

Prótese peniana em paciente
esquizofrênico: desestruturação
ou integração emocional?
Relato de um caso
Penile prosthesis implant in
esquizofrenic patient:
emocional integration yes or
not? Case report

1

Laura Meyer da Silva¹

O implante de Prótese Peniana é uma eficaz alternativa terapêutica para a disfunção erétil masculina.

A autora descreve o caso de um paciente Esquizofrênico com disfunção erétil, que após terapia sexual sem êxito foi submetido a implante de Prótese Peniana. A idéia de suicídio era uma constante para o paciente.

Procedeu cirurgia protética após longa avaliação emocional. O paciente permaneceu em acompanhamento psicológico por dois anos após a colocação da prótese, apresentando-se compensado e gratificado sexualmente.

1. Psicóloga clínica, psicoterapeuta e terapeuta Sexual. Coordenadora do Serviço de Psicologia Clínica da Santa Casa de Porto Alegre.

Recebido em 26.10.94

Aprovado em 01.11.94

A Prótese Peniana em indivíduos impotentes de etiologia não orgânica pode ser adequada, desde que seja feita extensiva avaliação.

ABSTRACT

The author describes a case of an Esquizofrenic and impotence male whose sexual psychotherapy failed. He was quite depressed and the suicide was always present in this mind.

So he underwent a Penile Prothesis Implant after having had a deep emotional evaluation. He was followed for two years and he is doing well.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica é extremamente sucinta no que tange à respeito de prótese peniana em pacientes esquizofrênicos. Há referência de terapia sexual em pacientes esquizofrênicos sem uso de prótese e alguns poucos casos de prótese em pacientes com impotência de origem emocional, mas não esquizofrênicos.(1), (2), (3), (4), (5).

Munjack (5), Kusnetzoff (3), concordam quanto ao uso de prótese peniana em disfunção de origem psicológica após a tentativa de terapia sexual específica.

Schmidft (4), sugere pouco benefício em pacientes psicogênicos que não responderam a terapia sexual. O autor não informa se estes pacientes eram neuróticos ou psicóticos.

Kaplan (2), só aceita para terapia sexual um paciente esquizofrênico com parceira, que esteja emocionalmente estável e quando o tratamento não vai atrapalhar seu equilíbrio. Afirma ainda que é conveniente a terapia do sexo para o esquizofrênico compensado, pois este tem a possibilidade de responder bem à terapia e não corre risco de desestruturação psíquica. Para ela, as disfunções sexuais não são sintomas de esquizofrênia e a incapacidade sexual pode servir para defender o paciente de uma súbita irrupção da sua doença. Por isso, o tratamento destes pacientes representa um risco para sua compensação. "Os esquizofrênicos contribuem pesadamente para os raros desastres psiquiátricos causados pela terapia do sexo". (2) Kaplan lembra ainda que aumenta os riscos quando o esquizofrênico está em estado vulnerável da sua doença e quando o sintoma sexual constituir um importante mecanismo de defesa psicológica. A autora ressalta que: "Alguns esquizofrênicos são muito angustiados pelos seus problemas sexuais. Assim, a disfunção sexual pode, realmente agravar a sua esquizofrênia;

e quando os problemas sexuais são resolvidos, sentem-se melhores e o alívio rápido dos problemas sexuais não prejudica esses pacientes; antes, melhora realmente o seu ajustamento geral”.

CASO CLÍNICO

A., 36 anos, branco, solteiro, natural de Porto Alegre, mora com os pais e um irmão (único irmão), em bairro de classe médio baixa. É aposentado devido a problemas psiquiátricos, recebendo uma pensão (salário mínimo).

Apresenta Esquizofrenia Paranóide (DSM III R), iniciada aos 13 anos com crise psicótica, sendo internado por três meses. Aos 23 anos tem sua segunda internação de dois meses de duração e a última, com 30 anos, tendo permanecido durante um mês internado.

