

Disfunção sexual masculina, psicopatologia e a complexidade da abordagem clínica: estudo de caso*

1

Maria Virgínia Filomena Cremasco Grassi**
Mário Eduardo Costa Pereira***

RESUMO:

Esse estudo de caso tem por objetivo ilustrar a complexidade da abordagem dos problemas sexuais masculinos e descrever como a utilização de técnicas sexuais aliada a uma compreensão psicodinâmica do paciente pode ser extremamente benéfica nos casos clínicos de comprometimento psicopatológico mais profundo. Trata-se de um caso de homossexualidade masculina com conteúdos ego-distônicos com queixa inicial de ejaculação precoce e disfunção erétil, características obsessivo-compulsivas e atuações “perversas” (voyerismo, objetivação e submissão do parceiro, sadismo). A terapia sexual possibilitou ao paciente entrar em contato com seus conteúdos ansiogênicos, a buscar modos concretos e

* Estudo de Caso apresentado no 8º Congresso Brasileiro de Sexualidade Humana da SBRASH, maio de 2001.

** Psicóloga, Mestre em Psicologia Educacional. Doutoranda em Saúde Mental pela FCM- Unicamp. Professora convidada no Curso de Especialização em Sexualidade Humana da Unicamp.

*** Psiquiatra e Psicanalista. Professor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Unicamp. Doutor em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela Universidade de Paris. Recebido em 11.07.01

Aprovado em 21.07.01

eficazes de administrá-los e a perceber dificuldades psíquicas significativas e comprometedoras, levando-o a iniciar um tratamento psicoterapêutico de longa duração. Seus sintomas sexuais se mostraram como uma tentativa desesperada de evitar o sofrimento psíquico maior que seria entrar em contato com seus comprometimentos emocionais. A terapia ofereceu-lhe possibilidades mais criativas e satisfatórias para vivenciar experiências sexuais e afetivas.

Palavras-chaves: Disfunção erétil, psicopatologia, terapia sexual, psicanálise.

CASO CLÍNICO:

O seguimento desse caso clínico deu-se no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Unicamp entre os anos de 1996 e 2000, tendo sido acompanhado inicialmente no Ambulatório de Urologia aonde foram realizados todos exames e avaliações clínicas e depois encaminhado para a psicoterapeuta que desenvolve projeto de pesquisa de Doutorado em disfunção erétil. O paciente assinou termo de consentimento para participação na pesquisa, dentro do protocolo do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina e do HC da Unicamp. Dados pessoais do paciente foram modificados para evitar qualquer forma de identificação.

Roberto tem 48 anos, é solteiro, comerciante, primogênito de 3 irmãos.

Inicialmente mostra-se bastante prolixo, ansioso e com queixa de disfunção erétil (DE) com quadro anterior de ejaculação precoce há muitos anos. Procura atendimento pois seu problema sexual começa a impedi-lo de ser ativo em seus contatos homossexuais e como se sente atraído por garotos mais novos, diz que são sempre muito exigentes sexualmente.

A avaliação clínica não detectou nenhum problema orgânico ou fator de risco importante para o desenvolvimento da dificuldade sexual – foram realizados no Ambulatório de Urologia exames para avaliação hematológica e hormonal com resultados normais e realizado teste de ereção fármaco-induzida (TEFI) com resultado francamente positivo e rigidez plena

É encaminhado para a terapia sexual breve e posteriormente para a psicoterapia analítica no Ambulatório de Psiquiatria na qual se engajou em um tratamento contínuo.

Após 2 meses de terapia sexual com relativo sucesso, é introduzido o citrato de sildenafil (Viagra) como medicação e o resultado é completamente satisfatório para o paciente que inclusive lhe possibilita total controle ejaculatório.

HISTÓRIA DE VIDA:

Sempre manteve contatos homossexuais desde o início de sua vida sexual pois se percebia atraído por homens desde muito cedo. Conta que às vezes saía para se relacionar com prostitutas mas acabava sempre com outros homens. Diz que durante muito tempo e até recentemente tinha necessidade de ter relação sexual todos os dias e não conseguia voltar para casa depois do serviço sem antes ter um contato sexual. Frequenta saunas e cinemas gays semanalmente onde sempre encontra parceiros eventuais para o sexo. Relata com detalhes suas aventuras amorosas, sempre ocasionais e sem envolvimento emocionais.

