

Eu não sei como sentir: Um caso clínico sobre o transtorno hipersexual e suas comorbidades

Alessandra Diehl¹

Universidade Federal de São Paulo

Oswaldo Rodrigues M. Jr.²

Instituto Paulista de Sexualidade

Hemerson Ari Mendes³

Sociedade Psicanalítica de Pelotas

Neide Zanelatto⁴

Universidade Federal de São Paulo

Nelson Antônio Filho⁵

Instituto Américo Bairral de Psiquiatria

Resumo

O transtorno hipersexual é um diagnóstico que embora muito prevalente na população geral segue ainda sendo subdiagnosticado em amostras clínicas. Esta condição tem alta associação com transtorno por uso de substâncias e também com outras condições sexuais, tais como o transtorno parafílico, com importante carga de sofrimento e dificuldade de intimidade a seu portador. Raros são os estudos da América Latina provenientes de amostras clínicas que discutem as possibilidades comórbidas deste transtorno, bem como possíveis manejos e compreensões para esta condição complexa. Assim, justifica-se o objetivo deste artigo que é apresentar uma atualização sobre o transtorno hipersexual e suas comorbidades através de um caso clínico dentro das perspectivas da visão

1 Psiquiatra. Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Correo electrónico: alediehl@terra.com.br

2 Mtro. em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Diretor do Instituto Paulista de Sexualidade (INPASEX). São Paulo, Brasil. Correo electrónico: oswrod@uol.com.br

3 Psiquiatra e psicanalista na Sociedade Psicanalítica de Pelotas. Correo electrónico: hemerson@terra.com.br

4 Psicóloga. Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas (UNIAD)/ Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, Brasil. Correo electrónico: neidezanelatto@gmail.com

5 Psiquiatra do Instituto Américo Bairral de Psiquiatria. Correo electrónico nelsonpsiq@gmail.com

biológica, cognitiva-comportamental, psicanalítica e do contexto das novas diretrizes diagnósticas do DSM V e da futura CID 11.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substancias, transtorno hipersexual, transtorno parafílico, comorbidades, relato de caso.

No sé cómo se siente: Un estudio de caso sobre el trastorno hipersexual y sus comorbilidades

Resumen

El trastorno hipersexual es un diagnóstico que, aunque muy frecuente en la población general, es aún infra diagnosticado en muestras clínicas. Esta condición tiene una alta asociación con la adicción y también con otras condiciones sexuales, como el trastorno parafílico, con carga importante de sufrimiento y dificultad en la intimidad de su portador. Raros son los estudios de América Latina provenientes de muestras clínicas que discuten las posibilidades de desórdenes comórbidos de este trastorno, y las posibles estrategias y puntos de vista respecto de esta condición compleja. Por lo tanto, se presenta una actualización sobre el trastorno hipersexual y sus comorbilidades a través de un caso clínico en las perspectivas de la visión biológica, cognitiva-conductual, psicoanalítica y el contexto de la nueva pautas para el diagnóstico DSM V y del futuro CIE 11.

Palabras clave: Transtornos relacionados con el uso de sustancias, trastorno hipersexual, trastorno parafílico, comorbilidad, presentación de un caso.

I don't know how to feel: A clinical case about hypersexual disorder and its comorbidities

Abstract

The hypersexual disorder is a diagnosis that although very prevalent in general population it still follows underdiagnosed in clinical samples. This condition has high association with substance related disorder and with other sexual conditions, such as paraphilic disorder, with significant burden of suffering and intimacy difficulty to its carrier. Rare are the studies of Latin America from clinical samples that discuss the possibilities of this comorbid disorder and possible

management strategies and insights to this complex condition. Thus, it is justified the purpose of this paper that is to present an update on the hypersexual disorder and its comorbidities through a clinical case. Within the perspectives of biological cognitive-behavioral and psychoanalytic vision in the context of the new diagnostic guidelines of the DSM V and the future ICD 11.

Keywords: substance-related disorders, hipersexual disorder, paraphilic disorder, comorbidity, case report.

Introdução

O transtorno hipersexual tem íntima relação com o fenômeno do prazer e com a gratificação cerebral (Kaplan & Krueger, 2010; Berner & Briken, 2012). Trata-se de comportamentos sexuais compulsivo-impulsivos que incluem atos sexuais repetitivos, busca compulsiva por parcerias sexuais, masturbação excessiva, consumo exagerado de filmes pornográficos, literatura erótica e/ou profissionais do sexo, uso compulsivo da internet para excitação sexual ou pensamentos sexuais compulsivos que, de tão frequentes e intensos, acabam por interferir com a intimidade interpessoal e sexual, bem como o funcionamento laboral e profissional, gerando vergonha, culpa e stress pessoal (Garcia & Thibaut, 2010; Levine, 2010).

É uma síndrome clínica subdiagnosticada tanto na população geral atingindo 5% a 6% norte americana, quanto em amostras clínicas. Dados populacionais brasileiros sobre esta condição ainda são inexistentes (Levine, 2010; Abdo, 2012). O quadro em geral ocorre no final da adolescência ou início da vida adulta, sendo que a busca por tratamento costuma ser tardia, geralmente coincide com algum problema de ordem judicial, legal, ocupacional ou familiar por conta do comportamento disfuncional ou 'fora de controle' (Garcia & Thibaut, 2010; Abdo, 2012).

