁻²⁸⁾, mas, quando vinculados a uma visão intrapsíquica, seus resultados são bem mais satisfatórios⁽¹⁵⁻²⁸⁾. No Prosex, em São Paulo, psicodrama e jogos dramáticos tem sido usados com sucesso⁽¹⁾. No Rio de Janeiro, há Instituições trabalhando dentro de conceitos psicanalíticos, como o Hospital dos Servidores do Estado⁽⁸⁾ e o Hospital da Lagoa⁽⁷⁾. Autores que citam a psicanálise referem-se ao complexo de Édipo e à ansiedade de castração⁽¹⁻²⁾. Alguns, relacionam a ejaculação precoce com a ansiedade, e a impotência com a depressão⁽²³⁾, embora os antidepressivos tenham seu maior efeito no descontrole ejaculatório.

III – Nossa Experiência

O atendimento foi feito a grupos, de 8 a 10 pacientes, indicados pelo urologista, coordenador do setor. Este ministrava uma aula, anterior ao grupo,

em que procurava orientar e esclarecer todas as dúvidas, bem como, posteriormente, indicava alguns exercícios (técnica cognitivo – comportamental). O trabalho institucional, priorizando o atendimento, e levando em conta uma enorme demanda, nos levou a optar por grupos de tempo e objetivo limitado (psicoterapia focal, aproximadamente com 4 meses de duração). A vantagem do grupo é que ele acolhe, todas as experiências são aceitas e compartilhadas, e os mecanismos de identificação são intensos⁽⁶⁾, correspondendo à transferências cruzadas gemelares⁽⁴⁻⁵⁾. No seu manejo, foi possível usar experiências anteriores, extremamente úteis*. Mesmo nesta situação, em que era impossível uma neutralidade absoluta, procuramos ser fiéis, ao menos em parte, ao nosso referencial psicanalítico. No entanto, foram necessários algumas modificações da técnica clássica. Por exemplo, não interpretando a transferência, mas buscando o foco, como se vê nos fragmentos seguintes:

É uma 1ª sessão, 8 participantes; na sala de espera, falam animadamente. Entram, ficam em silêncio. O terapeuta apenas assinala isto.

João (tem 30 anos): “é que lá fora é uma prévia”.

Carlos (taxista, 58 anos): “eu estava contando como os passageiros me enganam, me fazem de bobo. Dizem assim: ‘espera um pouco, vou só buscar um pacote’, e não pagam; eles somem...”

Terapeuta: “você estão me contando as expectativas (a prévia) dos seus relacionamentos com as mulheres, e de como se sentem enganados, as decepções destes relacionamentos”.**

João conta, então, que é virgem, foi casado, e se separou: sua mulher nunca permitia a penetração, dizendo que sentia dor, até que ele descobriu que ela transava com outro homem.

2ª sessão do mesmo grupo:

Pedro: “masturbação é ruim?”

João: “quando minha mulher me afastava, eu ia ao banheiro e me masturbava.”

Carlos: “Vou mudar de assunto. Meu filho é contador, e estava muito bem empregado. Mas seu patrão era homossexual, e ‘passou a cantada’. Meu filho pediu demissão na hora. Mas ficou 3 meses desempregado; só agora conseguiu emprego num posto de gasolina, como frentista.”

Terapeuta: “Vocês estão me dizendo que, para ser frentista, ou seja, ter relações sexuais pela frente, em geral com uma mulher, é preciso abrir mão da masturbação e da homossexualidade”.***

* O autor foi, durante muitos anos, terapeuta, professor e supervisor de psicoterapia de grupo e coordenador do Ambulatório de Crise (psicoterapia breve), Hospital P. Pinel, M. Saúde.

** Esta interpretação ficou, propositalmente, bastante incompleta.

*** Apesar do pequeno exemplo, nossa postura é mais dialogal do que interpretativa.

Como se vê, é possível trabalhar com as fantasias, ansiedades e defesas; em outros momentos, com a relação transferencial, inclusive com as transferências selfobjetais.

Nossos resultados têm sido muito bons. Uma estatística correta dependeria do critério adotado mas, qualquer que seja este critério, a percentagem de melhoras significativas ou mesmo de “curas”, quando não houve comprometimento orgânico acentuado, ultrapassou a 75%. No entanto, nem sempre a avaliação urológica (índice internacional da função erétil, por exemplo), coincidiu com a observação dos terapeutas. Pois foi importante, para nós, não apenas a remissão dos sintomas (disfunção erétil) mas uma melhor qualidade de vida, incluindo mudanças na aceitação e manejo da realidade objetiva.

IV – Algumas conclusões, ligadas à Psicanálise do Self (psicologia da falta).

Não resta dúvida de que distúrbios da sexualidade têm uma origem bastante primitiva⁽²⁻¹⁸⁾. Melanie Klein atribui à inveja precoce não apenas uma passagem antecipada da posição esquizo-paranóide à posição depressiva, mas também uma busca antecipada de gratificações genitais, para suprir a ausência de gratificações orais¹⁸. O fato parece verdadeiro, e explica as dificuldades posteriores, pois a genitalidade fica colorida pelas suspeitas e perseguições, características de uma fase anterior. O que não creio é que a inveja seja o único fator, nem o mais importante. Valorizando o ambiente, considerando o objeto como estruturante do sujeito, pode-se concluir que todo o desenvolvimento harmônico depende dos primeiros objetos (selfobjetos, sentidos como parte do “eu”, ou como funções; destinados a preencher as necessidades do “eu”, e não percebidos como centros independentes de iniciativa). Estes selfobjetos, os pais, num primeiro momento, devem ser empáticos e responsivos, preenchendo as necessidades básicas do ser humano, tais como a proteção e segurança, a semelhança essencial, e a admiração e espelhamento⁽⁴⁻⁵⁻¹⁹⁻²⁰⁻²⁴⁻²⁷⁾.

