

Casamento não consumado por disfunção eretiva psicogênica 1

Carlos Magno Leite de Alencar*

RESUMO

Estudo de um caso de resultado satisfatório de Casamento Não Consumado por Disfunção Eretiva Secundária de Causa Psicogênica ressaltando a participação da mulher durante a Terapia Sexual.

O casal de jovens procurou o Consultório de Terapia Sexual do autor com uma carga de ansiedade grande, compartilhada pela mãe do cliente que exigia do casal um filho para ela se tornasse avó.

A disfunção, tendo como causa um conflito inconsciente sobre homossexualismo, ansiedade de performance e técnicas sexuais pobres, recaía-se sobre o esposo, enquanto a esposa, ainda virgem, conhecia o orgasmo através da masturbação, sem o conhecimento do esposo.

Com boa aderência o casal consumou o casamento e tornou-se orgásmico no coito em 10 meses de Terapia Sexual, tendo havido o nascimento de um filho desejado.

* Médico.
Recebido em 11.12.98

Aprovado em 18.01.98

INTRODUÇÃO

Segundo Helen Kaplan, os casais que não podem consumir a relação sexual estão entre os mais preocupados vistos na prática clínica (e quando alcançam resultados satisfatório na TS ficam entre os mais gratificados).

O CNM pode resultar de uma série de causas. Entre as mais comuns, estão as anormalidades anatômicas dos genitais que podem impedir o coito, como hímem imperfurado ou rígido e chordê do pênis.

Raramente as causas anatômicas incluem agenesia vaginal e micropênis. A Disfunção Eretiva Orgânica ou Psicogênica pode estar também implicada. As causas psicológicas mostram a mesma diversidade a amplitude da evitação fóbica do sexo em mulheres aparentemente normais até problemas relacionais e de grave psicopatologia.

Com relação à *Disfunção Eretiva*, define-se como a dificuldade de ter e/ou manter uma ereção suficiente para um coito satisfatório (Gérson Lopes). Munjack define como Disfunção Eretiva (Impotência) Secundária como a disfunção eretiva que se desenvolve depois que o homem teve êxito no coito em pelo menos uma ocasião. Entre as causas de Disfunção Eretiva Psicogênica citam-se: sinais sexuais inadequados (falta de atração sexual), atenção insuficiente à estimulação sexual, sentimentos de culpa, modo dos pensamentos proibidos, medo das consequências do coito, medo de ejaculação precoce ou retardada, medo de machucar a mulher, medo das consequências de cirurgia, envolvimento homossexual no passado, medo do fracasso e ansiedade de desempenho.

A Terapia Sexual torna possível o emprego combinado de experiências sexuais prescritas e de sessões psicoterapêuticas. O envolvimento do casal, tido como unidade conjugal (o cliente) é necessário para o bom êxito da TS.

CASO CLÍNICO

LLS, sexo masculino, 23 anos, comerciante, natural e residente em Cruz do Espírito Santo (PB), casado há 3 anos com ECS, sexo feminino, 21 anos, dona de casa, natural e residente em Cruz do Espírito Santo (PB), me procuraram no Consultório com a queixa de que, apesar de casados há 3 anos ainda não haviam consumado o casamento, isto é, ainda não haviam tido relações sexuais. Na Entrevista Inicial realizada em 02/02/94 pelo esposo L, verificou-se que o mesmo ainda não havia consumado o casamento com sua esposa E. apesar de haver tentado várias vezes sem con-

seguir que o pênis ficasse em estado de ereção para posterior penetração vaginal. O esposo L, apresentava ereção matinal e noturna, funcionamento normal quanto à masturbação, tendo apresentado sua disfunção através de instalação abrupta. Com o passar do tempo no entanto verificou-se que ele nem tentava mais a penetração por achar que isto seria impossível. Como fato relevante, ele teve um envolvimento homossexual cerca de 3 anos antes do casamento, em que, por 4 vezes penetrou seu parceiro analmente sem o conhecimento da sua então noiva com quem veio a se casar. Essas relações sexuais foram caracterizadas por ele como de desempenho normal, tendo ele chegado ao orgasmo em tempo satisfatório. Nesse período havia rompido o noivado. Já buscou ajuda em vários médicos que apenas lhe receitaram vitaminas, sem nenhum resultado positivo. Nos antecedentes verificou-se jogos sexuais heterossexuais na infância sem importância maior. Primeiro namoro na adolescência com vários namoros posteriores em que mantinha-se bastante ansioso. Primeira relação sexual na adolescência atingindo o orgasmo com mulher de idade muito superior a sua (na época 16 anos). Já se masturbou até o orgasmo mas não tem essa prática como usual no presente. Apesar de manter um bom relacionamento com sua esposa, vem notando deterioração no relacionamento por não conseguir seu desejo que é ser pai. Não havia relacionamento extraconjugal no momento.