Na atualidade, fenômeno transtorno hipersexual tem sido descrito dentro de um *espectro* de três clusters de sintomas os quais incluem: de impulsividade, de obsessividade e compulsividade ou ainda similar às dependências por substâncias psicoativas (Bancroft & Vukadinovic, 2004; Stein, 2008; Karila et al., 2014). A questão conceitual ainda apresenta controvérsias, sendo que os novos manuais classificatórios trazem atualizações. Tanto os critérios da futura Classificação

Internacional das Doenças (CID 11) da Organização Mundial da Saúde, quanto da *Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders - Fifth Edition* (DSM V) da Associação Americana de Psiquiatria podem ter grande utilidade clínica, mas estes poderão falhar devido a grandes diferenças interculturais e individuais na definição de sexualidade “normal” como o ponto de origem para alterações patológicas (Hook, Hook, Davis, Worthington & Penberthy, 2010; Wölflle, 2010).

A pesquisa sugere que há várias semelhanças entre a neuroplasticidade induzida por recompensas naturais (por exemplo, comida, exercício) e aquelas por drogas de abuso e que, dependendo da recompensa, a exposição repetida a recompensas naturais pode induzir neuroplasticidade que promovam o comportamento dependente, inclusive o de sexo (Olsen, 2011).

Entre as comorbidades psiquiátricas mais comuns estão: transtornos ansiosos (50%), transtornos do humor (39%), transtornos pelo uso de substâncias psicoativas (24% a 65%), transtorno parafílico (30% exibicionistas) (Black, Kehrberg, Flumerfelt, & Schlosser, 1997). O tratamento é em longo prazo e acarreta sofrimento, dificuldade real à intimidade do seu portador e pode estar associado a uma série de desfechos negativos, incluído comportamento de alto risco para aquisição de HIV/AIDS (Wright & McKinley, 2010). Trata-se, portanto, de uma condição de caráter crônico e que cursa com recaídas, necessitando de abordagens multidisciplinares para seu tratamento (Garcia & Thibaut, 2010).

O objetivo deste artigo é apresentar uma atualização sobre o transtorno hipersexual e suas comorbidades através de um caso clínico fictício dentro das perspectivas da visão biológica, cognitiva-comportamental, psicanalítica e do contexto das novas diretrizes diagnósticas do DSM V e da futura CID 11 para estas condições.

Caso clínico

Questões éticas

Trata-se de um caso clínico fictício onde qualquer dado que pudesse identificar algum paciente foi substituído, assim como nomes, características, situações e locais foram dissimulados.

Identificação

Henrique, masculino, 27 anos, pardo, católico não praticante e espírita simpatizante, heterossexual, casado há nove meses, sem filhos, tem o segundo grau completo, trabalha em escritório com vendas de produtos agropecuários, mora em apartamento alugado, quatro cômodos, somente ele, a esposa e um cachorro.

Motivo do atendimento

Paciente tem como queixa principal a percepção que tem um grave problema referente ao seu comportamento sexual que atribui ser de “forma obsessiva e compulsiva por qualquer coisa relacionada à sexualidade e a relação sexual”, de forma recorrente e duradoura, o qual não tem conseguindo se controlar e tem lhe causado muito sofrimento; com dificuldades no relacionamento conjugal, prejuízos no trabalho e riscos diversos como, por exemplo, referentes à contaminação e risco de receber sanções legais.

Impressão sobre o paciente

Trata-se de um jovem moreno, com idade aparente condizente com a real, longilíneo, veste-se com asseio, perfumado, roupas joviais como calça jeans, camisa polo de marca, mochila nas costas e acessórios modernos de fone de ouvidos. Têm os olhos claros, cabelos pretos com gel. Tem muito boa aparência. É cordial e educado. Tende a falar bastante nas consultas, de forma fluente e com emprego de bom vocabulário. Também se mostra meticuloso com horários das consultas e sempre chega bem antes do horário previamente combinado. A impressão é de estar ansioso, de fato sofrendo e de ser bastante sedutor. A impressão também é que apesar de estar casado, ter colegas de trabalho e do grupo de apoio que participa é na verdade uma pessoa solitária. O seu discurso gira em torno dele o tempo todo. Pouco aparece inicialmente outras pessoas reais em sua vida que são significantes.

História da doença atual

Paciente conta que já há pelo menos oito anos vem evoluindo com pensamentos e fantasias sexuais constantes, com muita vontade de fazer sexo,

comportamento compulsivo por sexo e outras atividades sexuais de forma consensual com as parcerias sexuais, em busca do que ele mesmo chama de “prazer imediato”. Conta:

“Já faz um tempo que tento me controlar para não praticar comportamentos que me machucam, mas está incontrolável, fiz uma substituição depois que parei de usar drogas e tenho as práticas sexuais como uma droga, algo que busco para me anestésiar. Preciso de ajuda para controlar esse comportamento destrutivo, pois estou sofrendo muito com esta busca insaciável por sexo, afetando todas as áreas da minha vida e me trazendo muita dificuldade de relacionamento, além de ansiedade, medo, raiva, irritabilidade e angústia”.

Paciente relata que está há quase sete anos sem usar nenhum tipo de droga, principalmente a cocaína que era sua droga de escolha. Iniciou o uso de substâncias psicoativas aos 13 anos de idade, em escalada progressiva de experimentação até o consumo diário e progressivo de maconha, álcool, anfetaminas, inalantes, alucinógenos e principalmente cocaína aspirada. Nega uso ou experimentação de crack e uso de cocaína injetável. Nega uso de tabaco. Esteve quatro vezes internado em regime de Comunidade Terapêutica religiosa na qual de fato chegou a completar o tratamento e obter alta com histórico de bom comportamento e adequação no ambiente terapêutico. No entanto, após há alta pouco tempo depois voltou a recair. Entrou em recuperação quando conheceu grupos de mutua ajuda⁶ e desde então nunca mais teve recaídas.

