

Aspectos psicogênicos e opções terapêuticas da ejaculação retardada

Heloisa Junqueira Fleury¹, Carmita Helena Najjar Abdo²

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

A ejaculação retardada caracteriza-se pelo atraso acentuado da ejaculação, mesmo com estimulação sexual adequada e desejo de ejacular. A prevalência estimada é de 1% a 4%. Tentativas prolongadas para atingir o orgasmo causam exaustão e desconforto genital. Há influência de fatores biopsicossociais-comportamentais e culturais que podem desencadear, reforçar ou agravar a probabilidade de ocorrência. Pode ser desencadeada por medicações. Conduz a uma menor satisfação no relacionamento, ansiedade com o desempenho sexual, a uma atividade sexual menos frequente e problemas relacionados à saúde. Portadores sentem menos excitação sexual subjetiva, apesar da resposta erétil ser boa, e diminuição da sensibilidade peniana. A frequência de masturbação é alta, com estilo próprio e as fantasias sexuais preferidas não ocorrem no sexo com parceria. Preferem masturbação ao sexo compartilhado. Mantêm a ereção, mesmo quando perdem a excitação, aparentemente pela necessidade de satisfazer a parceria. Os fatores psicológicos incluem medos, hostilidade, ansiedade de desempenho e sentimento de culpa. O tratamento deve ser particularizado, individual ou do casal. Dados limitados apoiam psicoterapia, farmacoterapia e/ou estimulação vibratória peniana como opções de manejo. Indicadas reeducação masturbatória e aproximação das fantasias à realidade do paciente. Fantasias sexuais não convencionais são frequentes e dificultam o tratamento. A psicoterapia busca diminuir o estigma, facilitar a comunicação entre os parceiros, informar e diminuir a ansiedade relacionada à atividade sexual. Também são úteis as atividades lúdicas e as práticas sexuais alternativas. Os casos mais graves se beneficiam do tratamento medicamentoso integrado ao psicoterapêutico, mesmo havendo complicações psicossociais-comportamentais e culturais concomitantes.

PALAVRAS-CHAVE: Ejaculação, psicoterapia, comportamento sexual, coito, masturbação

INTRODUÇÃO

A ejaculação retardada caracteriza-se pelo atraso da ejaculação, mesmo com estimulação sexual adequada e desejo de ejacular. Alguns evitam a atividade sexual em decorrência do padrão repetitivo dessa dificuldade, que pode afetar negativamente algumas parcerias sexuais,¹ especialmente quando impede a concepção.

Embora a prevalência não seja clara pela falta de definição precisa dessa disfunção, foi estimada entre 1% a 4%.² A prevalência não se altera até os 50 anos de idade, quando começa a aumentar significativamente.¹

Embora não haja consenso sobre o que seria um tempo razoável para atingir o orgasmo, o tempo de latência ejaculatória intravaginal médio é de 5,4 minutos.³ A identificação da ejaculação retardada pode considerar dois desvios padrão

¹Psicóloga, mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

²Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

Heloisa Junqueira Fleury

R. Sergipe, 401 — conjunto 309 — São Paulo (SP) — CEP 01243-001

Tel. (11) 3256-9928 — E-mail: hjfleury@uol.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 25 de março de 2020. Última modificação: 27 de março de 2020. Aceite: 27 de março de 2020.

acima dessa média, ou seja, aproximadamente 22-25 minutos.⁴ Geralmente, o casal se queixa de exaustão ou desconforto genital após tentativas prolongadas para atingir a ejaculação.¹

A patogênese exata ainda não é conhecida, mas a fisiopatologia parece ser multifatorial, incluindo fatores orgânicos e psicológicos.^{5,6} Há indícios de influência cultural ou genética. Homens asiáticos apresentam essa queixa com maior frequência do que populações europeias, australianas ou norte-americanas.¹ Alterações ejaculatórias também podem ser desencadeadas por medicações, como antidepressivos, antipsicóticos, medicamentos alfa simpáticos e opioides.¹

Como em outras disfunções sexuais, vários fatores biopsicossociais-comportamentais e culturais podem desencadear, reforçar ou agravar a probabilidade de ocorrência.⁷ Uma cuidadosa pesquisa da história médica é a chave para o diagnóstico das etiologias potenciais, as quais incluem medicamentos, perda de sensação peniana, endocrinopatias, hiperestimulação peniana e etiologias psicológicas,⁸ tais como a impossibilidade de engravidar e sentimentos de raiva.⁷

O objetivo deste artigo é discutir as possíveis etiologias psicogênicas e as opções terapêuticas não medicamentosas para a ejaculação retardada.