Relata que até uns 20 anos atrás sentia uma certa atração por mulheres, especialmente por uma, a qual chegou a ter um compromisso mais duradouro, há muitos anos. Sentia muito desejo por ela e ao imaginá-la ficava excitado mas nunca conseguiu deixar de se relacionar com homens embora tenha tentado durante o namoro com ela. Desistiu do relacionamento com muito pesar após ter se relacionado sexualmente com um parente muito próximo a ela. Nessa época teve que admitir para sua família sua preferência sexual, pois diz que não queria viver dividido, “como se estivesse mentindo” (sic), e isso causou discórdias e brigas na família.

Conta de vários casos de amigos que mantiveram uma vida dividida com a bissexualidade porque quiseram ter filhos mas não acha que ele mesmo possa suportar isso. Recentemente admitiu a dor e tristeza de não ter tido filhos pois adora crianças, queria educar um filho que fosse seu. Imagina que com filhos não seria tão solitário como se sente no momento. Outro custo que diz que teve que arcar em assumir sua homossexualidade é o fato de ter permanecido solteiro e isso, com sua idade, segundo ele, acaba por revelar a todos sua preferência sexual. Para ele, homem que não se casa até uma certa idade, todos desconfiam que é homossexual. Conta que com isso já perdeu oportunidades profissionais interessantes em algumas empresas que não aceitavam solteiros em seu quadro.

Diz não achar certo ser homossexual porque o natural, segundo pensa, é homem com mulher. Teve que se aceitar assim e de alguma forma, hoje em dia, conseguiu fazer sua família aceitar também pois ninguém o questiona mais ou critica. Instalou-se um silêncio em torno do assunto desde que saiu de casa para morar sozinho aos 25 anos.

Sempre depois do sexo tem que se lavar ou se limpar e não acha certo o que presencia nos lugares que frequenta onde os homens se relacionam com vários outros sem se limparem. Sempre relata com detalhes o que fica observando nesses lugares que nunca deixa de frequentar em várias cidades. Fica contando o número de parceiros que cada um se relaciona, principalmente dos homens que ficam em posição passiva e se relacionam com vários outros e fica imaginando que, como não usam preservativo quase

nunca, a quantidade de sêmen e outras secreções dentro deles deve ser enorme e isso lhe causa certo nojo.

Quando sai sempre leva consigo preservativo, gel lubrificante e papel higiênico pois não consegue ficar com “aqueles líquidos do sexo” após se relacionar. Diz que passou a ser mais seletivo depois que presenciou vários amigos morrendo com AIDS.

É extremamente exigente quanto ao aspecto físico de seus parceiros, só gosta de rapazes jovens, bonitos e só faz sexo com a luz acesa para que possa examinar o corpo do parceiro e ver se não tem lesões ou sinais de doenças. Apesar de sempre freqüentar, mesmo que seja rapidamente, diz não se sentir bem nos denominados “dark-rooms” de boates gays onde tudo é escuro e ninguém sabe em quem está tocando. Se receber parceiros em casa sempre toma banho depois do sexo e troca toda a roupa de cama sendo que tudo o que o rapaz usar, joga fora, numa atitude obsessiva de ter que se livrar desses objetos.

Os rapazes que o atraem devem ser másculos, fortes, musculosos, saudáveis e não tolera o que denomina como “bichas ou afetados”. Procura rapazes másculos que queiram ser passivos no sexo. O que o excita é a disputa nas preliminares para ver quem vai ser o passivo da relação, ou seja, quem vai conseguir “ganhar” o outro. Diz que principalmente quando era jovem existia uma certa tensão entre os homens pois eles iam para cama sem saber quem era o ativo e quem era o passivo e havia uma certa disputa física e quem perdesse fazia primeiro o papel passivo e isso era extremamente excitante para ele, principalmente quando percebia que o homem másculo sentia prazer em ser penetrado por ele. Hoje diz que os homens são sempre passivos e mal começa a acariciar um homem e ele “já se abre como uma galinha choca arreganhada” (sic). Ele instantaneamente diz perder o interesse pois o homem “parece uma mulherzinha passiva” o que o desmotiva para o sexo.