Vem encaminhado ao Setor de Psicologia, pela Andrologia da Santa Casa para avaliação psicológica, devido a queixas de Impotência e Ejaculação Precoce, há mais de 8 anos. A investigação psicológica é um exame de rotina, bem como os exames laboratoriais, os quais foram realizados e encontravam-se normais.

A namorada é quem lhe incentiva a buscar tratamento. Iniciou o namoro há um mês atrás. Porém a mesma desconhece a doença psiquiátrica de A. Conta que quando jovem sua vida sexual era mais ativa, tinha namoradas, chegando mesmo a noivar, mas “não deu certo”. Diz que jamais teve problemas quanto ao sexo anteriormente, mas de 8 anos para cá foi espaçando as relações por medo de não conseguir ereção. Fazem três anos que não tenta mais ter relações e evita qualquer contato sexual.

E em função de querer levar adiante este namoro é que, incentivado pela namorada decidiu querer resolver esta situação.

Não está tomando corretamente sua medicação anti-psicótica, o que lhe faz ter alucinações cinestésica (sente mãos lhe tocarem), visuais (vultos que querem pegá-lo), auditiva (gritos), delírios persecutórios a afrouxamento associativo. Carece de auto-iniciativa e não consegue responsabilizar-se por nada que exija demasiadamente dele. Há dificuldade nos relacionamentos interpessoais e afastamento social. Os sintomas que mais lhe incomodam, são as alucinações, a desconfiança e muitos pesadelos que o fazem acordar gritando.

De seu estado pré-mórbido consta ser desconfiado, introvertido, retraído e impulsivo.

Segundo o paciente, ambos os pais são emocionalmente comprometidos, mais o pai que tem o mesmo diagnóstico que ele, e que não toma medicação por não admitir ser doente. O irmão é alcoolista.

MANEJO CLÍNICO DO CASO

Nos primeiros meses, após a avaliação do paciente, iniciou-se uma psicoterapia de apoio, com o objetivo de que tomasse corretamente a medicação e preparando-o para a Terapia Sexual.

Seis meses após, chegamos a conclusão que o paciente encontrava-se compensado e que o distúrbio sexual não parecia estar protegendo-o da sua esquizofrenia, pelo contrário, sua impotência ameaçava uma relação que lhe era benéfica e estava servindo de apoio.

A namorada foi convidada a participar das sessões com objetivo de iniciar uma “Dessensibilização Sistemática” e de prepará-los para uma futura relação sexual propriamente dita, com penetração.

“Dessensibilização Sistemática” é um método utilizado na Terapia Comportamental onde progressivamente utiliza-se os estímulos adequados a cada indivíduo ou casal, de forma lenta e progressiva a fim de que consiga(m) superar sua(s) dificuldades sexuais.

Após o processo que durou aproximadamente dois meses eles tem uma primeira relação, mal sucedida, não conseguindo ter ereção devido a ansiedade e ao medo do mau desempenho. Outras tentativas e técnicas foram aplicadas, mas também sem sucesso.

O casal começou a distanciar-se. Ele muito desconfiado alegava que ela esta estava evitando-o em função de sua impotência. Começa a deprimir-se muito a diz sentir-se inútil como homem.

Realiza-se, após discussão do caso com a equipe da Andrologia, o teste de Papaverina, droga que se injeta no corpo cavernoso com o objetivo de enrijecer o pênis. O teste é positivo e A. procura a namorada, que passa a aplicar-lhe a injeção no pênis quando querem ter relações. Meses depois A. relata que a namorada anda novamente afastada dele e que ele mesmo não tem coragem de aplicar-se a injeção. Assim não procura outras mulheres apesar de desejar muito.

Passa novamente a deprimir-se. Refere desejo de matar-se, “pois a vida sem sexo não tem sentido”.

