U.PORTO

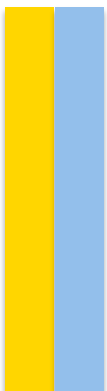
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Comportamento sexual compulsivo

Eduardo Teixeira Rocha Nogueira

M

2023



Artigo de revisão bibliográfica

Comportamento sexual compulsivo

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Eduardo Teixeira Rocha Nogueira

Aluno do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: up201705029@edu.icbas.up.pt

Assinado por: **EDUARDO TEIXEIRA ROCHA NOGUEIRA**
Num. de Identificação: 14694594
Data: 2023.06.02 08:48:31+01'00'

Orientador: Doutor Nelson Bruno da Silva Oliveira

Universidade e Unidade Orgânica: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Unidade do SNS e Serviço: Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Serviço de Saúde Mental Comunitária do Porto Ocidental

Endereço: Rua Coelho Neto, 67, Apartamento 8, 4000-178 Porto

Assinado por: **NELSON BRUNO DA SILVA OLIVEIRA**
Num. de Identificação: 12132307
Data: 2023.06.02 16:19:47 +0100

Coorientadora: Professora Doutora Maria Alice Soares Lopes

Universidade e Unidade Orgânica: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Unidade do SNS e Serviço: Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental

Assistente graduado sénior de Psiquiatria no Centro Hospitalar Universitário de Santo António,

Professora Catedrática Convidada do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

Endereço postal: Rua do Rosário, 426, 1º ET, 4430-213, Gaia

[Assinatura Qualificada] MARIA ALICE SOARES LOPES

Digitally signed by [Assinatura Qualificada] MARIA ALICE SOARES LOPES
Date: 2023.06.02 16:01:24 +01'00'

Porto, junho de 2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Orientador, o Dr. Nelson Oliveira, e à minha Coorientadora, a Prof. Dra. Alice Lopes, em primeiro lugar pela disponibilidade em aceitarem orientar a minha dissertação, mas também pelo esforço, dedicação e apoio que me derem durante a sua elaboração.

RESUMO

O entendimento da sexualidade humana tem evoluído ao longo do tempo, fruto dos contextos sócio-culturais das diferentes épocas históricas. Tal é evidente no caso do comportamento sexual compulsivo, inicialmente descrito no século XIX como ninfomania nas mulheres e satiríase nos homens. Atualmente, já se encontra na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) a perturbação de comportamento sexual compulsivo, que é definida como um padrão persistente de incapacidade de controlar impulsos ou desejos sexuais intensos e repetitivos, condicionando um comportamento sexual repetitivo. Este engloba outros comportamentos além do sexo, como a masturbação, o uso de pornografia, as práticas sexuais com múltiplos parceiros, o *cybersex*, o *phone sex*, a frequência de clubes de strip, entre outros.

No entanto, ainda persistem dúvidas em torno desta temática no que diz respeito à sua classificação, diagnóstico e tratamento. Efetivamente, a 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) rejeitou incluir uma proposta desta perturbação, e a CID-11 considera-a uma perturbação de controlo de impulsos, mas continua-se a discutir se esta não deveria estar na categoria das perturbações de comportamento aditivo (como o *gambling* [segundo o DSM-5 e a CID-11] e o *gaming* [segundo a CID-11]) ou das perturbações obsessivo-compulsivas. Além disso, até recentemente não havia critérios de diagnóstico, o que dificultava a deteção de doentes e a uniformização das amostras utilizadas em estudos científicos. Por sua vez, tal condiciona que haja poucos estudos focados na abordagem terapêutica, o que implica que não existam recomendações consolidadas de estratégias eficazes de tratamento.

Objetivos: Esta revisão bibliográfica propõe-se a reunir informação sobre esta perturbação nas suas diversas vertentes, com vista a esclarecer as principais questões que continuam em debate.

Metodologia: A pesquisa bibliográfica foi feita nas bases de dados PubMed. Foram selecionados artigos escritos em Inglês, com data de publicação entre 2000 e 2022 e com acesso ao texto na íntegra. Outras referências bibliográficas consideradas relevantes para o tema, fora deste período temporal, foram obtidas através de referenciação cruzada. Foram excluídos artigos cujas amostras eram compostas apenas por doentes parafilíacos.