Relata que depois que entrou em recuperação, o comportamento sexual compulsivo aumentou, conta:

“chego a ficar me masturbando várias e várias vezes ao dia (mais de dez vezes por dia), às vezes até sem muita vontade, demorando a gozar de uma punheta

⁶ Grupos de mutua ajuda são irmandades baseadas no modelo de 12 passos. Foram fundados pelos Alcoólicos Anônimos (AA) em 1935 nos Estados Unidos da América e são atualmente amplamente difundidos principalmente no mundo ocidental.

para a outra, mas mesmo assim sigo insistindo em me tocar. Também me coloco em muito em risco com garota de programa, pois as vezes não uso camisinha”.

Também menciona que o não uso de camisinha lhe traz a percepção de risco e este por sua vez aumenta seu “tesão”. Diz que ao se masturbar utiliza filmes pornô ou sites de mulheres e homens nus ou simplesmente pensa em algo erótico. Mas às vezes pensa em sua mãe e fica excitado. Ao mesmo tempo, acha doentio ter o pensamento de que está transando com a própria mãe, mas se excita e se masturba pensando na mãe e em várias outras mulheres, mas não na esposa. Relata também que no ônibus tem praticado se esfregar nas mulheres. Fica excitado e gosta de encostar o pênis ereto dentro da calça no corpo das mulheres dentro do ônibus lotado sem que as mesmas estejam consentindo com este ato. Conta: *“sei que estou agredindo de certa forma estas mulheres dentro da lotação e corro o risco de ser preso, ser agredido, ser humilhado e outras consequências muito piores que eu ignoro inicialmente, mas depois me causa vergonha”.*

“Às vezes sigo as mulheres após o ponto de ônibus e algumas acabam aceitando transar comigo. Na verdade, eu nem sei o que é isto de fazer amor que as pessoas dizem, porque na verdade eu sempre fodo, trepo, meto ou como, é algo mais animal mesmo, feroz, mas nunca faço a força, porque o barato está da sedução de cair no meu papo”.

Gosta de ficar encarando as mulheres na rua e relata que não desiste até que seja percebido e olhado. Gosta mais de mulheres *“peitudas”, “boazudas” e “pernonas”,* tipos *“provocadoras e insinadoras”,* mas nem sempre é um padrão que seleciona, mas sim alguém que está disponível no momento. Nega sexo com animais e com cadáveres.

Paciente conta que gosta de visitar casas de *strep tease* e também já participou uma vez de *swing*. Apesar de achar homens bonitos na rua e se excitar ao ver filmes com homens transando ele nega ter tido relacionamento sexual não virtual com homens ou travestis. Já chegou a pensar e se questionar se o fato de excitar-se

com homem e achar homens bonitos, se isto não faria dele gay. Fala com naturalidade e sem embaraços sobre a questão da orientação sexual. Considera experimentar algum dia. Conta que quando sob o efeito de drogas costumava com muita frequência ficar dentro do carro na esquina de casa totalmente nu esperando as pessoas passarem e vê-lo desnudo e de pênis ereto. Masturbava-se depois de alguém se assustar com ele. Envergonha-se disto. Sempre teve prazer em ficar totalmente nu e se mostrar para os outros, mas a droga facilitava este comportamento e o ajudava a ter mais coragem de fazer de fato. Paciente nega práticas sexuais com crianças e/ou púberes e pensamentos ou fantasias sexuais com crianças, assim como nega outras práticas sexuais que envolvam alguma forma de sofrimento físico ou ameaça à sua vida ou das parcerias sexuais. Não gosta, por exemplo, de tapas ou espancamento durante a atividade sexual. Tem práticas de “espionar” pessoas desnudas e ou tendo relacionamento sexual nos prédios vizinhos sem que estas saibam que estão sendo observadas. Chegou a comprar uma luneta para poder observar melhor. Excita-se com gemidos e barulhos que remetem a sexo feito por terceiros. Também gosta de ligar para “disk sexo” e fazer sexo por telefone, com mulheres ou homens que atendem. Queixa-se do dinheiro que tem gasto com este tipo de serviço em detrimento à necessidade de aquisição de outros pertences de seu domicílio. Não foi identificado em seu histórico atual e/ou pregresso a presença de oscilações de humor clássicas com elevação do humor para mania ou episódios depressivos sem estar sob efeito de droga. Quando estava intoxicado a oscilação do humor estava presente.

Com relação a seu casamento conta que nem sabe direito porque se casou. Acredita que foi para não ficar sozinho. A esposa não é usuária de droga e tem a mesma idade dele. Conheceu a mesma por intermédio de um amigo em comum. Namoraram muito pouco tempo e logo se casaram. O sexo ocorreu apenas após o casamento. Relata não ter afeto pela esposa, não a ama, apesar de achá-la uma mulher bonita. Tem relações sexuais com ela apenas para se aliviar de alguma tensão ou irritabilidade, ou porque “faz parte da rotina do casamento”. Relata que com a mesma não se limita a fazer apenas o clássico “papai e mamãe”, pois variam de posições sexuais, entre elas a posição missionária da qual gosta muito. Considera se separar. Relata que não “combinam”, ou seja, alega que eles não

possuem “afinidades”. Ao ser questionado sobre o fato do casal possuir ou não intimidade, ele pensa um tempinho para responder e devolve dizendo: *“eu nem sei direito o que é isto. Certamente eu não tenho intimidade com ela e acho que nunca tive com ninguém”*.