ETIOLOGIA PSICOGÊNICA

As consequências negativas descritas para pacientes com disfunção erétil e ejaculação prematura, também se aplicam ao portador de ejaculação retardada. Relata menor satisfação no relacionamento, ansiedade com o desempenho sexual, atividade sexual menos frequente e problemas relacionados à saúde.⁹ Sente menos excitação sexual subjetiva,¹⁰ apesar da resposta erétil ser boa.⁹ Muitos homens com ejaculação retardada queixam-se de insensibilidade ou diminuição da capacidade de experimentar sensações penianas, o que sugere questões de ordem psicológica para aqueles que têm boa sensibilidade peniana à masturbação, diferentemente da diminuição quando estimulado pela parceria.³

Perelman¹¹ observou frequência alta de masturbação e um estilo próprio em mais de um terço dos pacientes que se masturbavam. Usavam técnica difícil de ser repetida pela parceria com a mão, boca ou vagina, devido a atrito e pressão intensos por meio de estimulação rápida do pênis com a própria mão, toques, pressão ou beliscões em determinados pontos do pênis. Quase todos não conseguiam comunicar essas preferências às parcerias, por vergonha, constrangimento ou ignorância. Observou, também, que 11% de sua amostra não usava as fantasias sexuais preferidas na masturbação durante o sexo com parceria.¹¹ Essas particularidades podem explicar o fato de que as ereções desses homens aparentemente são mais fortes durante a masturbação do que no coito.⁹ Além disso, a diferença entre a fantasia e

a realidade externa pode incluir atratividade e tipo de corpo da parceria, orientação sexual e atividade sexual realizada.¹⁰

Há evidências de que esses homens preferem atividade sexual solitária (masturbação). Apfelbaum,¹² citado em Althof,¹³ postulou que, no sexo com parceria, eles apresentam transtorno de desejo sexual sutil, que disfarçam atribuindo a um problema ejaculatório. Esse autor acredita que estes homens são autosssexuais, ou seja, preferem sexo consigo próprio. Preferem seu toque e podem se inibir com a estimulação da parceria. Porém, muitos se sentem culpados ao rejeitar o desejo da parceria pela atividade sexual ou ao privá-la de compartilhar sua experiência orgástica.¹² Esse autor também descreveu “ereções automáticas”, que ocorrem na ausência de excitação mental. Entende que o ejaculador retardado mantém a ereção mesmo quando perde a excitação e a mantém por tempo prolongado, expressando necessidade excessiva de satisfazer a parceria.¹²

Entre vários fatores psicosssexuais e psicossociais, Althof¹³ enumera diferentes tipos de medo (perda de sêmen, ser ferido pelos genitais femininos, que a ejaculação possa ferir a parceria, engravidar a parceira, profanar a parceria com o sêmen), hostilidade, relutância em se entregar à experiência, sentimento de culpa por educação religiosa rigorosa.^{6,13} A ansiedade de desempenho refere-se ao sofrimento decorrente da inabilidade para ejacular e pode desviar a atenção aos elementos eróticos que poderiam aumentar a excitação sexual.⁶

A duração excessiva, para algumas parcerias pode inicialmente parecer positiva, porém após algum tempo começa a causar desconforto com a dor e lesão, o que pode afetar a autoestima e provocar culpa. Essa condição gera raiva e sensação de rejeição.⁷ Alguns homens chegam a fingir orgasmo para evitar reações negativas da parceria.¹¹

Outro aspecto é o contexto situacional, como, por exemplo, homens que conseguem ejacular com um parceiro, mas não com outro do mesmo sexo, a presença de padrões parafilicos de excitação, a necessidade de rituais etc., o que permite um diagnóstico diferencial da ejaculação retardada desencadeada por uma doença médica ou lesão, em que o retardo não se relaciona a questões psicológicas.¹

Mesmo havendo etiologia orgânica, a ejaculação retardada é potencializada por estimulação insuficiente, ou seja, uma combinação inadequada de “atrito e fantasia”.⁷ A presença frequente de pensamentos negativos pode neutralizar cognições eróticas (fantasia) e, conseqüentemente, retardar, diminuir ou mesmo suprimir a ejaculação. Também a estimulação da parceria (atrito) pode ser insatisfatória.⁷

TRATAMENTO

A escolha da intervenção terapêutica deve ser particularizada para cada paciente, que poderá ser atendido

individualmente ou com a parceria, especialmente quando esta apresenta muita ansiedade. Por outro lado, quando as dificuldades são mais psicológicas e relacionadas ao desenvolvimento emocional, o atendimento deve ser individual. A ansiedade de desempenho e a perda de confiança sexual devem ser abordadas após a identificação dos fatores precipitantes. Muitas vezes é necessário acompanhamento do caso após o encerramento do atendimento, para evitar recaídas.¹³

