Abordagem psicológica do homem sexualmente disfuncional – Um modelo*

OSWALDO MARTINS RODRIGUES JÚNIOR**

1. Introdução; 2. A entrevista psicológica das disfunções sexuais masculinas; 3. Os testes psicológicos no diagnóstico das disfunções sexuais masculinas; 4. Os objetivos da avaliação psicológica do homem sexualmente disfuncional; 5. A validade da avaliação psicológica nas disfunções sexuais masculinas.

Há várias técnicas e formas para a abordagem de um paciente que é encaminhado para um diagnóstico psicológico. No caso específico de disfunções sexuais masculinas, desenvolvemos uma tática útil em um modelo multiprofissional para o seu diagnóstico.

A utilização de uma entrevista psicológica estruturada, testes psicológicos e a convocação da parceira sexual conduzem, com certeza, a um diagnóstico psicológico, porém não diferencial, mas que, como parte de uma série de avaliações multidisciplinares, torna-se necessário e extremamente adequado.

1. Introdução

Esta é uma proposta para uma abordagem psicológica de homens queixando-se de disfunções e/ou dificuldades sexuais (incapacidade ou insatisfação sexual). O modelo para uma abordagem em curto espaço de tempo surgiu da necessidade de uma avaliação multidisciplinar das disfunções sexuais.

O modelo psicológico aprendido atualmente em faculdades de psicologia no Brasil conduz os psicólogos a tentarem uma atuação psicanalítica ou negligenciarem os instrumentos psicológicos a eles exclusivos, tais quais os testes psicológicos. De uma atuação através da técnica psicanalítica, o psicólogo tenta desenvolver um contato terapêutico centrado em si mesmo e não nas necessidades ou requisições daquele indivíduo que o procura, para a solução de um problema específico. A solução de um problema sexual precisa ser delineada com certa margem de segurança num curto espaço de tempo, devendo compreender concomitantemente a pesquisa de possíveis causas orgânicas e a das causas psicológicas em potencial. Desta forma evita-se também o empurrar-se o paciente para um diagnóstico por exclusão, o que o conduz ao descrédito quanto ao possível tratamento.

* Trabalho realizado junto ao Instituto H. Ellis, Centro Diagnóstico e Tratamento em Sexualidade. Rua Engº Edgar Egídio de Souza, 486 - 01233 - Pacaembu - São Paulo, SP. Apresentado ao I Curso Internacional sobre Impotência Sexual, Guarujá, 1987. (Apresentado à Redação em 18.12.88.)

** Psicólogo docente da Faculdade de Psicologia São Marcos, SP, mestrando em psicologia social, PUC-SP. (Endereço do autor: Rua Engº Edgar Egídio de Souza, 486 - 01233 - Pacaembu - São Paulo, SP.)

A pesquisa de possíveis causas orgânicas para disfunções sexuais masculinas faz-se em poucos dias, sendo mais detalhada nas disfunções de ereção, compreendendo uma anamnese da queixa (Leiblum & Pervin, 1982) com a identificação do problema (Keefe, Kopel & Gordon, 1980) e exames físicos; níveis sangüíneos de prolactina, FSH, LH, testosterona e glicose; estudo hemodinâmico do corpo cavernoso (Reis et alii, 1987); exame uro-cistométrico; turgescência peniana noturna (com fitas de rompimento progressivo do tipo EBM-IHE); carnosometria de pressão e potencial evocado em avaliação eletromiográfica.

E a pesquisa de possíveis causas psicológicas para as disfunções sexuais como deveria ser proposta, considerando-se não se ter semanas ou meses para essa finalidade? Há duas fontes, *a priori*, que devem servir ao psicólogo na pesquisa de fatores psicológicos causadores de disfunções sexuais: a entrevista psicológica estruturada e os testes psicológicos (Leiblum, & Pervin 1982; Keefe, Kopel & Gordon, 1980).