Narra que por conta de seu comportamento sexual já faltou no outro dia no trabalho com queda de produtividade. Passa muito tempo na frente do computador em horário de serviço. Às vezes, mesmo durante o trabalho, visita sites pornográficos e assiste filmes pornográficos com muita frequência, se masturba no banheiro do trabalho, fica pensando como irá fazer para ter sexo após sair do escritório, por vezes chega tarde em casa e assim tem tido cada vez menos tempo com a esposa e ela passou a se queixar disto. Acha que vai ter que fazer com o sexo como fez com a droga, ou seja, acredita que terá que se “desintoxicar do sexo” por um tempo como fez com as drogas, já que acredita que para ficar “limpo” terá que ficar sem ter relação sexual. Ao ser indagado como pretendia fazer isto estando casado, ele responde que não sabe ainda, mas que acredita que vai dar um jeito e a esposa que entenda e “ponto final”. Paciente nega disfunções ejaculatórias, de ereção e orgasmáticas.

História pregressa

Paciente refere ter nascido de parto normal e hospitalar. Não se lembra de ter tido nenhuma doença na infância e sempre teve um desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Assim como nunca teve dificuldade de aprendizado na escola. Conta que sua primeira recordação sexual foi por volta dos quatro aos cinco anos de idade, quando ficava nu com um primo e ambos se tocavam os genitais e isto lhe dava prazer. Descreve o fato como algo do qual tem a memória ter sido natural e prazeroso. Aos sete anos sofreu um abuso sexual com penetração anal por parte de um adulto do qual diz não se recordar quem era, preferiu apagar a recordação da cena e da situação, pois segundo ele foi algo muito agressivo. Acredita que tenha sido alguém do seu convívio, mas não sabe dizer quem foi exatamente: *“pode ter sido um vizinho, um tio ou um primo mais velho, não sei ao certo”*. Considera ter sido o próprio pai. Não contou para ninguém na ocasião porque temia apanhar dos pais. Acreditava ter feito algo errado e feio, portanto achou que

guardar este silêncio seria o mais correto a fazer. Depois de então, relata que passou muito tempo preocupado com a virgindade, uma vez que na adolescência todos seus amigos do colégio já tinham tido experiências sexuais e ele ainda não tinha. Cobrava-se por isto e ansiava por este momento. Foi aos 16 anos que teve a sua primeira experiência sexual com uma tia e vizinha de 30 anos que ajudava a limpar a casa da sua mãe. Relata que a tia é que “comeu ele”. Segundo seu relato ela era mais velha, “feiosa”, não foi algo bom, apenas algo mecânico que serviu para ele se livrar do peso de ser virgem.

Logo em seguida, começou a experimentar drogas e passou longos anos no uso; evoluindo para um padrão de dependência rapidamente, com repetição e indisciplina escolar, pequenos furtos em casa para comprar droga. Vivia anestesiado e teve outros muitos relacionamentos sexuais com mulheres das quais não teve vínculos duradouros, pois não se lembra de ter tido namoradas. O desempenho sexual sempre foi mais importante do que a pessoa em si. As notas no colégio pioraram, cabulava aula, os pais eram chamados ao colégio pelas faltas e por indisciplina. Sua crença é de desvalia pessoal, com a ideia de ser menos, inferior e com baixa autoestima. Nega prática de jogos de azar, nega comer compulsivo e nega a prática de exercícios de forma exagerada e compulsiva. Paciente tem histórico familiar de outros parentes dependentes químicos como tios maternos e avô materno. Paciente não sabe ao certo informar outras formas de doença mental na família.

Henrique é proveniente de uma família bastante numerosa de agricultores do sul do Brasil que se mudou para o interior próximo a uma grande metrópole há muitos anos atrás para tentar a vida em uma cidade maior com atividade laboral em ramo semelhante. É o caçula de uma prole de sete irmãs mais velhas que ele. Portanto, é o único filho homem. Os pais sempre foram pessoas trabalhadoras, humildes, honestas e preocupadas com o sustento da casa e dos filhos. Sabe que foi um filho desejado, pois os pais ficaram tentando ter um menino por muito tempo. Mas não se recorda de estar dando um beijo no pai ou um abraço apertado no mesmo. A mãe também é uma figura que descreve como distante, *“uma mãe germânica”, ou seja, “daquelas mães mais preocupadas com regras, disciplina e rotina, e fazer comida para gente e com pouca conversa; um olhar ou uma levantada*

de sobrançelha já diz tudo o que ela quer". Não tem grandes atritos atuais com as irmãs e cunhados, mas não costumam reunir-se para celebrar juntos os aniversários dos sobrinhos, por exemplo. Logo que entrou para "o mundo das drogas" acha que passou a ser a "ovelha negra da família". Pensa que eles o querem longe deles. Acha que em virtude de ter "aprontado" muito e feito muita vergonha e sofrimento à família, eles sempre ainda têm receios de recaídas ou que vá pegar algum objeto dentro de casa ou dar algum vexame qualquer. "É como se eles esperassem tanto um filho homem e este filho veio meio estragado". Não se recorda dos pais tendo uma conversa com ele sobre assuntos de sexualidade, sobre nada sério, exceto cobrando a recuperação, uma vez que já tinham gastado um bom dinheiro com as internações.