Apesar de serem muitas as opções de tratamento, todas apresentam poucas evidências que sustentem sua eficácia,¹⁴ o que destaca a importância da etiologia dessa condição para orientar adequadamente a abordagem terapêutica.¹⁵

Geralmente, o tratamento envolve os potenciais fatores causais e psicoterapia,⁸ com a recomendação de ser específico para cada caso.⁵ Apesar de muitas opções terem sido avaliadas, dados limitados apoiam psicoterapia, farmacoterapia e/ou estimulação vibratória peniana como opções de manejo.^{14,15}

A psicoterapia depende da gravidade do caso, da receptividade e da adesão do paciente. Para aqueles em que a etiologia é psicológica e comportamental, esse é o tratamento com melhores resultados. Deve iniciar com cuidadosa avaliação psicosssexual e da qualidade do relacionamento.⁶

Estão entre as estratégias mais utilizadas: educação sexual, redução da ansiedade de desempenho, aumento da estimulação com maior foco genital, orientação para o paciente simular para si próprio e para a parceria uma resposta ejaculatória exagerada, reeducação masturbatória e realinhamento das fantasias sexuais e estratégias para aumentar a excitação.⁶

Homens com hipoaesthesia peniana relacionada à idade devem receber orientações sobre essa condição e sobre técnicas sexuais que maximizam a excitação, o que poderá também tranquilizá-los.¹⁶ No entanto, aqueles sem patologias somáticas provavelmente apresentam disfunções relacionadas à excitação sexual.¹¹

O portador de ejaculação retardada ao longo da vida deve ser informado sobre os fatores inibidores biológicos e psicológicos que precisam ser evitados, além de alertado sobre as limitações dos tratamentos para que tenha expectativas realistas da psicoterapia, que auxilia pacientes para os quais não haja tratamento medicamentoso.⁴

Quando o paciente necessita de maior estimulação mental, sob a forma de fantasias, textos eróticos ou filmes de conteúdo pornográfico, recomenda-se começar com uma apresentação da necessidade e utilidade desse material, introduzindo um conteúdo educacional para favorecer a adesão e cooperação com o tratamento. Essa abordagem é útil para os homens com sensibilidade diminuída.¹³

Em relação ao homem com transtorno de desejo sexual sutil, que disfarça essa condição no sexo com parceria, atribuindo a um problema ejaculatório, Afelbaum¹² o descreve

como excessivamente preocupado em agradar a parceria e, paradoxalmente, mesmo não estando excitado, tenta desesperadamente ejacular, não para seu prazer, mas para agradar a parceria. A abordagem nesses casos é encorajá-lo a expressar claramente sua falta de excitação, eventuais sentimentos de hostilidade ou a falta de conectividade com a parceria, com o objetivo de ajudar o paciente a reconhecer a ausência de excitação e superar as autoexigências de desempenho. Ao tornar conscientes e nomeados seus sentimentos e pensamentos, ele poderá se sentir validado e diminuir as auto-causações de hostilidade com a parceria. Nessa abordagem, também é orientado a compartilhar suas preferências sexuais para que ambos possam ser atendidos em suas necessidades durante a atividade sexual.¹²

Outra indicação é de reeducação masturbatória, aproximando fantasias sexuais da realidade do paciente. Consiste na adoção de métodos mais tradicionais de masturbação, com estimulação manual, para produzir sensações mais próximas daquelas vividas com a parceria. Uma alternativa à masturbação manual é usar um brinquedo sexual.¹²

Muitas vezes, é necessário auxiliar o homem a identificar comportamentos que melhorem a excitação e minimizem pensamentos inibidores, para que a ejaculação ocorra. No entanto, exigir interromper, reduzir ou alterar a masturbação tende a provocar resistência do paciente, necessitando habilidade do terapeuta para garantir a adesão a este processo e, principalmente, para promover a alteração do estilo masturbatório e a aprendizagem de movimentos corporais e fantasias que aproximem os pensamentos e sensações experimentados na masturbação.⁷

Fantasias sexuais não convencionais, uma vivência interna muito comum nessa população, é uma das barreiras mais importantes ao tratamento. Alguns têm repertório diversificado, enquanto outros fantasiam exclusivamente temas não convencionais, provavelmente muito diferentes da realidade vivenciada em suas práticas sexuais, o que tende a diminuir a excitação com a parceria. O paciente deve ser motivado a aproximar essas fantasias não convencionais de sua própria realidade.¹³

Os conflitos psicológicos devem ser abordados em tratamento psicodinâmico, que busca dar sentido e compreensão a um sintoma, permitindo que o paciente possa fazer as mudanças necessárias em sua vida. A ejaculação retardada é tratada como sintoma provocado por medos e conflitos. Pode ter vários significados, alguns inconscientes e outros mais evidentes. O tratamento pode ser individual ou do casal.¹³