Pois bem, aqui estão as faltas⁽¹³⁾. Em *nenhum* de nossos pacientes estas necessidades foram preenchidas, seja por abandonos, por excessiva severidade, ou por punições, castigos, ameaças. E isto se traduz em feridas narcísicas, com diminuição da auto-estima e com todo o sofrimento proporcionado pela vergonha e humilhação, ambos quase sempre presentes nas disfunções sexuais. É por ambas, vergonha e humilhação, que muitos homens recusam buscar ajuda, e também não namoram mulheres do mesmo bairro (podem divulgar seus problemas). Mas, quando buscam a terapia como experiência emocional corretiva, eles delegam ao terapeuta e ao grupo a função transferencial de preencher estas falhas. E é tentando preenchê-las, é interpretando, é exercendo eventualmente a função que faltou,

que propiciamos o aparecimento de um self harmônico, vital, coeso, podendo os sintomas ser realmente superados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABDO, C.H.N e col. *Sexualidade Humana e Seus Transtornos*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
2. BENNETT, A. *Impotence – Diagnosis and Management of Erectile Dysfunction*. Philadelphia: W. Saunders Company, 1994.
3. BERG, O.L.D. *Afinal, o que é Disfunção Erétil? Verdades e Mentiras sobre a Impotência Sexual*. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora Ltda, 2000.
4. CARNEIRO LEÃO, I. *A Psicologia Psicanalítica do Self: Conceitos Fundamentais, Implicações Clínicas e Técnicas* – Trabalho apresentado em Curitiba, no Departamento de Psiquiatria da Sociedade de Medicina do Paraná, 1989.
5. CARNEIRO LEÃO, I. *La Teora Selfobjeto y las Transferencias Narcísicas*. Trabalho apresentado na Associação Psicanalítica Mexicana, em 11-1-92.
6. CARPILOVSKY, J.C. e CHEBABI, W.L. *A Função da Identificação Projetiva na Psicoterapia de Grupo*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 16 (3-4) : 355-362, 1967.
7. CARPILOVSKY, J.C.; BERG, O.; AMADO, M.L.; CARVALHO, M.V. *Sobre o Tratamento da Disfunção Erétil Psicogênica em grupos de Orientação Psicanalítica* – 8º Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana. São Paulo: Sbrash, 12-5-01.
8. CARVALHO, L. *Aspectos Psicológicos das Dificuldades Sexuais Masculinas* – Aula no Curso Teórico e Prático de Disfunção Erétil, no Serviço de Urologia do Hospital dos Servidores do Estado. Rio de Janeiro: 29-9-00.
9. CHERMAN, S.K.F. *Ejaculação Precoce: Sintoma ou Mito?* *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 10 (2): 207-216, 1999.
10. FERENCZI, S. *The analytic interpretation and treatment of psychosexual impotence*, 1908 – Em “First Contributions to Psycho-Analysis”. Londres: The Hogarth Press Ltd, 1952.
11. FERENCZI, S. *The effect on women of Premature ejaculation in men*, 1908 – Em “Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis”. Londres: The Hogarth Press Ltd, 1955.
12. FREUD, S., 1905 – *Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade*. Em Edição Standard das Obras Completas, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1972.
13. GIOIA, T.B. *La Impotencia Sexual y su Relacion con el Narcisismo*. *Revista de Psicoanálisis*, 32 (3): 463-502, 1975.
14. KAHN, F. *Nossa Vida Sexual*. Civilização Brasileira, 1975.
15. KAPLAN, H.S. *Transtornos do Desejo Sexual*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
16. KINSEY, A. e col. *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1948.
17. KINSEY, A. e col. *Conduta Sexual da Mulher*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu S.A., 1954.
18. KLEIN, M. *Envy and Gratitude – A study of unconscious sources*. Londres: Tavistock Publications Limited, 1957.

19. KOHUT, H. *Análise do Self*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1971.
20. KOHUT, H. *A Restauração do Self*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1977.
21. LA PORTA, E.M. *Ejaculação Precoce e Outros Ensaio Psicanalíticos*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1987.
22. MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E.; KOLODNY, R.C. *Manual de Medicina Sexual*. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1982.
23. OLIVEIRA, S.R.C. *A Sexualidade e o Homem*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.
24. SAUBERMAN, P.R. e ABREU, A. *As Bases Filosóficas e Teóricas da Psicologia do Self de Heinz Kohut*. Boletim Científico nº 6 da S.B.P.R.J, 8/1987.
25. SEGRAVES, K.B. e SEGRAVES, R.T. *Psychogenic Impotence. – Em Impotence – Diagnosis and Management of Erectile Dysfunction⁽²⁾*.
26. Sociedade Brasileira de Urologia, Departamento de Andrologia. *I Consenso Brasileiro de Disfunção Erétil*. São Paulo: B.G Editora, 1998.
27. STOLOROW, R.D. e LACHMAM, F.M. *Psicanálise das Paradas do Desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda, 1983.
28. SUPLICITY, M. *Conversando sobre Sexo*. Edição da autora, 1984.
29. VITIELLO, N.; OLIBONI, E.R.D.; DOUT, S.; YABUSAKI, E.T. *Afinal, o que é Terapia Sexual?* Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 9 (1): 15-17, 1998.