Seu pai faleceu quando ele era adolescente num acidente de carro e diz que se sentiu livre e aliviado com a morte do pai que era muito severo com ele. Seu pai gostava de ter várias amantes, freqüentava a vida noturna e vivia rodeado de mulheres. Sempre que encontrava seu pai na rua conta que ele estava com alguma mulher e que para o pai, mulher de qualquer tipo ou jeito, era o que importava e ele sempre estava atrás tentando alguma coisa. Conta de uma sensação de estranheza de ver o pai se “atracando” com outras mulheres na rua e ter que ficar quieto como se não o conhecesse. Chegava em casa e contava sempre tudo para a mãe que brigava com o pai que lhe dava surras depois por ter-lhe dedurado. Lembra-se de ter perdido as contas de quantas surras levou do pai mas sempre o dedurava todas as vezes que o via na rua para depois apauhar.

Ele imagina que seu pai o via de forma diferente, pensa que ele sabia de sua homossexualidade e tinha raiva dele por isso e as surras eram uma forma de puni-lo por não ser como ele.

Não se conforma do porquê sua mãe, sabendo de tudo e brigando tanto com seu pai, de uma forma ou de outra sempre o aceitava de volta.

Relata que sempre ejaculou rapidamente, desde seus primeiros contatos sexuais. Nunca conseguia permanecer mais que alguns minutos em situações sexuais, principalmente quando realizava penetração. Diz que isso piorou muito nos últimos anos tornando-se limitante para seus contatos íntimos pois não conseguia controle ejaculatório nem nas preliminares que antecediam a penetração em si. Quando procura terapia tem dificuldades em manter uma ereção rígida mesmo antes de ejacular. Na masturbação solitária também relatava ejaculação rápida.

TERAPIA SEXUAL:

Como a história de vida de Roberto nos revela, existiam vários pontos importantes a serem abordados num tratamento terapêutico além de sua queixa de dificuldade sexual – fatores relacionados à constituição identitária, características obsessivas-compulsivas, dificuldades afetivas e emocionais, traumas infantis, etc. Era necessário que essas dificuldades pudessem se constituir como demandas psicológicas para que Roberto iniciasse um processo de reflexão que poderia levá-lo a se engajar em um tratamento psicoterápico mais profundo. Durante o processo de anamnese no qual ele relatava sua história esses pontos puderam ser enumerados para que ele tivesse oportunidade de situar melhor sua queixa, admitindo que se beneficiaria de um tratamento a longo prazo.

Iniciamos a terapia sexual focalizada nas questões de ejaculação rápida e de disfunção erétil, seguindo os passos descritos a seguir. Essa etapa de seu tratamento teve a duração de 2 ½ meses com aproximadamente 20 sessões:

- Esclarecimentos quanto à ejaculação rápida enquanto uma falta de controle voluntário geralmente associado à ansiedade (característica que Roberto admitiu interferir em toda sua vida) e esclarecimentos a respeito da resposta sexual humana – focalizando em seu caso a importância da auto-aceitação, dos valores aprendidos, da afetividade, da entrega emocional, etc.
- Dessensibilização masturbatória: avaliou-se como e quando Roberto se masturbava, quais motivações, técnicas, como se sentia, o que representava. Como nesse caso ele não apresentava queixas ou problemas além da rapidez ejaculatória salientou-se a importância do hábito em seu caso pois utilizaríamos dele nos exercícios a serem propostos.