A psicoterapia busca diminuir o estigma relacionado a essa disfunção, facilitar a comunicação entre os parceiros, traz informações e diminui a ansiedade relacionada à atividade sexual. O objetivo é auxiliar na adaptação e na aceitação dessa condição e, se possível, conseguir a ejaculação e

o orgasmo.¹⁴ Também pode promover atividades lúdicas ou incorporar práticas sexuais alternativas.⁶

Nos casos mais graves de ejaculação retardada, o tratamento medicamentoso deve ser considerado (mesmo havendo complicações psicossociais-comportamentais e culturais concomitantes) e integrado ao tratamento psicoterapêutico, sempre que possível. A abordagem deve seguir perspectiva biopsicossocial-cultural combinada com atenção especial à narrativa do paciente. O tratamento é centrado no paciente, holístico e integra uma variedade de terapias conforme necessário.⁷

CONCLUSÃO

A ejaculação retardada é uma das disfunções sexuais menos conhecidas, porém causa muita angústia para o casal, especialmente quando afeta a possibilidade de gravidez. Envolve fatores biológicos (principalmente após os 50 anos) e psicológicos, sendo esses últimos objeto de atenção para aqueles sem comprometimento orgânico. A terapêutica exige habilidosa integração de terapia sexual, atenção às condições emocionais e farmacoterapia.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. 5 ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.
2. Shin DH, Spitz A. The evaluation and treatment of delayed ejaculation. *Sex Med Rev.* 2014;2(3-4):121-33. PMID: 27784563; doi: 10.1002/smrj.25.
3. Althof SE, Abdo CH, Dean J, et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med.* 2010;7(9):2947-69. PMID: 21050394; doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01975.x.
4. Waldinger MD, Schweitzer DH. Retarded ejaculation in men: an overview of psychological and neurobiological insights. *World J Urol.* 2005;23(2):76-81. PMID: 15937707; doi: 10.1007/s00345-004-0487-8.
5. Abdel-Hamid IA, Ali OI. Delayed ejaculation: pathophysiology, diagnosis, and treatment. *World J Mens Health.* 2018;36(1):22-40. PMID: 29299903; doi: 10.5534/wjmh.17051.
6. McMahon CG, Jannini E, Waldinger M, Rowland D. Standard operating procedures in the disorders of orgasm and ejaculation. *J Sex Med.* 2013;10(1):204-29. PMID: 22970767; doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02824.x.
7. Perelman MA. Psychosexual therapy for delayed ejaculation based on the Sexual Tipping Point model. *Transl Androl Urol.* 2016;5(4):563-75. PMID: 27652228; doi: 10.21037/tau.2016.07.05.
8. Jenkins LC, Mulhall JP. Delayed orgasm and anorgasmia. *Fertil Steril.* 2015;104(5):1082-8. PMID: 26439762; doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.09.029.
9. Rowland D, van Diest S, Incrocci L, Slob AK. Psychosexual factors that differentiate men with inhibited ejaculation from men with no dysfunction or another sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2005;2(3):383-9. PMID: 16422870; doi: 10.1111/j.1743-6109.2005.20352.x.
10. Rowland DL, Keeney C, Slob AK. Sexual response in men with inhibited or retarded ejaculation. *Int J Impot Res.* 2004;16(3):270-4. PMID: 14961061; doi: 10.1038/sj.ijir.3901156.
11. Perelman MA. Retarded ejaculation. *Curr Sex Health Rep.* 2004;1:95-101. doi: 10.1007/s11930-004-0023-2.
12. Apfelbaum B. The diagnosis and treatment of retarded ejaculation. In: Leiblum S, Rosen R, editors. *Principles and practice of sex therapy: update for the 1990s.* Guilford Press: New York; 1989. p. 168-206.
13. Althof SE. Psychological interventions for delayed ejaculation/orgasm. *Int J Impot Res.* 2012;24(4):131-6. PMID: 22378496; doi: 10.1038/ijir.2012.2.
14. Martin-Tuite P, Shindel AW. Management options for premature ejaculation and delayed ejaculation in men. *Sex Med Rev.* 2019;pii: S2050-0521(19)30095-2. PMID: 31668585; doi: 10.1016/j.sxmr.2019.09.002.
15. Sadowski DJ, Butcher MJ, Köhler TS. A review of pathophysiology and management options for delayed ejaculation. *Sex Med Rev.* 2016;4(2):167-76. PMID: 27530382; doi: 10.1016/j.sxmr.2015.10.006.
16. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med.* 2010;7(4 Pt 2):1668-86. PMID: 20388164; doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01782.x.