Funções mentais

Atenção: Normovigil e normotenaz. *Senso percepção:* não há relatos de alteração do senso percepção. *Memória:* memória preservada. *Orientação:* orientado auto e alo psiquicamente. *Consciência:* lúcido. *Pensamento:* pensamento predominantemente lógico, com pensamento intrusivo sobre sexo, com curso preservado, com presença de fantasias e desejos sexuais recorrentes, ideias de desvalia, culpa, vergonha, racionalização. *Linguagem:* normolalia, com neologismos ativos (gírias). *Inteligência:* na média clinicamente. *Afeto:* predominantemente ansioso. *Conduta:* comportamento sexual compulsivo, as vezes sem uso de preservativo, com masturbação diária e excessiva, práticas parafilicas tais como voyeurismo, *frouterismo* e exibicionismo, gastos financeiros com atividades sexuais diversas.

Hipóteses diagnósticas

Síndrome de dependência a múltiplas drogas

Pensado por apresentar um padrão mal adaptado de consumo de várias substancias psicoativas ao longo de vários anos, associado a sintomas de fissura (craving), tolerância, saliência do consumo, sinais e sintomas de abstinência das drogas de consumo, com prejuízos nas diversas áreas de vida diária como escolar/acadêmica, familiar e social.

Transtorno hipersexual

Pensando por preencher todos os critérios propostos da DSM V (American Psychiatric Association [APA], 2013) que trata esta condição com critérios mais aproximados da dependência química, com necessidade de apresentar intensas e recorrentes fantasias sexuais, impulsos sexuais ou comportamentos sexuais em associação com três ou mais dos cinco critérios propostos por um período mínimo de seis meses. Interessante que a nova versão solicita a especificação se o comportamento é de masturbação, pornografia, comportamento sexual consensual com adultos, sexo pela internet (cibersexo), sexo por telefone, clubes de *strip-tease* ou outros. Nosso paciente preenche todas as especificações.

Transtorno parafílico

Frotteurismo, voyerismo, exibicionista. Cabe considerar que nos termos das novas propostas de revisões da CID-11 este diagnóstico muda de nome de transtorno de preferência sexual para transtorno parafílico (Krueger, 2011), uma vez que acredita-se que a nova terminologia melhor define esta condição que envolve interesse sexuais atípicos e evita a frequente confusão com orientação sexual (Reed, 2013), sendo que para se qualificar como um transtorno parafílico, o foco do padrão de excitação deve envolver outros cuja idade ou o status os tornam relutantes ou incapazes de consentir (por exemplo, crianças pré-púberes, um indivíduo que não desconfia que está sendo visualizado através de uma janela, um animal ou um cadáver) (Stern, 2010), e 1) a pessoa deve ter agido sobre o padrão de excitação, ou 2) a pessoa deve estar marcadamente angustiada pela natureza do padrão de excitação. No caso do item 2) a aflição não deve simplesmente referem à rejeição ou antecipada rejeição social do padrão de excitação criticada por outros. Esta definição exclui especificamente os comportamentos sexuais que envolvem a atividade consensual ou solitária (Fedoroff, 2011). Um diagnóstico de Transtorno parafílico não especificado pode ser aplicado a padrões de excitação que envolvem adultos com consentimento ou comportamento solitário somente se: 1) a pessoa está marcadamente angustiada com a natureza do padrão de excitação e a angústia não é simplesmente uma consequência de rejeição ou temor de rejeição social do padrão de excitação por outras pessoas, ou 2) a natureza do comportamento

parafilico envolve risco significativo de lesão ou morte (por exemplo, asphyxophilia) (Reed, 2013).

Diagnostico diferencial

Transtorno obsessivo compulsivo

Pensando neste diagnóstico pela presença de obsessões, compulsões ou ambas, com pensamentos, impulsos ou imagens indesejáveis e involuntários, que invadem a consciência causando acentuada ansiedade ou desconforto e obrigando o indivíduo a executar rituais ou compulsões que são atos físicos ou mentais realizados em resposta às obsessões, com a intenção de afastar ameaças, prevenir possíveis falhas ou simplesmente aliviar um desconforto físico (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Transtorno bipolar

Pensando porque a hipresexualidade poderia estar inserida dentro de um episódio de mania ou hipomania, bem como pelo relato de ter utilizado Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e ter ficado “agitado”. No entanto, não se identifica episódios clássicos de flutuação do humor preferencialmente observados neste longo período que o paciente não tem feito uso de substâncias psicoativas.

Transtorno de personalidade emocionalmente instável

Pensado por apresentar um padrão duradouro de tendência agir pelo impulso, comportamento impulsivo, sensação de vazio, prejuízo da autoimagem, instabilidade emocional, acessos de raiva mediante crítica ou mínima frustração.

Evolução

Inicialmente foi prescrito naltrexona 50 mg/dia na primeira semana, com o objetivo de aumentarmos gradualmente a medicação conforme tolerância. Solicitamos sorologias para hepatite B e C, VDRL e Anti-HIV as quais vieram todas negativas. Paciente nega doenças clínicas, apresenta-se hígido. Tem utilizado 150 mg/dia até então. Inicialmente não foi prescrito (ISRS) dado a queixa inicial de ter

“ficado agitado”. No segundo mês seguia muito ansioso e com a libido ainda elevada. Iniciamos então a paroxetina com aumento gradual até 60 mg/dia. Foi orientado a frequentar o Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (DASA).