- Como Roberto não possuía parceiro fixo optamos por realizar o início do controle ejaculatório através da técnica do *squeeze* (pressão abaixo da glândula quando sente próximo a inevitabilidade ejaculatória) juntamente com técnicas de aumento de percepção corporal, realizadas principalmente durante o banho (toque de todo o corpo, percepção de sensações agradáveis ou não, áreas sensíveis, prazerosas, dolorosas, etc.). Suspendemos as relações sexuais temporariamente.
- Após 3 sessões Roberto não consegue um controle ejaculatório satisfatório através do *squeeze*. Iniciamos então com técnicas de relaxamento a serem praticadas antes da masturbação e que priorizavam a sensibilização corporal sem o contato genital direto (utilizando óleos para massagem corporal, música e percepção de partes isoladas do corpo).
- Para trabalharmos mais a ansiedade nesse ponto introduzimos atividades físicas, como caminhadas, que ele realizava nos fins-de-semana, como modo de relaxamento.
- Com as técnicas associadas Roberto consegue sucesso no controle ejaculatório e um maior relaxamento e reinicia sua atividade sexual com parceiros utilizando-se do *stop-start* e do *squeeze* durante a penetração. Parte para contatos sexuais nos quais possa priorizar as carícias e os contatos preliminares antes da penetração (difíceis nos meios em que freqüenta) e obtém sucesso no controle ejaculatório antes da penetração, inclusive com sexo oral, mas não se sente satisfeito com o seu desempenho no coito embora mantenha sua capacidade eretiva.
- Após 2 meses de terapia sexual Roberto inicia com o citrato de sildenafil (Viagra) obtendo total controle ejaculatório em todas as relações sexuais. Passa a utilizá-lo esporadicamente e continua com os exercícios masturbatórios e de relaxamento que o ajudaram a lidar com a ansiedade. Sente-se satisfeito com os resultados alcançados até então.
- As questões relacionadas à ansiedade e à dificuldade de penetração (por que somente na penetração não consegue o controle?) levaram-no a iniciar um processo terapêutico analítico que apresentamos alguns aspectos a seguir.

A questão inicial que levou Roberto a querer continuar a terapia centrou-se no fato de que ele se via capaz de controlar suas ejaculações, a não ser no momento da penetração e isso o deixava frustrado pois a despeito das várias tentativas de aproximação para que realizasse o coito com sucesso sem o auxílio da medicação, nesse momento ele fracassava.

ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS:

O tratamento analítico com Roberto revelou como seu desempenho sexual sintomático era um reflexo de questões psicopatológicas subjacentes à sua constituição identitária e como estavam relacionadas com sua história de vida. Os contatos sexuais eventuais lhe traziam a segurança da não-intimidade, possibilitando-lhe ficar na superficialidade dos contatos para não ter que se entregar totalmente.

A impessoalidade dos contatos homossexuais que vivenciava o proteção de ser alguém numa relação que visava apenas o contato dos órgãos buscando momentos de descarga de prazer onde as frustrações, medos, sofrimentos, característicos dos relacionamentos interpessoais, eram completamente negados – a impossibilidade de vivenciar frustração leva-o a transformar os sujeitos de seus contatos sexuais em objetos anônimos.

Qualquer possibilidade de contato mais íntimo com o outro, como com suas secreções íntimas, parecia ameaçá-lo e levá-lo a limpar(-se) obsessivamente de tudo, qualquer lembrança ou resquício da presença do outro em si. Ao mesmo tempo o que o ameaçava parecia instigá-lo a constantemente ter que observar, reparar, constatar, que as pessoas são capazes de ter contatos íntimos e se “sujarem”, “lambuzando-se” do outro sem se sentirem enojadas ou ameaçadas.

Esse aspecto voyeurista aparece desde cedo em sua vida quando observava o pai se “atracando” com outras mulheres na rua, tão freqüentemente que nos faz pensar se não existia um procurar por esse pai para vê-lo com outras mulheres, dedurá-lo sempre mesmo sabendo da surra como punição. Era de certa forma um modo de aproximação dolorosa desse pai, de seu corpo, de sua virilidade. Pai que sempre permaneceu distante e ausente da família, vivendo suas aventuras amorosas fora de casa e deixando poucas ou nenhuma oportunidade de aproximação afetiva para esse filho.