2. A entrevista psicológica das disfunções sexuais masculinas

Uma entrevista psicológica estruturada diferencia-se de qualquer outra por estar determinada por um objetivo, neste caso a pesquisa referente às disfunções sexuais. Deve ser então diretiva e orientada por teorias e fatos concernentes ao desenvolvimento de uma sexualidade sadia e satisfatória (Kaplan, 1983).

Em nosso caso, desenvolvemos e estruturamos a entrevista psicológica através das causas para disfunções sexuais delineadas por Kaplan (1977, 1983). Pesquisamos, então, durante uma entrevista de duração de 40 a 50 minutos, os seguintes pontos junto ao paciente:

a) desenvolvimento psicossexual na infância e adolescência (existência e integração de atividades e jogos ligados à sexualidade, curiosidade sexual, liberdade para a expressão da sexualidade no ambiente familiar e fora dele, segundo os parâmetros delineados por Costa, 1987);

b) a atividade masturbatória na adolescência e na vida atual, especificamente quanto à motivação e existência de sentimentos negativos e culpa relacionados a esta prática;

c) desenvolvimento afetivo-social adolescente (namoro: extensão, aprofundamento afetivo, importância e ocorrência de intimidades e existência de relações sexuais);

d) iniciação sexual: adequação, vivência positiva e integração das primeiras relações sexuais;

e) casamento: histórico de adequação conjugal e sexual, especialmente no período imediatamente anterior ao aparecimento da disfunção e atualmente;

f) fases sexuais (Kaplan, 1983) – desejo sexual: manutenção e adequação;

g) excitação: estimulação sexual adequada e suficiente (visual, tátil e fantasiosa), sentimentos e reações quanto à disfunção, formação de ansiedade de desempenho ou as possíveis decorrências do ato sexual (gravidez e contração de doenças sexualmente transmissíveis) (Rodrigues Jr. & Costa, 1988*a*) e antecipação do fracasso;

h) orgasmo: controle adequado da ejaculação (não-ocorrência de prematurização, inibição ou retardamento da ejaculação), diminuição ou ausência da sensação orgásmica, ocorrência destes estados associados a disfunções de outras fases (Rodrigues Jr. et alii, 1987*a*);

i) atividade profissional: satisfação quanto ao tipo e quantidade de atividade e adequação econômica;

j) autopercepção emocional: como o paciente se percebe emocional e afetivamente, comparando-se com os dados objetivos presentes na entrevista.

Estes dados objetivos poderiam ser colhidos através de questionários especiais, a exemplo dos desenvolvidos por Mc Hugh (1955, 1967, 1968), Pion (1975), Annon (1975*a*, 1975*b*), Robinson & Annon (1975*a*, 1975*b*) e Lo Piccolo & Steger (1974). Porém, não nos interessa apenas os dados objetivos, mas a impressão pessoal e profissional do paciente em questão, o ser humano, a percepção das atitudes, envolvimento e modo de relacionamento interpessoal (por exemplo através das reações aos questionamentos).

3. Os testes psicológicos no diagnóstico das disfunções sexuais masculinas

Quanto à utilização dos testes psicológicos, orientamo-nos para a existência ou não de caraterísticas particulares de personalidade ligadas à psicopatologia e traços comprometedores da sexualidade. Devemos apontar para a indevida e inadequada utilização dos testes psicológicos, primeiramente por serem os resultados dos testes psicológicos tomados puros, sem a devida associação a uma entrevista, considerando a pessoa que os respondeu, não supervalorizando a psicopatologia possivelmente presente. Em segundo lugar, observe-se a legalidade da utilização de testes psicológicos apenas por psicólogos que recebem formação para esta finalidade (Netto Jr., 1982).

