



Octubre 2019 - ISSN: 1988-783

UM ESTUDO SOBRE AS CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS E SOCIAIS DO PORTADOR DO IMPULSO SEXUAL EXCESSIVO

Flávia Argemiro De Almeida E Silva¹

Cleice Mara Coelho²

“Tema tudo o que não for aceito por sua consciência”
(Conde Leon Nikolaievitch Tolstoi)

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Flávia Argemiro De Almeida E Silva y Cleice Mara Coelho (2019): “Um estudo sobre as características comportamentais e sociais do portador do impulso sexual excessivo”, Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (octubre 2019). En línea:
<https://www.eumed.net/rev/cccss/2019/10/impulso-sexual-excesivo.html>
<http://hdl.handle.net/20.500.11763/cccss1910impulso-sexual-excesivo>

¹ Psicóloga Comportamental Centro Universitário Luterano de Manaus–Ulbra, graduada em Gestão de Recursos Humanos, Psicóloga no Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Email: flaviaalmeida.a@gmail.com

² Especialista em Administração de Recursos Humanos pela Universidade Federal do Amazonas (2001). Possui graduação em PSICOLOGIA pela Universidade Luterana do Brasil (2000). Coordenadora de RH na empresa Horizonte Logística da Amazonia prestadora de serviço da Ambev - Companhia de Bebidas das Américas e Docente da Universidade Luterana do Brasil.

Resumo: A cada dia, pessoas com Impulso Sexual Excessivo enfrentam a possibilidade de destruição, arriscam a família, as finanças, o trabalho, a dignidade e a saúde. Muitas pessoas, que fazem do sexo sua razão de viver, reconhecem o problema, mas evitam falar sobre o assunto e geralmente essa dependência do sexo está acompanhada de comorbidades, parafilias, depressão e transtorno de ansiedade, existindo variações de comportamentos entre esses indivíduos. Uma das causas pode estar associada aos abusos ocorridos na infância, abusos físicos e emocionais, como também o abuso de drogas que causam alterações no organismo. Concluiu-se que os portadores de Impulso Sexual Excessivo são incapazes de se auto ajustarem. A falta de informação específica e apoio adequado para o portador do Impulso Sexual Excessivo têm induzido indivíduos a buscar tratamento não apropriado e assim, não encontrando melhora, aumenta a intensidade do problema. Nesta pesquisa foram realizados quatro estudos de caso, que teve como objetivo identificar os sintomas e sinais comuns entre os indivíduos, tendo como justificativa a tentativa de informar e orientar os indivíduos a conhecer os sintomas e sinais dessa patologia e buscar melhor qualidade de vida. A pesquisa foi realizada em Brasília/DF, com pessoas entre 18 e 50 anos, utilizando como instrumento de pesquisa questionários e entrevistas semiestruturada.

Palavras chave: Impulso Sexual Excessivo. Comorbidade. Parafilia.

Abstract: Every day, people with Excessive Sexual Impulse face the possibility of destruction, risking their families, finances, work, dignity and health. Many people who make sex a reason for living, acknowledge the problem, but avoid talking about it and usually this dependence of sex is accompanied by comorbidities and paraphilias, there are variations in behavior among these individuals. One cause may be associated with abuse occurring in childhood, physical and emotional abuse, as well as the abuse of drugs that cause changes in the body. It was concluded that patients with Excessive Sexual Impulse are unable to self-adjust. The lack of specific information and appropriate to the bearer of the Sexual Impulse Excessive support have induced individuals to get inadequate treatment and thus finding no improvement, increases the intensity of the problem. In this research four case studies, which aimed to identify common symptoms and signs among individuals, with the justification to attempt to inform and guide individuals to know the symptoms and signs of this disease and seek better quality of life, were performed. The survey was conducted in Brasilia / DF, with people between 18 and 50 years, using as an instrument of research questionnaires and semi- structured interviews.

Keywords: Excessive Sexual Impulse. Comorbidities. Paraphilia.

INTRODUÇÃO

A busca por sexo descontrolado tem marcado de formas distintas o Impulso Sexual Excessivo de homens e mulheres, mas, para ambos, a perda do autocontrole causa impactos dolorosos em suas vidas, onde a pessoa se relaciona com outra mesmo sem qualquer sentimento. O sexo é tema que ninguém consegue ignorar, causador de sofrimentos profundos e motivo de alegrias, é a essência da reprodução e do prazer físico. Braga (2009) salientou que descrever sobre o sexo implica mexer no vespeiro da humanidade.