Conclusão: O conhecimento adquirido até ao momento permite afirmar que o comportamento sexual compulsivo não se trata de uma patologia rara, e pode ser acompanhada de diversas comorbilidades e de repercussões a nível pessoal, social e profissional. No domínio da sua classificação, existem evidências que apoiam a sua conceptualização enquanto uma

perturbação de comportamento aditivo. No entanto, serão necessários mais estudos neurobiológicos para esclarecer esta questão. Por outro lado, a nível do tratamento, determinadas abordagens psicológicas e farmacológicas têm obtido resultados positivos em ensaios clínicos e *case studies*, destacando-se a terapia cognitiva-comportamental, os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) e a naltrexona. Contudo, a ausência de recomendações terapêuticas formais compromete o tratamento destes indivíduos. Deste modo, apesar de se antecipar que o reconhecimento desta patologia e o estabelecimento de critérios de diagnóstico terão um impacto positivo na deteção destes doentes, também se deve investir no desenvolvimento de estudos com resultados mais significativos de forma a clarificar questões sobre a sua classificação, epidemiologia, neurobiologia e tratamento.

Palavras-chave: Dependência comportamental; Comportamento sexual compulsivo; Perturbação de comportamento sexual compulsivo; Adição sexual; Hipersexualidade

ABSTRACT

The understanding of human sexuality has evolved over time, as a result of the socio-cultural contexts of different historical eras. This is evident in the case of compulsive sexual behavior, initially described in the 19th century as nymphomania in women and satyriasis in men. Currently, the 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11) already includes compulsive sexual behavior disorder, which is defined as a persistent pattern of inability to control intense and repetitive impulses or sexual desire, conditioning a repetitive sexual behavior. This encompasses other behaviors besides sex, such as masturbation, pornography use, sexual practices with multiple partners, cybersex, phone sex, frequenting strip clubs, among others.

However, there are still doubts surrounding this issue with regard to its classification, diagnosis and treatment. Indeed, the 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) rejected including a proposal for this disorder, and ICD-11 considers it an impulse control disorder, but there is still debate as to whether it should be in the category of addictive behavior disorders (such as gambling [according to DSM-5 and ICD-11] and gaming [according to ICD-11]) or obsessive-compulsive disorders. In addition, until recently there were no diagnostic criteria, which made it difficult to detect patients and standardize the samples used in scientific studies. In turn, this resulted in few studies focused on the therapeutic approach, which leads to an absence of consolidated recommendations for effective treatment strategies.

Objectives: This bibliographic review aims to gather information about this disorder in its various domains, in order to clarify the main issues that remain under debate.

Methodology: A literature search was performed on the PubMed database. Articles written in English, published between 2000 and 2022 and with access to the full text were selected. Other bibliographic references considered relevant to the subject, outside this time period, were obtained through cross-referencing. Articles with samples composed solely of paraphilic patients were not taken into account.

Conclusion: The knowledge acquired so far allows us to state that compulsive sexual behavior is not a rare pathology, and can be accompanied by various comorbidities and repercussions at a personal, social and professional level. In terms of its classification, there is evidence to support its conceptualization as an addictive behavior disorder. However, more neurobiological studies will be needed to elucidate this issue. On the other hand, regarding its treatment, certain psychological and pharmacological approaches have yielded positive results in clinical trials and case studies, with emphasis on cognitive-behavioral therapy, selective serotonin

reuptake inhibitors (SSRIs) and naltrexone. Nevertheless, the absence of formal therapeutic recommendations compromises the treatment of these individuals. As such, although it is anticipated that the recognition of this pathology and the establishment of diagnostic criteria will have a positive impact on the detection of these patients, there should also be an investment in the development of studies with more significant results in order to clarify questions around its classification, epidemiology, neurobiology and treatment.

Keywords: Behavioral addiction; Compulsive sexual behavior; Compulsive sexual behavior disorder; Sexual addiction; Hypersexuality

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CID-11	Classificação Internacional de Doenças (11ª edição)
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª edição)
ISRS	Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina
PCSC	Perturbação de Comportamento Sexual Compulsivo

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....1
METODOLOGIA.....4
DISCUSSÃO.....5
1) Classificação.....5
2) Epidemiologia.....6
3) Neurobiologia.....7
4) Quadro clínico.....8
5) Diagnóstico.....10
6) Tratamento.....12
CONCLUSÃO.....14
BIBLIOGRAFIA.....15

INTRODUÇÃO

Considerando que a sexualidade é um conceito que tem tido entendimentos diferentes consoante as épocas históricas, depreende-se que se sucedeu o mesmo com o comportamento sexual compulsivo.