Na Entrevista Inicial de E, esposa de L, ela afirma ainda ser virgem, confirmando os dados relatados pelo seu esposo e mantendo uma atitude de compreensão em relação ao seu esposo. Jogos sexuais heterossexuais na infância sem maior importância. Seu esposo foi seu primeiro namorado, tendo ele na época 20 anos. Disse sentir atração por ele, praticando masturbação até o orgasmo sem o conhecimento dele cerca de uma vez por semana, usando como fantasia sexual masturbatória seu atual relacionamento.

No momento o casal não apresentava nenhuma doença nem fazia uso de nenhum medicamento, tendo desejo sexual normal.

Com o diagnóstico de *Casamento Não Consumado por Disfunção Eretiva Secundária de Causa Psicogênica* foi iniciada a TS, estabelecido o contrato para uma sessão semanal.

Como tarefa inicial, foi prescrito o foco Sensório I (troca de carícias estruturadas por turno sem a inclusão dos genitais). Após três sessões, a esposa E disse que o Esposo L não vinha tirando a cueca durante a realização da tarefa, que vinha sendo repetida devido a presença de pensamentos intervenientes do esposo L que mantinha a lembrança do seu relacionamento homossexual no momento da realização da tarefa. Foi então iniciada a Técnica de Apoio a partir da terceira sessão com o esposo L, que finalmente aceitou fazer a tarefa como prescrita: sem a cueca. O esposo L

passou a não ter mais pensamento interveniente, fazendo o exercício sem resposta eretiva, enquanto a esposa E, sempre reagia com lubrificação vaginal. A partir daí, foi prescrito o Foco Sensório III (com a inclusão das carícias nos genitais), quando o esposo L começou a apresentar ereção parcial, enquanto a esposa E continuava apresentando lubrificação vaginal durante a realização da tarefa. Foi mantida a Técnica de Apoio. No entanto, o esposo L com a continuação do FS II voltou a apresentar o mesmo tipo de pensamento interveniente durante a tarefa, sendo que nessa época ele passou a sofrer assédio sexual de seu ex-parceiro, não correspondendo ao assédio. Após trabalho mais intenso dedicado à Técnica de Apoio nesse momento, tanto o esposo L quanto a esposa E reagiram bem apresentando boas respostas físicas e psicológicas ao FS II, com ele apresentando ereções parciais ou totais e ela, lubrificando vaginal sem ele mais apresentar pensamento interveniente. A partir daí o casal, que esporadicamente faltava as sessões foi instruído que, junto com FS II e Técnica de Apoio a que, após a tarefa do FS II a esposa fizesse o exercício da Técnica de Semans (masturbação até o ponto máximo de controle ejaculatório parada-flacidez do penis - reinício da masturbação até a quarta série onde haveria a ejaculação).

Verificou-se boa resposta do casal a nova tarefa, iniciando-se então a manobra de Ponte (transição da ereção lubrificação para a penetração vaginal), tendo a esposa E tido manobra frustrada de penetração. Nesse momento da TS foi trabalhado o uso da permissão, incentivo ao estímulo sexual e foi dada informação ao casal com uso de filme erótico sendo mais uma vez aconselhada a penetração na posição feminina superior. Após cerca de 10 meses de TS a resposta foi a consumação do casamento com ato sexual conforme instruído, com ambos chegando ao orgasmo, sendo que a esposa E usou a estimulação concomitante manual do clitóris como lhe foi facultada pelo terapeuta. Follow-up de três meses com o casal usando padrão sexual, tendo já abandonado o FS II e a Técnica de Semans. Follow-up de um ano e seis meses com o casal tendo tido um filho desejado e mantendo relações sexuais com ambos atingindo o orgasmo com a posição preferencial feminina superior sem que seja preciso mais a estimulação clitorial por parte da esposa.

DISCUSSÃO

É posto em discussão a necessidade de envolvimento da mulher na TS quando há disfunção masculina, onde no caso em questão a esposa

comparecia às sessões semanalmente junto com o esposo e o acompanhava nas tarefas de TS em casa.

Assunto controvertido é a duração da TS no CNM onde normalmente há uma maior exigência de tempo que o usual, como acontece também no Desejo Sexual Inibido. A duração de dez meses obtida nesse caso para o autor deve ser considerada dentro dos padrões admissíveis de normalidade, devido à complexidade do caso.

O sucesso desse um de TS pode ser creditada à boa relação terapeuta cliente (unidade conjugal), ao manejo das técnicas pelo terapeuta, a aplicação do casal às técnicas prescritas e a motivação do casal, tudo isto contribuindo para o êxito final da TS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KAPLAN, Helen S. *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1974.
2. KAPLAN, Helen S. *The evaluation of sexual disorders*. New York, BrunnerMazel, 1983.
3. LOPES, Gérson e outros. *Patologia e terapia sexual*. Rio de Janeiro, NMDSI, 1994.
4. LOPES, Gérson. *Protocolo do Instituto Cavalcanti*, 1996.
5. MUNJACK, D. J. e OZIEL, L. J. *Sexologia diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1984.