Os testes utilizados são os seguintes:

a) MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota) – Teste de papel e lápis visando um perfil de personalidade, composto de 556 afirmativas, às quais se responde certo ou errado, segundo a própria vivência. Utilizamos uma versão de 398 afirmativas, eliminadas aquelas publicadas devido à utilização para avaliação por sistema IBM de contagem de pontos (Hathaway e McKinley, s.d.). Através desse instrumental procuramos indícios sobre os traços psicopatológicos do paciente (paranóia, histeria, hipocondria, psicopatia, traços esquizóides, neurose, psicastenia, tendências homossexuais) (Leiblum & Pervin, 1982; Hathaway & McKinley, s.d.; Beutler, Scott & Karacan, 1976);

b) TAT (Teste de Apercepção Temática de Murray) (Murray, 1965, 1970) – Teste projetivo visando avaliar a personalidade em determinados aspectos, fornecendo informações sobre como o indivíduo lidaria com certos conteúdos significativos em determinadas situações, neste caso conteúdos sexuais e relações interpessoais. O teste é um processo unitário, perceptual, emocional, mnêmico e de fantasia, que compreende por suposição a personalidade total (Murray, 1970);

c) Inventário H. Ellis de Sexualidade Masculina – Forma II – Questionário organizado a partir de uma amostra de homens com queixas sexuais, construído com 40 questões de múltipla escolha. Solicita-se ao paciente complementar as respostas, por extenso, sempre que sentir que as respostas não correspondem totalmente à vivência e experiência pessoais. Os dados coletados complementam a entrevista psicológica e a esta podem ser comparados. O desenvolvimento de um inventário próprio tornou-se mais adequado visando as características da população-alvo;

d) BDI (Inventário Beck de Depressão) – Por este instrumental, podemos reconhecer estados depressivos e ansiosos que possam interferir na função sexual, com especial atenção à ocorrência anterior ou posterior à disfunção relatada (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982; Rodrigues Jr. & Costa, 1987);

e) ESS (Escala de Satisfação Sexual) – Questionários constando de 25 itens rela-

cionados ao desempenho sexual, expressão do desejo sexual e controle ejaculatório. Fornece dados quanto à qualidade do autoconceito ligado à sexualidade (Libman, Rothenberg, Fichten & Amse, 1985).

Os testes psicológicos podem e devem ser utilizados desde que o psicólogo esteja familiarizado com eles. Um bom instrumental seria o teste de Rorschach, porém, devido ao alto custo para a aplicação e avaliação, torna-se contra-indicado para a maioria dos casos em nosso País. A utilização de outros inventários de sexualidade e/ou aspectos relevantes sexualmente, a exemplo do Inventário sobre Interação Sexual de Lo Piccolo & Steger (1974), ou o Inventário sobre Comportamento Sexual (Robinson & Annon, 1975*b*) traria outros complementares, possivelmente úteis.

4. Os objetivos da avaliação psicológica do homem sexualmente disfuncional

Além de verificar a psicogenicidade da disfunção sexual, deve ser função de uma avaliação psicológica a pesquisa da possibilidade de aceitação dos tratamentos conhecidos, especialmente os tratamentos psicológicos, pois, com a restauração da função sexual através da psicoterapia, não corremos o risco presente pela irreversibilidade causada pela destruição dos tecidos nas cirurgias (Magee, 1980). Este ponto é de importância, pois a veiculação através da medicina, e mesmo na imprensa leiga, das próteses de silicone como soluções finais e totais, mesmo em pacientes com disfunções de origem psicológica, tornar-se-á desastrosa para este tipo de paciente, caso venha a se arrepender da opção imposta. Deve-se procurar perceber a motivação do paciente para os diversos tipos de tratamento possíveis: psicoterapia (desde psicanálise e formas específicas de terapia sexual, incluindo terapia de casal), cirurgias restauradoras (arteriais e cavernosoplastias), implantação de próteses penianas de silicone (rígidas, semi-rígidas ou infláveis), medicamentosa, ou vários destes métodos em associação. Estes dados são de grande importância na indicação de uma conduta terapêutica adequada.

Torna-se função da avaliação psicológica o reconhecimento de estados emocionais, sejam primários ou secundários à disfunção sexual e outras variáveis intervenientes, que possam interferir no futuro tratamento. Para a possibilidade de implantação de prótese peniana, a avaliação psicológica pode contribuir para se verificar se o paciente em questão pode se tornar recipiente dessa prótese sem prejuízos emocionais-afetivos e se terá necessidade de acompanhamento psicológico pós-cirúrgico.