Descrições de indivíduos com comportamentos sexuais excessivos (ou assim apelidados na época) foram existindo ao longo do tempo. Por exemplo, Galeno acreditava que mulheres jovens estavam sujeitas a desenvolver uma "fúria uterina" que as levava à loucura quando perdiam os seus maridos e, consequentemente, a satisfação sexual[1]. No entanto, no século XIX estes comportamentos começaram a ser alvo de estudo pela medicina, sendo inicialmente designados ninfomania nas mulheres e satiríase nos homens[2]. Contudo, apenas contemplavam impulsos e desejos excessivos e insaciáveis de cariz heterossexual, uma vez que os homossexuais constituíam o seu próprio quadro de patologia mental[3]. Além disso, devido às associações morais com a sexualidade, o conceito de ninfomania impunha um estigma maior, sendo que as mulheres podiam ser diagnosticadas como ninfomaníacas por adotarem comportamentos que na época as caracterizavam como promíscuas ou 'galdérias', e que hoje em dia não motivariam esse rótulo por parte da sociedade (como fazer sexo antes do casamento, ter fantasias eróticas, agir de forma sedutora, usar linguagem obscena ou apresentar excitação orgásmica)[3, 4]. Nestas mulheres, o tratamento proposto passava por práticas de mutilação genital como a clitoridectomia ou a remoção dos lábios[4]. Por outro lado, os homens que poderiam enquadrar-se nesta patologia eram vistos positivamente como mulherengos à imagem de figuras como Don Juan ou Giacomo Casanova[3].

O primeiro autor a ter uma perspetiva deste comportamento mais próxima da atual foi Richard von Krafft-Ebing, quando, em 1886, descreveu um caso de hiperestesia sexual como "um instinto sexual (…) que permeia todos os pensamentos e sentimentos e que não permite outros objetivos na vida (…)", introduzindo o conceito de "hipersexualidade" e alargando o foco para incluir o comportamento sexual excessivo em si e o impacto que tem no indivíduo, não apenas os pensamentos e desejos sexuais incontroláveis[5]. No século seguinte, em 1978, James Orford concebeu o comportamento sexual excessivo não-parafilíaco como uma dependência, fazendo uma equiparação com a dependência de álcool e reconhecendo o impacto negativo que tinha nos indivíduos[6]. Em 1983, Patrick Carnes publicou o seu livro *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*, no qual, com base na sua experiência, descrevia quadros clínicos, especulava sobre a sua etiologia e fazia recomendações terapêuticas sobre o que considerava ser a adição sexual[7]. O facto de não haver um suporte empírico forte para as suas conclusões levou a que as

reações iniciais fossem ambivalentes[8]. No entanto, o livro tornou-se um *best-seller* e tornou mais popular o conceito de adição sexual, o que gerou mais interesse no estudo desta área e deu origem a vários artigos e estudos em resposta ao seu livro[9]. Posteriormente, com o advento da Internet e a forma como disponibilizava meios de satisfação sexual, também surgiram mais estudos focados em comportamentos sexuais excessivos facilitados pelo computador, como pornografia e *cybersex*[10, 11].

O interesse em torno desta temática culminou com a discussão da sua inclusão na 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). De facto, o DSM-5 ia alargar o conceito de dependência para reconhecer não só as perturbações associadas ao abuso de substâncias como também dependências associadas a comportamentos aditivos, ou seja, dependências comportamentais[12]. O mesmo iria suceder com a 11ª Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que passou a definir dependência como uma perturbação mental e comportamental que se desenvolve após o consumo de substâncias predominantemente psicoativas (incluindo medicamentos) ou a prática repetitiva de comportamentos que estimulam o sistema mesolímbico (*reward circuit*)[13]. De facto, esta expansão do conceito de dependência permitiu a inclusão da perturbação de abuso do jogo (*gambling disorder*) nos dois índices e a perturbação de abuso do videojogo (*gaming disorder*) na CID-11, e abriu o debate da inclusão de outras possíveis dependências comportamentais.

No caso do comportamento sexual compulsivo, aquando da publicação do DSM-5, foi proposta a conceção da "perturbação hipersexual" como uma dependência, em que os critérios de diagnóstico definiam que o indivíduo experienciasse comportamentos, desejos ou fantasias sexuais repetitivas, incapacitantes e que consumissem demasiado tempo, fossem desencadeadas por emoções negativas ou stress, fossem incontroláveis apesar do esforço individual para controlar ou reduzir os sintomas, e que pusessem em causa o bem-estar ou segurança do próprio ou outros[14]. Além disso, estes comportamentos não poderiam ser causados por efeitos laterais de medicamentos ou outras substâncias, nem estarem associados a episódios maníacos[14]. No entanto, esta proposta não foi aceite por questões relacionadas com a precisão do diagnóstico, a existência de fatores confundidores culturais e morais e o ceticismo generalizado da comunidade psiquiátrica[15].

Atualmente, o comportamento sexual compulsivo (que na literatura também está identificado como adição sexual, hipersexualidade, sexualidade excessiva ou comportamento sexual problemático[16]) está descrito na CID-11 como Perturbação de Comportamento Sexual Compulsivo (PCSC), e é definido como um padrão persistente de incapacidade de controlar

impulsos ou desejos sexuais intensos e repetitivos, condicionando um comportamento sexual repetitivo[13]. Segue-se, portanto, que esta perturbação pode abranger outros comportamentos sexuais além do sexo, como a masturbação, o uso de pornografia, as práticas sexuais com múltiplos parceiros, o *cybersex*, o *phone sex*, a frequência de clubes de strip, entre outros[13, 17]. No entanto, o facto de estar incluída na categoria de perturbação de controlo de impulsos continua a ser discutida na comunidade psiquiátrica, refletindo a dificuldade na classificação desta patologia.