Durante as consultas foram aplicadas três avaliações complementares: a escala de BIS que revelou ser altamente impulsivo (=73) (Malloy-Diniz et al., 2010), o Questionário de Esquemas de Young, obtendo pontuações acentuadas nos domínios: 1, Desconexão e rejeição; 2, Autonomia e desempenhos prejudicados; 3, Limites prejudicados (Casazza, 2007). Também a OCI-R (Inventário de Obsessões e Compulsões): pontuou de 0 a 4, atribuiu 3 em apenas duas afirmativas: (acho difícil controlar meus pensamentos; e pensamentos desagradáveis vem a minha mente e não consigo me livrar deles) (Souza et al., 2008). Paciente vem em acompanhamento psicológico semanal e psiquiátrico mensal há pelo menos oito meses. Ficou sem praticar sexo com a esposa ou com outras pessoas por decisão própria por cerca de quatro meses. Diminuiu frequência de masturbação, sem praticar frotterismo neste período. Sua esposa compareceu a várias consultas quando solicitada e ambos aceitaram fazer terapia de casal, tendo sido encaminhados para colega da área. Acredita-se que a combinação de intervenções possa ter contribuído para os resultados obtidos até este momento descrito.

Compreensão do caso do ponto de vista biológico

Existe uma série de evidências científicas que sugerem que exista um substrato orgânico em comum tanto genético, assim como em nível de neurotransmissores e sistema de recompensa cerebral que sobrepõem o desenvolvimento de dependências químicas aos chamados comportamentos de recompensas naturais (Comings & Blum, 2000; Bradford, 2001; Olsen, 2011; Pitchers et al., 2013). Por exemplo, há evidência de que a exposição crônica aos estímulos que induzem DeltaFosB no núcleo accumbens pode aumentar o consumo de outras recompensas naturais gratificantes tais como comida, sexo, exercícios (Wallace et al., 2008). Assim como a existência de defeitos em várias combinações de genes responsáveis pela síntese de dopamina resultaria em uma síndrome chamada de *Síndrome de Deficiência de Recompensa* (Blum et al., 1989; Blum et al., 1996). A síndrome de deficiência de recompensa compreende um espectro de

distúrbios compulsivos, aditivos e de personalidade impulsiva que são baseados em uma deficiência genética comum no receptor de dopamina D2 (Wallace et al., 2008; Pitchers et al., 2013).

Também se acredita que o alelo A1 Taq I do gene DRD2 (receptor de dopamina D2) está associada ao risco de abuso de substâncias psicoativas e de recompensas não químicas. Um modelo de previsão sugere que um indivíduo que transporta o alelo A1 para o receptor de dopamina D2 tem uma possibilidade de 74% de desenvolver uma das doenças da síndrome de deficiência de recompensa (Blum et al., 1996). Daí que os poucos estudos em amostras clínicas que avaliaram a comorbidade de dependência química com hipersexualidade variam de 24% a 65% dependendo do método de detecção utilizado se escalas de screening ou o diagnóstico psiquiátrico que seria o “padrão-ouro” até então (Black et al., 1997).

Compreensão do caso do ponto de vista cognitivo comportamental

Analisando o caso, do ponto de vista cognitivo, parece haver uma crença central de desamor (sou indesejável, incapaz de ser gostado, incapaz de ser amado, sem atrativos, rejeitado, abandonado, sozinho), evidenciada pela falta de intimidade com o ambiente familiar, se estendendo para outros contextos de interações (esposa, por exemplo). Henrique demonstra não ter se sentido amado por seus pais, e disto pode decorrer a crença de que não é bom e por isto a autoestima mais baixa e o sentimento de inferioridade. A sensação de abandono também parece decorrer desta crença uma vez que, nos ambientes onde o sentimento de rejeição e desamor está presente, a percepção do abandono é comum. O uso de drogas pode ter sido a estratégia compensatória para lidar com a dor da rejeição, para se sentir parte de um grupo ou simplesmente para se anestesiar. O comportamento sexual disfuncional também pode ser considerado como uma estratégia mantenedora do esquema de privação emocional. Não há envolvimento nunca, eu não amo ninguém, e assim mantem o esquema de que nunca será amado. A falta de crenças intermediárias que pudessem sustentar o desenvolvimento de comportamentos sexuais alternativos, prazerosos e satisfatórios, implicou no desenvolvimento dos comportamentos sexuais inadequados e parafilicos. Outra falta importante é o de identificar as sensações fisiológicas a emoções e estados de humor compatíveis

com o relacionamento interpessoal e afetivo de base para o casamento, incapacitando essa denominação e compreensão de como se relaciona o que sente (emoções) e o que pensa (crenças), produzindo comportamentos repetidos que ele reconhece como trazendo emoções de prazer (Rodrigues Jr, 2009a e Rodrigues Jr, 2009b).

Compreensão do caso do ponto de vista psicanalítico

Da mesma forma que Henrique apresenta diagnósticos comórbidos, a compreensão psicanalítica ao seu funcionamento é multifacetada. A multiplicidade de sintomas espelha a gama de determinantes inconscientes, e a falta de integração de seus aspectos afetivos e cognitivos. É emblemática a forma premente –ou seria pré mente– com a qual Henrique busca contato com a terapeuta, são múltiplos contatos, através de múltiplos caminhos, em um pequeno espaço de tempo.