A abordagem psicológica do homem sexualmente disfuncional torna-se completa quando se pode trazer a parceira sexual (esposa, namorada, noiva, amante, ou seja, a pessoa com quem o paciente mantém suas relações sexuais com mais constância, e com quem geralmente apresenta o problema sexual do qual se queixa). Devido às condições culturais vigentes em nosso meio, o homem brasileiro não aceita facilmente a participação de sua parceira sexual ao se queixar de problemas e dificudades que o afligem sexualmente. No entanto, referem estar procurando tratamento por indicação, orientação, solicitação ou, mais drasticamente, por exigência de sua parceira sexual (Rodrigues Jr.; Andrade & Costa, 1988). Apesar da geral discordância quanto à presença da parceira sexual, representando altos níveis de resistência, culpa ou tensão quanto a esta presença (Vicent, 1975), o prognóstico torna-se mais positivo quando a parceira participa da fase diagnóstico. A participação desta parceira aumenta o número das informações objetivas e torna mais clara a importância da dificuldade sexual para a dinâmica do relacio-

namento conjugal, a qual provavelmente seria modificada através do tratamento a ser indicado. Sendo aceita a presença da parceira sexual, propomos uma sessão conjunta de breves 10 a 20 minutos para que percebamos a dinâmica do casal, em si e em relação à dificuldade sexual queixada. A entrevista prossegue separadamente com esta parceira, objetivando comparar a história da disfunção àquela apresentada pelo paciente, compreender o envolvimento emocional, afetivo e sexual do casal, a existência de dificuldades e disfunções sexuais (Rodrigues Jr., Andrade & Costa, 1988) e a aceitação dos diferentes tipos de tratamento possíveis para o problema do paciente.

5. A validade da avaliação psicológica nas disfunções sexuais masculinas

Desta maneira, podemos concluir um diagnóstico psicológico (observe-se: não-diferencial) e oferecer uma perspectiva quanto a um prognóstico frente aos possíveis tratamentos da perspectiva do casal. Numa avaliação diagnóstica multidisciplinar, estes dados tornam-se importantes ao serem confrontados aos outros obtidos nos exames da área orgânica, tornando mais plausível a conduta a ser indicada, que, de outra forma, poderia tornar-se incoerente e dificultaria o processo de reestabelecimento da normalidade sexual.

A abordagem psicológica do paciente sexualmente disfuncional não pode e não deve ser descartada, pois o médico, seja urologista, seja ginecologista, não se encontra preparado para abordar este tipo de paciente (Vicent, 1975; Costa & Rodrigues Jr., 1986, 1987), o que provavelmente conduzirá a um diagnóstico com prognóstico pobre e conseqüente insatisfação do paciente com a falha no tratamento, como por exemplo, a prescrição inadequada de larga margem de medicamentos, vitaminas, hormônios e outros placebos como tem acontecido, trazendo euforia na primeira semana de tratamento, concomitante com aumento de insatisfação e diminuição da autoconfiança do paciente e da confiança deste nas instituições de saúde (Rodrigues et al: 1987*b*).

Abstract

Psychological diagnosis can be conducted using several methods and techniques. For the specific area of male sexual disfunctions we developed useful tactics for a multidisciplinary approach. When utilizing psychological evaluation which consists of a structured psychological interview and psychological tests with the cooperation of the sexual partners, we are able to complete a successful psychological diagnosis. The diagnosis is not a differential, but rather incorporates a multidisciplinary approach and its therefore necessary and adequate.

Referências bibliográficas

Annon, J. S. *The sexual fear inventory* – male form. Honolulu, Enabling Systems, 1975*a*.

——. *The sexual pleasure inventory* – male form. Honolulu, Enabling Systems, 1975*b*.

Beck, A.A.; Ward, A. J.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4:* 561-71, 1961.

——; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.