Adicionalmente, apesar de já haver critérios de diagnóstico na CID-11, a maioria dos estudos feitos até ao momento não os aplicou, o que dificulta a deteção de doentes e a uniformização das amostras utilizadas em estudos científicos. Por sua vez, tal condiciona que haja poucos estudos focados na abordagem terapêutica, o que implica que não existam recomendações consolidadas de estratégias eficazes de tratamento.

Deste modo, esta revisão bibliográfica propõe-se a reunir informação sobre esta perturbação nas suas diversas vertentes, com vista a esclarecer as principais questões que continuam em debate.

METODOLOGIA

Para a elaboração da dissertação foi feita uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, tendo em conta as palavras-chave “behavioral addiction”, “compulsive sexual behavior”, “compulsive sexual behavior disorder”, “sexual addiction” e “hypersexuality”. Foram selecionados artigos escritos em Inglês, com data de publicação entre 2000 e 2022 e com acesso ao texto na íntegra.

Foi dada preferência a artigos originais, revisões bibliográficas, revisões sistemáticas e meta-análises. Outras referências bibliográficas fora deste período temporal mas consideradas relevantes para o tema foram obtidas através de referenciação cruzada. Foram excluídos artigos cujas amostras eram apenas doentes parafilíacos.

DISCUSSÃO

1) Classificação

Atualmente, existem 3 modelos propostos para explicar a PCSC:

- como perturbação do controlo de impulsos, em que o impulso de atividade sexual não tem resistência e desencadeia comportamentos sexuais excessivos[18];
- como perturbação obsessivo-compulsiva, devido à natureza irrepressível e intrusiva dos pensamentos e comportamentos sexuais, e à presença de sintomatologia ansiosa associada aos pensamentos sexuais intrusivos[19];
- como perturbação de comportamento aditivo, que contempla um período de desejo sexual inicial intenso (*craving*), repetição do comportamento sexual para alívio de stress psíquico ou para obter prazer transitório, incapacidade repetida de controlar o comportamento (com sintomas de abstinência aquando da sua interrupção) e que culmina na sua manutenção, apesar das consequências negativas para o indivíduo[20].

Como já foi referido, a PCSC está descrita na CID-11, de momento, como uma perturbação do controlo de impulsos por não haver evidência suficiente que sustente a equivalência entre os mecanismos fisiopatológicos conhecidos da PCSC e os da dependência[18]. Nesse seguimento, tem sido estudada a relação entre o comportamento sexual compulsivo e a impulsividade, que tem verificado que existe uma maior impulsividade não apenas nos indivíduos que têm um comportamento sexual compulsivo mas, de forma mais abrangente, nos com dependências (de substâncias ou comportamentais)[21]. Além disso, também foi averiguado que nestes indivíduos existe uma sensibilidade acrescida somente a estímulos eróticos, sendo que esta sensibilidade maior a um estímulo específico também é um achado concordante com outras dependências[22, 23]. Assim, estes estudos também têm encaminhado no sentido de apoiar a classificação da PCSC como uma perturbação de comportamento aditivo.

Relativamente à categorização como uma perturbação obsessivo-compulsiva, pode-se afirmar que todas as dependências têm uma vertente compulsiva, ou seja, o indivíduo tem uma compulsão que o impele à prática de uma atividade devido às 'recompensas neurológicas' que proporciona[24]. Deste modo, a compulsividade do comportamento sexual compulsivo pode ser uma característica que partilha com outras dependências, e não um traço sugestivo de uma perturbação obsessivo-compulsiva.

Com efeito, o modelo mais apoiado é o da perturbação de comportamento aditivo, nomeadamente pela associação entre o comportamento sexual compulsivo e a presença de

outras comorbilidades aditivas como a dependência de álcool e drogas psicotrópicas, jogo, trabalho, compras e distúrbios alimentares, o que sugere uma base fisiopatológica semelhante[25]. Adicionalmente, existem estudos que apontam que indivíduos com comportamento sexual compulsivo têm alterações em circuitos neuronais semelhantes às observadas em indivíduos com dependências de substâncias e comportamentais[26, 27]. No entanto, por ainda não haver evidência suficiente, bem como pela natureza sensível de 'rotular' comportamentos sexuais dos indivíduos, o DSM-5 não a incluiu nessa categoria[15]. Porém, deve-se relembrar que quando o *gambling* foi introduzido pela primeira vez no DSM, também foi como perturbação de controlo de impulsos, e só no DSM-5 é que passou a ser considerado uma perturbação de comportamento aditivo, o que pode antever o percurso da classificação da PCSC.