Existe um desespero na sua procura, ele procura ajuda como procura sexo e, provavelmente, como procura qualquer coisa. Não existe uma capacidade continente, a sua capacidade de pensar pensamentos –no sentido bioniano– e decodificar sensações não foi desenvolvida. Apesar de falar em busca compulsiva por prazer, no fundo as relações sexuais são evacuatórias, ele não sabe sentir, assim como não sabe o que é prazer e satisfação. Ele chama de prazer o alívio do desconforto que o ato sexual propícia, que sempre é masturbatório, mesmo quando outra pessoa está envolvida, pois não há intimidade. Evidentemente, estas relações causam tanto alívio quanto o último papelote de cocaína, que convida a um próximo. Freud introduziu o conceito de compulsão a repetição por perceber que certas repetições não eram prazerosas, como alguns sonhos de repetição, brincadeiras infantis e alguns sintomas. Ele percebeu que algumas crianças repetiam como forma de elaborar situações traumáticas, principalmente, aquelas nas quais haviam sofrido passivamente e agora com as repetições, buscavam o controle ativo da situação.

Este conceito parece ser bastante útil para pensarmos a dinâmica do funcionamento de Henrique. No período que corresponde ao final da sua fase edípica, ele tem o registro de ter sido abusado sexualmente, algo “agressivo e doloroso”, tem uma fantasia que isso ocorreu com alguém próximo, podemos dizer talvez com alguém que compartilhava de sua intimidade. Isso se repete quando

chega à sua adolescência, sente-se inadequado, inseguro e é novamente “comido” por uma tia/vizinha/empregada com mais de 30 anos, parece que o abuso ganha uma marca incestuosa. A intimidade machuca, esse parece ser o registro. É neste momento que a drogadição e a compulsão sexual fundem-se e confundem-se com prazer e controle do desprazer. Ele busca tornar-se ativo, no processo no qual foi passivo. Mas aqui também parece haver uma multideterminação na sua conduta. Pois ao mesmo tempo, que agride as mulheres no ônibus sem a sua permissão, ele busca através do “chaveco” conquistá-las. Neste sentido, o paciente busca algum tipo de reconhecimento, de espelhamento. Mas seus temores são maiores, a intimidade associa-se a ser “comido”, “abusado”. Em sua mente ou se abusa ou se é abusado. Apesar de ser o filho tão almejado e buscado, Henrique parece que não se sente gostado pelo que ele é, como se ele precisasse provar algo. Talvez isso esteja na origem de seu sentimento de desvalia, na sua busca para provar a sua capacidade, para provar que não é “estragado”. Com isso, seu olhar fica predominantemente voltado para fora, como quem precisa exhibir-se para poder olhar através do outro quem realmente ele é, como ele faz isso de forma inadequada, a resposta é negativa. Neste caso, a compulsão a repetição leva a mais repetição. A sua conduta lembra o chiste do homem que após terminar o intercurso sexual, olha para companheira e pergunta: e aí, foi bom para mim?

Discussão

Garcia e Thibaut (2010), Kafka (2010) e Echeburúa (2012) discutem a validade do diagnóstico proposto para o DSM V sobre hipersexualidade enquanto um transtorno e uma nova condição psiquiátrica ou “excessos” de comportamentos sexuais não-parafílicos. Um dos grandes problemas parece ser a conceitualização do transtorno de hipersexualidade com base em modelos de transtorno obsessivo-compulsivo, ou de controle de impulso, ou de dependência (adicção) (Bancroft, 2008), uma vez que existe intersecção com todos estes conforme ilustra o caso clínico. Garcia e Thibaut (2010) optam pelo modelo de transtorno de adicção como modelo base para o transtorno de hipersexualidade não parafílica. A discussão teórica anterior (Bancroft, 2008; Stein, 2008) já privilegiava o modelo de falta de controle do impulso, compreendendo que seria necessário desenvolver pesquisas

para esta valorização. Bancroft e Vukadinovic (2004), ao estudarem um grupo autodenominado por comportamentos sexuais excessivos, diagnosticaram transtornos de impulso, apontando a associação de transtornos de humor e sexualidade. Levine (2010) estudando uma amostra clínica obteve metade sem diagnósticos psiquiátricos, 25% com outras condições psiquiátricas e 25% apresentando comportamentos parafílicos. Karila et al. (2014) apontam que as pessoas que se categorizam tendo transtornos sexuais compulsivos, impulsivos ou adictivos, ou percebem-se hipersexuais apresentam pensamentos, fantasias e comportamentos obsessivos. Isto sugere a necessidade de atenção psicoterapêutica de reestruturação cognitiva (Rodrigues Jr., 2009a). Além disso, apontam que estas denominações incluem vários comportamentos problemáticos, incluindo masturbação excessiva, “cybersex”, uso de pornografia, sexo por telefone, clubes de *stripers* (Bancroft, 2008). Estas variações de comportamento, embora possam ocorrer em pessoas sem estas queixas ou entre adultos de forma consensual, sem que produzam desconforto a eles ou a outras pessoas, também se associam a comportamentos parafílicos (Patra et al., 2013). Echeburúa (2012) discute que estes comportamentos têm a finalidade de reduzir ansiedades e outros efeitos disfóricos (vergonha e depressão), e que os diagnósticos psiquiátricos do Eixo I são as comorbidades destas formas de hipersexualidade/adicção sexual. Assim aponta a necessidade de compreender e tratar estas comorbidades. Reconhecer que um comportamento descrito de excesso de expressões sexuais diferencia-se de comorbidades, mas pode a elas se associarem, e estas serem de espectros diferentes permite planejamento de tratamentos diferenciados por estas comorbidades e, sobretudo, aumenta a complexidade do caso. Neste sentido, em casos como este descrito e analisado, defende-se a farmacoterapia associada à abordagem cognitivo-comportamental individual e de casal.