Os episódios de surra, tão freqüentes quanto os flagrantes, levam-nos a pensar numa certa eroticidade masoquista no registro interno de Roberto, pois eram de certa forma mantidos pelo paciente que relata ter *necessidade* de dedurar o pai para a mãe mesmo sabendo que iria apanhar depois.

Claro que ao dedurar o pai, Roberto se aproxima da mãe, ficando de seu lado, provando-lhe que o pai era um cafajeste, como ele mesmo se refere mas isso lhe pesa também no momento em que percebe que, após as brigas, é ao lado desse pai que a mãe permanece. Há algo nesse cafajeste mulherengo que mantém sua família unida, que aproxima sua mãe dele, que atrai e seduz as outras mulheres. Por ser um pai distante aumenta para esse filho o enigma dessa masculinidade do pai e a tensão na relação dos dois.

Essa tensão mantida entre os dois na hora da surra, que o colocava numa posição de submissão ao pai nos remete à tensão sexual que ele mantém com seus parceiros. A luta a que se refere para decidir quem vai ser o passivo e que tanto o excita parece de certo modo lhe trazer reminiscências dos episódios de surra e submissão com o pai. A diferença é que hoje Roberto

luta para “ganhar”, para colocar o parceiro másculo, como o pai demonstrava ser, numa posição passiva sexualmente. Como se hoje ele pudesse de alguma forma se vingar da submissão que o pai o sujeitou quando criança e ser de certa forma reconhecido tardiamente em sua virilidade (o que não foi pelo pai amado-odiado) submetendo sádica e passivamente o parceiro.

Nesse sentido Roberto atua características perversas de sua personalidade ao transformar o outro em meio para o seu prazer, objetivando-o, mostrando sua superioridade em subjulgá-lo ao penetrá-lo. O significado subjetivo de gozo ao realizar isso parece se anteceder ao ato em si. Roberto goza antes de realizar, antes da penetração, como se o prazer estivesse antes do coito, na possibilidade de colocar o outro na posição passiva e ao conseguir isso (realizar a fantasia) atinge o auge da excitação, gozando.

Nesse sentido Roberto não tem ejaculação precoce, visto poder ter o controle ejaculatório por muito tempo, inclusive durante o sexo oral e em todas as preliminares por mais excitantes que sejam. Ele tem o controle do corpo mas não daquilo pelo qual o faz gozar, a fantasia que motiva seu gozo. É disso que ele não pôde dar conta na terapia sexual, que lhe escapou ao controle e o intrigou a ponto de querer tentar decifrar.

Mais que se identificar ao pai talvez Roberto inconscientemente ainda se vingue dele ao negar e não poder ser como o pai, que deseja sexualmente mulheres. Nessa identificação e função paterna que não pôde se realizar completamente, seu desejo fica internamente cindido e Roberto, apesar de sentir desejo, não considera certo ter atração por homens. Em sua fala há uma contradição muito grande quando se refere à sua preferência sexual pois é como se referisse a si mesmo como estranho, com preconceito do que sente mas por não conseguir deixar de sentir, vai levando do jeito que pode.

Essa mesma estranheza se mostra na fala de Roberto ao descrever os lugares que freqüenta para ter contatos sexuais. Apesar de lhe causarem nojo ele não pode deixar de ir como também não pode deixar de reparar no modo como os homens lá se relacionam sem nenhuma higiene e cuidado com relação a doenças. Podemos pensar que o que lhe causa nojo é justamente o que lhe excita e aquilo ao qual ele não consegue resistir e o obriga a ter que continuar fazendo. Essa ego-distonia, ao permanecer velada, aumentava a ansiedade em Roberto.

Esse aspecto de sua vida sexual, marcada pela necessidade e compulsividade em que tem que freqüentar tais lugares para se excitar e ter tais contatos, assinalam características de adicção, como técnicas de sobrevivência psíquica que são necessárias para preservar a identidade subjetiva, como citado por McDougall¹.

1. McDOUGALL, Joyce. *As Múltiplas Faces de Eros. Uma Exploração Psicoanalítica da Sexualidade Humana*. São Paulo: Martins Fontes, 1997, p. 193.