Por outro lado, também se deve referir que a perceção do público em geral e dos indivíduos afetados é que este tipo de comportamentos excessivos se tratam de vícios[28]. Tal proporciona que existam indivíduos saudáveis, isto é, sem sinais ou sintomas de disfunção por comportamentos sexuais excessivos, que consideram que têm comportamentos sexuais descontrolados, normalmente associados a crenças morais sobre a sua vivência sexual[29]. Particularizando, no uso da pornografia foi descrito o fenómeno de 'incongruência moral' quando existe um *distress* desmesurado relativamente à quantidade de pornografia consumida, que costuma ser influenciado pela religiosidade do indivíduo[30], e que pode levar à procura de ajuda médica desnecessariamente[31].

Em suma, existe uma sobreposição entre os 3 modelos na existência de um impulso que condiciona o indivíduo a praticar um comportamento repetitivamente, o que torna mais difícil a distinção entre eles. Independentemente da opinião popular, a classificação adequada desta perturbação tem implicações na forma como deve ser abordada pela comunidade médica. Enquanto numa perturbação de controlo de impulsos ou obsessivo-compulsiva a alteração patológica está centrada no doente, nas perturbações de comportamento aditivo existe um elemento exterior que contribui para a perpetuação do quadro (através dos fenómenos de tolerância e de abstinência)[9]. De forma a esclarecer estas dúvidas, será pertinente esclarecer os mecanismos neurológicos associados a esta perturbação.

2) Epidemiologia

Até à data, não existem estudos epidemiológicos de grandes dimensões com critérios de diagnóstico uniformizados sobre o comportamento sexual compulsivo[9]. Adicionalmente, os

indivíduos com estes comportamentos têm maior relutância em abordá-los devido a sentimentos de culpa ou vergonha, ou até por negação[25]. Por outro lado, a incongruência moral relativamente a comportamentos sexuais pode inflacionar os casos identificados se esta passar pela auto-perceção dos indivíduos (por exemplo, pedir a uma amostra para dizer se concordava com a frase "Sou viciado em pornografia"[30]), daí a importância de utilizar critérios de diagnóstico (ou questionários) orientados para a deteção de achados objetivos sugestivos de PSCS.

De momento, a prevalência global está estabelecida entre 3-6%, com a ressalva de que pode estar subestimada[32, 33]. Relativamente à sua distribuição, os estudos sugerem que há uma maior percentagem de homens diagnosticados do que mulheres[13, 14], ainda que existam estudos com resultados contrários[34], o que reforça a possibilidade de haver casos que não são detetados. O *onset* costuma ser na adolescência tardia, por volta dos 18 anos, sendo os homens quem mais costuma procurar tratamento[35], ainda que de forma tardia, por volta dos 37 anos[36], quando já têm problemas do foro legal, conjugal, profissional ou de saúde (comorbilidades somáticas ou psiquiátricas)[37]. No entanto, a apresentação clínica é semelhante nos dois géneros[38], mas serão necessários mais estudos para averiguar se existem diferenças na resposta ao tratamento ou se o tratamento deve variar consoante o género[39].

Nestes indivíduos, também se relatam incidências mais elevadas de práticas de crimes sexuais, doentes com HIV e distúrbios parafilíacos[40, 41]. Porém, o risco de comportamento sexual desviante nestes doentes ainda está por esclarecer[25].

3) Neurobiologia

Para avaliar os processos envolvidos nas respostas a estímulos eróticos, têm sido realizados estudos de imagiologia funcional. O que se verificou foi que estímulos visuais eróticos associam-se a ativação do sistema mesolímbico (*reward circuit*), particularmente as regiões límbica e paralímbica (giro cingulado anterior, córtex orbito-frontal) e o corpo estriado (cabeça do núcleo caudado e putamen). Estas estruturas contêm projeções dopaminérgicas que estimulam o núcleo accumbens e produzem sensação de recompensa (neste caso, prazer)[42]. Em indivíduos com o comportamento em causa, existia uma maior ativação destas estruturas comparativamente aos indivíduos saudáveis, o que poderá traduzir a experiência de um desejo mais intenso nos doentes[43]. Além disso, também se detetou mobilização da amígdala em resposta a estes estímulos, mas com maior intensidade nos homens do que nas mulheres, o que pode sugerir diferenças por género no processamento destes estímulos[44]. Adicionalmente, a

repetição destes estímulos desencadeia um aumento de vias glutaminérgicas para o córtex pré-frontal e propicia a formação de novas vias neuronais que favorecem o comportamento aditivo[45].