Referências

- Abdo, C. H. N. (2012). *Sexualidade humana e seus transtornos* (3a ed.). São Paulo: Vetor.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bancroft, J. (2008). Sexual behavior that is "out of control": A theoretical conceptual approach. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 593-601.
- Bancroft J. & Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *Journal of Sex Research*, 41(3), 225-234.
- Black, D. W., Kehrberg, L. L. D., Flumerfelt, D. L. & Schlosser, S. S. (1997). Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 243-249.
- Bradford, J. M. (2001). The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behavior. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue Canadienne de Psychiatrie.*, 46(1), 26-34.
- Berner, W. & Briken, P. (2012). Pleasure seeking and the aspect of longing for an object in perversion. A neuropsychanalytical perspective. *American Journal Psychotherapy*, 66(2), 129-50.
- Blum, K., Briggs, A. H. & Trachtenberg, M. C. (1989). Ethanol ingestive behavior as a function of central neurotransmission. *Experientia*, 46, 444-452.
- Blum, K., Braverman, E. R., Wood, R. C., Gill, J., Li, C., Chen, T. J. et al. (1996). Increase prevalence of the *Taq1* allele of the dopamine receptor gene (DRD2) in obesity with comorbid substance use disorder: A preliminary report. *Pharmacogenetics*, 6(4), 297-305.
- Casazza M. J. (2007). Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do Younh Schema Questionnaire-Short Form. Tese de dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Comings D. E., & Blum, K. (2000). Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. *Progress in Brain Research*, 126, 325-341.
- Echeburúa, E. (2012). Does really sex addiction exist? *Adicciones*, 24(4), 281-285.

- Fedoroff J. P. (2011). Forensic and diagnostic concerns arising from the proposed DSM-5 criteria for sexual paraphilic disorder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 39(2), 238-241.
- Garcia, F. D. & Thibaut, F. (2010). Sexual addictions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 254-260.
- Hook, J. N., Hook, J. P., Davis, D. E., Worthington, E. L. Jr., Penberthy, J. K. (2010). Measuring sexual addiction and compulsivity: a critical review of instruments. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(3), 227-260.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377-400.
- Kaplan, M. S. & Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47(2), 181-198.
- Karila, L., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A. & Reynaud, M. (2014). Sexual addiction or hypersexual disorder: Different terms for the same problem? A review of the literature. *Current Pharmaceutical Desing*, 20(25), 4012-4020.
- Krueger, R. B. (2011). Critical appraisals of the proposed DSM-5 paraphilia diagnoses. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 39(2), 237-237.
- Levine, S. B. (2010). What is sexual addiction? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(3), 261-275.
- Malloy-Diniz, L. F., Mattos, P., Leite, W. B., Abreu, N., Coutinho, G., Paula, J. J. et al. (2010). Translation and cultural adaptation of Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) for administration in Brazilian adults. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 99-105.
- Olsen, C. M. (2011). *Natural rewards, neuroplasticity, and non-drug addictions. Neuropsychopharmacology*, 61(7), 1109-1122.
- Patra, A. P., Bharadwaj, B., Shaha, K. K., Das, S., Rayamane, A. P., Tripathi, C. S. (2013). Impulsive frotteurism: A case report. *Medicine, Science, and the Law*, 53(4), 235-238.
- Pitchers, K. K., Vialou, V., Nestler, E. J., Laviolette, S. R., Lehman, M. N., Coolen, L. M. (2013). Natural and drug rewards act on common neural plasticity

- mechanisms with Δ FosB as a key mediator. *Journal of Neuroscience*; 33(8), 3434-3442
- Reed, G. M. (2013). *Overview of ICD Revision. Sexual Disorders and Sexual Health*. Department of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization (WHO). Presentation in meeting at Federal University of São Paulo (UNIFESP), 25 a 27 November, 2013.
- Rodrigues, Jr. O. M. (2009a). Distorções cognitivas nas parafilias. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 20(1), 81-86.
- Rodrigues, Jr. O. M. (2009b). Comprensión cognitiva de las parafilias: distorsiones cognitivas. *Terapia Sexual*, XII(1), 21-38.
- Souza, F. P., Foa, E. B., Meyer, E., Niederauer, K. G., Raffin, A. L., Cordioli, A.V. (2008). Obsessive-compulsive inventory and obsessive-compulsive inventory-revised scales: translation into brazilian portuguese and cross-cultural adaptation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 42-46.
- Stein, D. J. (2008). Classifying hypersexual disorders: compulsive, impulsive, and addictive models. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(4), 587-591.
- Stern, P. (2010). Paraphilic coercive disorder in the DSM: The right diagnosis for the right reasons. *Archives of Sexual Behavior*, 39(6), 1443-1447.
- Wallace, D. L., Vialou, V., Rios, L., Carle-Florence, T. L., Chakravarty, S., Kumar, A. et al. (2008). The influence of DeltaFosB in the nucleus accumbens on natural reward-related behavior. *Journal of Neuroscience*, 28(41), 10272-10277.
- Wölflé, R. (2010). Sexual addiction: chimera or clinical syndrom? A plea for a clinical conceptualization. *Neuropsychiatrie*, 24(3), 209-216.
- Wright, P.J. & McKinley, C. J. (2010). Services and information for sexually compulsive students on college counseling center websites: results from a national sample. *Journal of Health Communication*, 15(6), 665-678.