

Life Span Perspective in Psychogenic Impotence: diagnosis and therapy **5**

Resumo e comentários de Oswaldo M. Rodrigues Jr.¹

GRAZIOTTIN, A. Life span perspective in psychogenic impotence: diagnosis and therapy. *International Journal of Impotence Research* 4(2):165-73, 1992.

A autora produz uma revisão das causas psicológicas para a disfunção erétil do ponto de vista da abordagem psicodinâmica. Através de sua “experiência clínica” afirma que “uma alta proporção de homens com queixas eréteis, quando adequadamente questionados, relembram-se de episódios anteriores de impotência aos quais responsabilizou o *stress*, a ansiedade, a culpa ou mesmo o álcool em pequenas doses, que não são julgados como fatores de importância.

A autora analisa o significado atual do termo “psicogênico” diferenciando-o do esvaziamento de sentido muitas vezes empregado por pesquisadores que o preenchem pela falta de diagnóstico orgânico ou justificando terapêuticas.

Não se esquece a autora de comentar as interferências de emoções, tais como ansiedade, *stress* crônico ou depressão, tanto na função sexual quanto nos exames orgânicos que visam diagnosticar homens com impotência. Afirma, baseando-se em outros pesquisadores, o quanto podem se enganar profissionais da área médica ao interpretarem erroneamente deter-

1. Psicólogo e terapeuta sexual associado ao Instituto H. Ellis (SP); vice-presidente Sudeste da Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana, biênio 1993-95.

Recebido em 28.03.93

Aprovado em 10.04.93

minados resultados de exames em pacientes com situações psicológicas definidas não investigadas e o quanto isto piora o quadro e dificulta futuros tratamentos corretos. Cita alguns casos interessantes, como o de casais complementares sem consumação de casamento, onde homens impotentes tinham, em 31,2% das vezes, parceiras vagínicas. Assim mesmo, já haviam sido “tratados” com injeções intracavernosas de drogas vaso-ativas. Descreve vários fatores tratáveis através de terapia sexual: distúrbios de motivação de agressividade, emergência de fantasias sádicas, medos de destruição e auto-destruição, evitação coital para manutenção de conjugabilidade, hostilidade de casal, atitudes fóbicas, ansiedade de desempenho (incluindo extremos), dependência da televisão e de atividades profissionais. Conclui sobre a multifatoriedade causal para os distúrbios de ereção através do modelo “psicobiológico”, como mais operacional, contra a dicotomia “psicogênico” e “orgânico”.

A autora descreve o homem com alto risco de desenvolver impotência como aquele que tem: mãe dominante; pai ausente (física ou psicologicamente); identidade sexual frágil (cirurgia genital prévia, ginecomastia na puberdade); hipoagressividade; falta de auto-confiança; baixa libido; baixo ritmo ejaculatório; percepção fetichista do pênis; dependência de drogas; dependência de álcool ou nicotina; ansiedade severa; depressão; conflitos conjugais severos; conflito de identidade sexual; motivações homossexuais negadas,

Aponta a história clínica do paciente sobre fatores de vulnerabilidade como muito crítica para o prognóstico.

As estratégias terapêuticas são divididas em três formas: terapia sexual, tratamento médico e tratamento cirúrgico (incluindo efeito placebo nos dois últimos).

Aponta como fatores prognósticos positivos para terapia sexual: a não-dependência de álcool ou drogas, leve a moderada depressão, ansiedade, *stress* crônico, déficit erétil com duração inferior a um ano, relação conjugal estável, falta de adequada estimulação sexual pela parceira, prazer sexual da parceira não dependente apenas do orgasmo coital, ignorância de modificações sexuais com a idade, ignorância erótica.

A terapia sexual é apontada como atuando sobre o modelo de vulnerabilidade multifatorial:

- melhorando a habilidade do paciente para enfrentar eventos negativos da vida e fatores psicológicos adversos; escutar, informar, reassegurar e aconselhar (embora a autora utilize esta forma, para evitar confusões semânticas em português devemos preferir o verbo orientar, evitando também complicações éticas e mal entendidos), seriam importantes guias para esta abordagem;

- preparando pacientes de alto risco para cirurgia ou tratamentos farmacológicos (a exemplo de auto-injeção intracavernosa de drogas vaso-ativas);
- reabilitando os pacientes após a cirurgia.

Estes pontos deveriam ser discutidos com o urologista para melhor prognóstico, apontando o melhor momento para indicação de determinadas abordagens terapêuticas.

A terapia sexual deveria atuar preenchendo as falhas entre o corpo e a mente, entre as faces estrutural e funcional do problema erétil.

Conclui a autora que o terapeuta sexual/sexologia deve atuar lado a lado com o uroandrogologista, agindo diretamente sobre alguns dos fatores funcionais (incluindo o psicogênico).

A autora esquece-se de descrever a necessidade de adequada formação do sexólogo para compreensão de tantos fatores intrínsecos da personalidade do paciente, além das técnicas comportamentais. Embora não deixe claro que defenda essa formação, estes pressupostos permeiam seu texto. Também devemos acrescentar fatores sociais não considerados pela autora, pois determinados pacientes não evoluirão caso não se cuidem contra as condições externas ao casal e ao indivíduo, os quais interagem com filhos, vizinhos, parentes, trabalho, e por extensão com qualquer nível de imigração social.