Beutler, L. E. Scott, F. B. & Karacan, I. Psychological screening of impotent men. *Journal of Urology,* (116): 193, 1976.

Costa, M. A sexualidade na adolescência. 6 ed. Porto Alegre, L. P. & M., 1987.

—— & Rodrigues, Jr., O. M. *O urologista e a sexualidade*. Trabalho apresentado ao XX Congresso Brasileiro de Urologia. Belo Horizonte, 1986.

——. O ginecologista brasileiro e a sexualidade humana. *Reprodução, 1*(1): 114-9, 1987.
Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade – manual. Rio de Janeiro, CEPA, s.d.
Kaplan, H. S. *A nova terapia do sexo*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1977.
——. *O desejo sexual e novos conceitos e técnicas da terapia do sexo*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1983.
Keefe, F. J.; Kopel, S.A. & Gordon, S. B. *Manual prático de avaliação comportamental*. São Paulo, Manole, 1980.
Leiblun, S. R. & Pervin, L. A., org. *Princípios e prática de terapia sexual*. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.
Libman, E.; Rothenberg, I.; Fichten, C. S. & Amse, R. The SSES–E – a measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy, 11*(4): 233-47, 1985.
Lo Piccolo, J. & Steger, J. C. The sexual interaction inventory: a new instrumental for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 3:* 585-95, 1974.
Magee, M. C. Psychogenic impotence: a critical review. *Urology, 15*(5): 435-42, 1980.
Mc Hugh, G. *Sex knowledge inventory: form Y:* vocabulary and anatomy. Durham, NC, Family Life Publications, 1955.
——. *Sex knowledge inventory: form X* (revised). Durham, NC, Family Life Publications, 1967.
——. *Marriage counselor's manual and teacher's handbook*. Durham, NC, Family Life Publications, 1968.
Murray, H. A. Uses of the thematic apperception test. In: *Handbook of projective techniques*. New York, Basis Books Inc., 1965.
——. *Teste de apercepción temática (TAT):* manual para la aplicación. Buenos Aires, Paidós, 1970.
Netto Jr., N. R. Propedêutica da impotência sexual masculina. *Revista Paulista de Medicina, 99*(1):25-8. 1982.
Pion, R. J. *The sexual response profile*. Honolulu, Enabling Systems, 1975.
Reis, J. M. S. M.; Puech-Leão, P.; Glina, S.; Costa, M.; Reichelt, A. C. & Rodrigues Jr., O. M. Estudo hemodinâmico do corpo cavernoso. *Jornal Brasileiro de Urologia, 13* (1): 11-4, 1987.
Robinson, C. H. & Annon, J. S. *The heterosexual attitude scale:* Male form. Honolulu, Enabling Systems, 1975*a*.
——. *The heterosexual behavior inventory:* Male form. Honolulu, Enabling Systems, 1975*b*.
Rodrigues Jr., O. M.; Puech-Leão, P.; Glina, S.; Costa, M.; Reis, J. M. S. M. & Reichelt, A. C. *Incidência e implicações da ejaculação prematura na disfunção erétil*. Trabalho apresentado ao V Encontro Nacional de Sexologia, da Febrasgo, Gramado, RS, 1987*a*.
——; ——; ——; ——; —— & ——. *Sexual dysfunctions and the previous search of professional help*. Trabalho apresentado ao II Simpósio Internacional de Sexualidade Femenina y Masculina, Mar del Plata, Argentina, jun. 1987*b*.
—— & Costa, M. A disfunção erétil e a utilização do inventário Beck de depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 36*(5): 293-8, 1987.
—— & ——. A ansiedade com a possibilidade de gravidez e a dificuldade erétil. *Femina*, Febrasgo, 1988.
——; Andrade, V. L. & Costa, M. Incidência de dificuldades sexuais em parceiras de homens sexualmente disfuncionais. *Femina*, da Febrasgo, no prelo.
Vicent, C. E. Communicating with couples pressenting sexual problems. *Medical Aspects of Human Sexuality*, p. 116-38, March, 1975.