Estes estudos permitem postular que, à semelhança de outros vícios, a estimulação repetida das vias dopaminérgicas no sistema mesolímbico estará relacionada com o desenvolvimento deste quadro. Contudo, o desejo sexual também é regulado por outros sistemas neuronais: o eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenais, sujeito à ação dos opiáceos, que exerce uma ação moduladora sobre as vias dopaminérgicas[46]; o eixo hipotálamo-hipófise-gónadas, sujeito à ação da serotonina, que também está envolvido no desejo sexual através da secreção de testosterona[47].

Assim, apesar dos achados encontrados, o facto dos estudos efetuados terem limitações como amostras pequenas e constituídas maioritariamente por homens[42], determina a necessidade de continuar a averiguar os mecanismos neurobiológicos associados ao comportamento sexual compulsivo.

4) Quadro clínico

Existem 3 componentes no comportamento sexual compulsivo: fantasias sexuais repetidas, impulsos/desejos sexuais repetidos e comportamentos sexuais repetidos[39]. Na prática clínica, estes traduzem-se nas seguintes manifestações[17]:

- sintomas comportamentais, que incluem procura de novos parceiros sexuais, práticas sexuais frequentes, masturbação compulsiva, uso frequente de pornografia, tentativas falhadas de reduzir ou interromper os comportamentos, envolver-se em práticas sexuais sem excitação fisiológica e envolver-se em práticas sexuais de risco;
- sintomas emocionais/cognitivos, que incluem pensamentos obsessivos relacionados com sexo, sentimentos de culpa associado a um comportamento sexual excessivo, desejo de fugir ou suprimir emoções negativas, sentimentos de solidão, aborrecimento, baixa auto-estima e vergonha, secretismo em torno dos comportamentos sexuais, racionalização de formas de perpetuar os comportamentos, indiferença a parceiros sexuais regulares, preferência por parceiros sexuais anónimos, dissociação da intimidade do sexo e falta de controlo noutros aspetos da vida;

Em suma, este grupo de sintomas permite traçar um perfil de um doente que tem práticas sexuais frequentes, sem preocupação em estabelecer ligações afetivas mas sim em atender a uma insatisfação permanente, de tal forma que ocupa os seus pensamentos e dificulta a concentração na sua vida quotidiana, além de dedicar demasiado tempo à sua vivência sexual. O desejo sexual tende a ser desencadeado por determinadas emoções, como sentimentos de tristeza, felicidade ou solidão[37], e as práticas sexuais costumam ser gratificantes (com orgasmo ou sensação de libertação de stress) mas seguidas de sentimentos de culpa ou remorso[35]. Pode existir um desejo de limitar a atividade sexual mas as tentativas não têm sucesso, e o comportamento sexual pode escalar para atividades de risco crescente.

No período entre práticas sexuais, estes indivíduos podem apresentar sintomas de abstinência, como pensamentos sexuais frequentes e difíceis de parar, aumento da excitabilidade sexual, dificuldade em controlar o desejo sexual, irritabilidade, mudanças de humor frequentes e insónia[48].

Relativamente à sua história sexual, estes doentes apresentam uma coitarca precoce e maior frequência e variedade de experiências sexuais em idades mais jovens[49]. A nível familiar, estes indivíduos provêm de famílias disfuncionais, com pais distantes ou rígidos[50], história de violência doméstica ou abuso sexual (este último com uma associação mais forte em mulheres)[13, 49], ou pais com dependência de substâncias ou comportamentos aditivos (inclusive comportamento sexual compulsivo)[51].

A nível das comorbilidades, o comportamento sexual destes indivíduos pode repercutir-se em gravidezes indesejadas e infeções sexualmente transmitidas (nomeadamente infeção por VIH) devido à maior prevalência de prática de relações sexuais desprotegidas[52]. Lesões traumáticas na vagina ou no ânus e abrasões penianas também podem ocorrer devido à atividade repetitiva[37, 53]. Para além disso, também existe associação a patologia psiquiátrica, salientando perturbações afetivas (em particular a depressão), perturbações de abuso de álcool/drogas ilícitas ou comportamentos aditivos (em particular o *gambling*), perturbações do comportamento alimentar, perturbações de ansiedade ou perturbação do défice de atenção e hiperatividade[35, 39].

Tendo isto em conta, é evidente que a PCSC pode causar disfunções em vários domínios da pessoa, particularmente no social (a nível das relações mais importantes ou casamentos) e profissional. Deste modo, não só pela relutância em discutir estes assuntos como também pela negação dos efeitos adversos que o comportamento está a ter, é possível que os indivíduos só recorram a ajuda profissional tardiamente, quando já há consequências nessas esferas que condicionam um grau elevado de disfuncionalidade.