Ninguém escolhe livremente empenhar-se nas condições altamente restritivas e exigentes impostas pelas invenções neo-sexuais compulsivas ou na solidão de uma vida largamente confinada a criações sexuais auto-eróticas. (...) essas chamadas escolhas representam as melhores soluções possíveis que a criança do passado foi capaz de encontrar diante das comunicações parentais contraditórias a propósito da identidade de gênero, da masculinidade, da feminilidade e do papel sexual.

Podemos nos referir como soluções “perversas” ou neo-sexuais de Roberto ao seu comportamento de escolher e tratar seus parceiros sexuais como objetos intercambiáveis que não lhe causem sofrimento ou frustração. Do mesmo modo é a necessidade de que suas relações se mantenham assim que o aprisiona nessa forma de satisfação, ou seja, por não suportar o envolvimento afetivo ele tem que manter seus contatos impessoais e se livrar de tudo que possa “contaminá-lo” com a presença do outro. Segundo McDougall, um dos objetivos do comportamento adictivo é o livrar-se de sentimentos.

O comportamento compulsivo é uma forma de atenuar estados mentais dolorosos, como a ansiedade em Roberto, preenchendo uma função de acolhimento, de cuidado, de tranquilização (função materna) que o indivíduo é incapaz de proporcionar a si mesmo.

Roberto permanece em tratamento psicoterápico corajosamente enfrentando suas dificuldades internas.

Sente-se mais tranquilo em vivenciar suas preferências sexuais. Recentemente uma ligação afetiva o convocou a reformulações internas e a confrontos com seus medos. Almeja poder ter um companheiro em sua vida e acha que pode estar chegando a hora disso acontecer.

Sente-se menos eufórico, possível reflexo da diminuição de sua ansiedade e tem conseguido manter contatos íntimos mais satisfatórios e gratificantes.

DISCUSSÃO:

Esse caso clínico de disfunção sexual masculina ilustra a complexidade a qual nos deparamos quando nos propomos a compreender o sofrimento do paciente que, expresso inicialmente através da queixa, apresenta algumas de suas facetas mas que pode se desdobrar muito mais no decurso do tratamento abrindo possibilidades para elaborações mais profundas.

Essa descrição e análise mostram a importância de uma anamnese criteriosa, de se adequar criativamente as técnicas sexuais às necessidades e ansiedades do momento de vida do paciente, de proporcionar um *setting* que facilite contato com as dificuldades e angústias mais profundas assim

como de *insights* e de aprofundarmos uma relação terapêutica que possibilite novas configurações e recursos ao sofrimento do paciente.

Foi importante percebermos nesse tratamento que o que se mostra como limitação de uma abordagem técnica pode abrir espaço para elaborações significativas na vida do paciente. A terapia sexual breve auxiliou Roberto a entrar em contato com suas ansiedades superando um problema sexual limitante e mostrando-lhe dificuldades psíquicas que lhe eram desprezadas. Isso possibilitou que ele configurasse uma importante demanda psicológica para continuar uma psicoterapia mais longa que o vem auxiliando a enfrentar suas limitações emocionais e mobilizando recursos, aumentando sua qualidade de vida.

Não pretendemos com essa descrição esgotar significações nem interpretações possíveis a respeito do caso de Roberto mas propor um campo de diálogo em torno dessa experiência para que estejamos estimulados a questionar, criticar e ampliar nossos conhecimentos sobre a prática clínica e sobre a complexidade que é a sexualidade humana.

ERRATA

No trabalho intitulado: "*A universitária grávida: e agora, o que você vai fazer?...*" publicado na Revista Brasileira de Sexualidade Humana, volume 12, número 1, ano 2001, foram trocados os créditos de duas autoras. O correto é:

- Prof^a Joyce Maria Worschech Gabrielli – Enfermeira Docente. Mestre em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá.
- Fernanda Araújo Lessa – Enfermeira do setor de emergência da Santa Casa de Ribeirão Preto-SP.

Os editores lamentam o equívoco.