Nesse momento, pela gravidade do quadro, é feita uma reunião de equipe na qual se avalia a possibilidade de colocar uma prótese peniana no paciente. A. aceita prontamente a indicação para a cirurgia.

A impotência de A. não é uma defesa contra uma franca patologia. A disfunção começa a agravar sua esquizofrenia, podendo levá-lo ao suicídio, como vem trazendo nas sessões com frequência.

Segundo Kaplan (2), a disfunção sexual pode agravar a esquizofrenia e, quando os problemas sexuais são resolvidos, o paciente sente-se melhor: o alívio rápido dos problemas sexuais não é danoso e pode levá-lo ao ajustamento.

Como a colocação de prótese em paciente esquizofrênico é inédita em nosso meio, com este tipo de caso, as opiniões são divergentes:

“Colocar prótese levaria à descompensação ou à integração do paciente?”

Alguns membros da equipe concordam com Chester (4), que: “poucos pacientes com impotência psicogênica que não responderam a psicoterapia tem colocado prótese com bons resultados.” (p. 184)

Outros alinham-se com o ponto de vista Kusnetzoff (3) e Munjack (5), e são a favor da colocação de prótese quando houve tentativa anterior, como a terapia sexual e que tenha fracassado depois de um período de aplicação e espera.

A equipe considerou que o risco de colocação da prótese era inferior ao do risco de suicídio.

Antes da cirurgia, observa-se o paciente durante um mês para ver como a aproximação da cirurgia poderia afetá-lo. Qualquer evidência de descompensação seria motivo para a interrupção do plano cirúrgico. A medida em que se aproximava da data, A. torna-se mais tranqüilo, falava que estava mais feliz e chegava a controlar-se sem a medicação psiquiátrica que teve de interromper devido a cirurgia.

Realiza-se então a cirurgia. Com a cicatrização, após um mês retorna ao acompanhamento psicológico. Relata sentir-se como se tivesse renascido. Como não está mais de namoro com a ex-namorada, começa a procurar novas parceiras sexuais, agora que tem condições de manter relações sexuais.

O caso tem follow-up de dois anos após a colocação da prótese. O paciente segue em atendimento, mas em função de sua esquizofrenia. Tem tomado a medicação psiquiátrica corretamente e está compensado.

A. afirma que a melhor coisa que já aconteceu em sua vida foi ter colocado a prótese, pois sente-se um homem novamente. Lamenta apenas que em função de sua doença, jamais vai poder casar-se e ter filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente o paciente não possuía melhor alternativa do que a colocação da prótese.

Um possível suicídio justificou o procedimento, não obstante revelar investigações.

O bom vínculo entre paciente e terapeuta permitia avaliar sua ideia suicida como factível.

A carência de literatura requer uma ligação estreita na confiança e na compreensão entre paciente e terapeuta.

É imprescindível a participação da equipe na avaliação e tratamento de um caso como este.

O intuito precípua desta publicação é o de alertar profissionais de diferentes áreas para esta alternativa terapêutica eficaz.

BIBLIOGRAFIA

1. CLARO, Joaquim de Almeida et al: Resultados do implante de prótese peniana no tratamento da impotência, UNICAMP, Campinas, São Paulo, "Anais do I Congresso Brasileiro sobre Impotência Sexual", realizado de 15 a 17 de agosto de 1991 em São Paulo, SP, pela ABEL.
2. KAPLAN, Helen Singer: A nova terapia do sexo, 5ª ed., Nova Fronteira, Rio de Janeiro, RJ, 1977.
3. KUSNETZOFF, Juan Carlos: O homem sexualmente feliz, 2ª ed., Nova Fronteira, Rio de Janeiro, RJ, 1987.
4. MEYER, Juan K. et. al: Clinical managment of sexual disorders, 2ª ed., Ed. An Psychiatric, 1986.
5. MUNJACK, Dennis J. M. D.: Sexologia, diagnóstico e tratamento, Atheneu, Rio de Janeiro, RJ, 1984.