5) Diagnóstico

Na abordagem de um doente com comportamento sexual compulsivo, deve-se começar por excluir patologia médica, como doença de Alzheimer (se houver disfunção dos lobos frontal e/ou temporal)[39], episódio de mania no contexto de perturbação bipolar ou hiperandrogenismo[25]. O consumo de álcool ou determinadas drogas (cocaína, anfetaminas ou alucinogénios), o uso de alguns anestésicos (propofol) e de agonistas dopaminérgicos (levodopa, usado no tratamento da doença de Parkinson; antipsicóticos, principalmente o aripiprazol mas também a clozapina ou a risperidona) também podem desencadear este comportamento[25].

De momento, apenas a CID-11 tem critérios de diagnóstico estabelecidos para a PCSC. Estes foram concebidos de forma a apoiar-se mais em indícios objetivos de disfunção, e menos em números concretos de práticas sexuais[54]. Para este efeito, estão descritos critérios essenciais (*essential/required features*) e critérios adicionais (*additional clinical features*). Nos critérios essenciais, salienta-se que deve haver[13]:

- uma ou mais manifestações de um padrão persistente de insucesso em controlar desejos ou impulsos sexuais intensos e repetitivos, conducentes a comportamentos sexuais repetitivos:
    - foco central do indivíduo é a prática sexual, causando negligência do próprio, dos seus interesses, atividades ou responsabilidades;
    - existência de várias tentativas sem sucesso de controlar ou reduzir a atividade sexual;
    - comportamento sexual persiste, apesar das consequências negativas que causa;
    - comportamento sexual mantém-se, mesmo quando o indivíduo já obtém menos (ou nenhuma) gratificação;
- manutenção do comportamento durante um período de tempo alargado (por exemplo, 6 ou mais meses);
- exclusão de patologia orgânica (médica ou psiquiátrica) ou consumo de substâncias como causa do comportamento;
- causa *distress* não relacionado com juízos morais, ou disfunção em várias áreas de funcionamento do indivíduo (pessoal, familiar, social, ocupacional, etc).

Nos critérios adicionais, está delineado que[13]:

- pode ter outras apresentações além da prática de sexo (como a masturbação, uso de pornografia, entre outros);
- estados emocionais negativos (depressão, ansiedade, aborrecimento, solidão) podem desencadear a atividade sexual;

- determinados indivíduos com receio de juízos morais internos ou externos podem descrever-se como sendo "viciados em sexo" por recriminação da sua atividade sexual, sendo que devem ser cuidadosamente distinguidos dos restantes indivíduos que assumam esse comportamento.

De forma a distinguir as situações patológicas e as benignas, a CID-11 também descreve os limites do comportamento sexual compulsivo considerado normal (*threshold/boundaries with normality*). Nestes, destaca-se que[13]:

- deve-se reconhecer situações em que há um nível de interesse sexual elevado (por exemplo, nos adolescentes) e quando há uma incapacidade de controlar o comportamento sexual com repercussões na vida do indivíduo;
- o diagnóstico não deve basear-se somente no impacto psicológico que o comportamento sexual tem por este poder estar associado a juízos morais;
- o diagnóstico não pode ser feito com base em períodos curtos, especialmente se coincidirem com transições para contextos com maior acesso a atividade sexual.

A proposta feita para o DSM-5 também continha 4 itens que, tal como os da CID-11, salientavam a importância de haver manifestações do comportamento sexual compulsivo num período de pelo menos 6 meses, da existência de *distress* ou disfunção na vida diária e do facto de o comportamento não poder ser explicado por outra patologia ou consumo de substâncias. Porém, acrescentavam um último que pressupõe que os doentes tenham uma idade mínima de 18 anos[14].

Antes de serem estabelecidos critérios de diagnóstico, a deteção destes casos era feita principalmente através de questionários. De momento existem cerca de 39 questionários disponíveis[9] que, de um modo geral, avaliam a presença de sintomas de comportamento sexual compulsivo e/ou efeitos adversos dessa conduta[55]. Um dos mais usados é o *Kalichman and Rompa's Sexual Compulsivity Scale*, um questionário com 10 itens que incidem sobre o comportamento sexual, preocupações sexuais e pensamentos sexuais intrusivos. Cada item é pontuado segundo uma escala de Likert com 4 opções, sendo que o total varia entre 10-40 e representa o grau de compulsão do comportamento sexual. O valor de *cut-off* usado é 24, sendo que quanto maior for o total maior será a intensidade da compulsão[56].

Dito isto, existem várias limitações no uso destes questionários, das quais sobressai a falta de *cut-offs* válidos para estabelecer o diagnóstico, a impossibilidade de os generalizar por alguns terem sido direcionados a amostras específicas (como homens que fazem sexo com outros

homens) e a variabilidade entre eles a nível da fiabilidade, formato da resposta e estrutura fatorial[17].

6) Tratamento

Apesar das incertezas em torno deste domínio, é aceite que, à semelhança de outras patologias psiquiátricas, o tratamento passe por uma abordagem psicológica e farmacológica[57].

Na vertente psicológica, já foi demonstrado num ensaio clínico randomizado a eficácia da terapia cognitivo-comportamental[58], que também é usada noutras dependências por associar-se à redução no consumo de substâncias e surtir efeitos nos sistemas neuronais envolvidos no controlo cognitivo, impulsividade, motivação e atenção[59]. Outras modalidades de psicoterapia tiveram resultados positivos, como a terapia psicodinâmica[60] ou a terapia de grupo, através de grupos de apoio que assentam no programa dos 12 passos como Sex Addicts Anonymous. Esta última pode ser recomendada como adjuvante para o indivíduo sentir-se menos isolado e reduzir os sentimentos de vergonha sobre a sua perturbação[61, 62]. Consoante o contexto familiar e/ou conjugal do indivíduo, a terapia de grupo com a respetiva parte também pode colmatar o impacto negativo da patologia e aprender a lidar com ela[63].

Sobre o tratamento farmacológico ainda não existem muitos ensaios clínicos *double-blind* de grandes dimensões, daí que as opções apresentadas também serão baseadas em ensaios *open-label* e alguns *case reports*.

Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) são antidepressivos seletivos que promovem o aumento da serotonina pré- e pós-sináptica. Usados nas depressões e perturbações de ansiedade, costumam ter como efeito secundário diminuição da libido, sendo por isso uma escolha lógica no tratamento da PCSC. Até ao momento, foi demonstrada em ensaio clínico randomizado a eficácia do citalopram em reduzir o desejo sexual, a frequência de masturbação e o uso de pornografia, ainda que não tenha tido resultados no número de parceiros sexuais[47]. A fluoxetina, por sua vez, revelou ser útil no tratamento da PCSC e, em alguns doentes, das comorbilidades ango-depressivas[64]. Outros ISRSs que tiveram bons resultados em *case reports* foram a sertralina e a paroxetina[65].

A naltrexona é um inibidor dos recetores dos opiáceos que também bloqueia as vias dopaminérgicas do sistema mesolímbico. Deste modo, é recomendado no tratamento da dependência de álcool e opióides. Na PCSC, já foi demonstrada a sua eficácia num ensaio

clínico[66], após ter tido bons resultados em monoterapia em alguns *case reports*[67, 68]. Adicionalmente, existem estudos sobre o seu uso em associação com ISRSs (fluoxetina, citalopram e sertralina) que também revelam bons resultados, especialmente após falência terapêutica de monoterapia com ISRSs[69].

A nefazodona, um inibidor da recaptação da serotonina e noradrenalina bem como um antagonista dos recetores pós-sinápticos de serotonina 5-HT_{2A}, também é um antidepressivo seletivo que teve eficácia não só em melhorar a sintomatologia como em induzir remissão dos pensamentos sexuais obsessivos[70].

O topiramato, um fármaco com vários mecanismos de ação entre os quais o bloqueio dos canais dependentes da voltagem do sódio e cálcio, dos recetores $GABA_A$, dos recetores glutaminérgicos AMPA e da anidrase carbónica, é recomendado no tratamento da epilepsia, na prevenção da enxaqueca e, pelo seu efeito "anti-impulsivo", no tratamento da dependência de álcool, *binge eating* e cleptomania. Neste caso, existem dois *case reports* que evidenciaram resultados positivos, num dos quais foi a 2ª linha após a falência terapêutica da fluoxetina e naltrexona. Contudo, ambos também revelaram que a sintomatologia dos doentes regressava assim que o fármaco era interrompido, e voltava a melhorar assim que o reiniciavam[71, 72].

Hormonoterapia, através de anti-androgénios e análogos de GnRH que induzem a castração química, está reservada para as parafilias graves, particularmente as que estão associadas a um risco elevado de agressão sexual[73].

Outro fármaco que poderá ser viável no tratamento desta patologia é o baclofeno, um agonista dos recetores $GABA_B$ usado nas contraturas espásticas cerebrais e que já mostrou ser eficaz na síndrome de abstinência de álcool, de benzodiazepinas e de substâncias usadas em *date rape* (gamma-butyrolactone e gamma-hydroxybutyric acid, GBL e GHB). Contudo, até à data, não existem estudos sobre o seu uso na PCSC[25].

Por fim, além do tratamento da PCSC, também se deve atentar às comorbilidades do indivíduo e abordá-las adequadamente, quer sejam somáticas ou psiquiátricas. No entanto, no caso das psiquiátricas, é importante ter em conta que certos antipsicóticos (como o aripiprazol, clozapina e risperidona) podem ter um efeito estimulante da libido e, nestes doentes, é recomendado tentar evitá-los[25].