Ao longo da História, os artistas extraíram beleza do erotismo, esculpiam e pintavam, os poetas e cantores expressavam a sexualidade humana. Em cada tela pintada, na impressão de livro erótico, os conservadores exigiam a presença da polícia e os religiosos ameaçavam com a excomunhão. Mas os artistas não desistiram, mesmo encontrando resistência. Hoje as expressões desses artistas ainda estão bem vivas e bem conservadas em museus, bibliotecas e estátuas em vários lugares do mundo.

Segundo Braga (2009), a expressão da sexualidade é vista com mais fervor, mostrando que a sexualidade é parte da natureza humana, e freia-la ou reprimi-la, jamais será possível sem que cause no homem consequências perturbadoras. O sexo ainda é um assunto privado que abrange questões amplas e atinge desde uma preocupação individual às questões críticas que mereçam uma investigação cuidadosa.

A partir deste estudo pode-se dar uma ênfase ao sexo numa perspectiva de prática clínica com o objetivo de analisar as respostas ao comportamento sexual que podem ir desde uma adequação sexual aos seus desvios.

O homem é um universo em evolução e está sempre em busca de respostas para as dúvidas que o afligem tanto para a própria sobrevivência quanto para o bel-prazer e bem-estar. O homem está sempre tentando decifrar a própria natureza e os fenômenos que o cercam na complexa busca para evitar o sofrimento.

Muitas pessoas buscam o prazer por meio do sexo e muitas perdem o controle justamente pelo impulso sexual. Assim, o que deveria causar prazer pode causar sofrimento. É cada vez mais difícil afastar-se do mundo reservado do sexo, e, ao mesmo tempo, esta não é uma tarefa fácil, pois este mundo é privado e envolve julgamento social, familiar e religioso. A Sociedade reprime e restringe as questões em relação ao comportamento sexual, pois a Sociedade dita a idade certa de fazer sexo, como praticar sexo, reprime todas as formas que consideram imorais do sexo, submetendo o homem à sua natureza, seus instintos, seus desejos. As regras, leis e limites são necessários para a proteção humana e para o processo de civilização, mas paga-se um preço alto para tornar-se civilizado e aceito socialmente.

Braga (2009) salienta que os estudos sobre transtornos de procedências sexuais têm demonstrado que alguns desses transtornos, principalmente os de origens psicológicas, ficam às margens das pesquisas sobre saúde e bem-estar. O Impulso Sexual Excessivo é um desses transtornos que podem levar o indivíduo a autodestruição de si e dos outros.

A maioria dos indivíduos com Impulso Sexual Excessivo também tem Parafilias que são expressões “anormais” da sexualidade, que podem variar de um comportamento considerado socialmente normal a um comportamento destrutivo e danoso.

Braga (2009) assevera que os transtornos parafilicos podem ocorrer em situações raras,

intermitentes ou compulsivas, e podem ocorrer sem incidentes ou oferecer a única via de expressão da sexualidade, como também são constituídos por fantasias que podem interferir nas decisões de como o indivíduo irá construir sua vida sexual, podendo essas fantasias ir além da esfera sexual e atingir toda a vida da pessoa.

Na busca de respostas sobre o Impulso Sexual Excessivo, a Ciência, mais uma vez, transpõe uma área cinzenta, onde cada vertente científica tem sua resposta, porém, nenhuma com significado concreto e definitivo, pois quando se trata de natureza humana, transcendê-la pode ser mais uma brecha a ser aberta com caminhos desconhecidos.

Segundo Sadock (2007), o indivíduo é considerado compulsivo quando apresenta um comportamento sexual que inclui falta de controle dos impulsos ou pensamentos sexuais muito frequentes ou de forma intensa, que deixa de ser saudável e passa a afetar a vida em vários aspectos.

Portanto, a pesquisa em questão tem como Situação Problema investigar quais as características comportamentais e sociais comuns entre os portadores de Impulso Sexual Excessivo, tendo como Objetivo identificar os sintomas e sinais comuns entre os indivíduos para que seja possível informar e orientar esses indivíduos a buscar ajuda profissional e melhorar a qualidade de vida. Nesta pesquisa, foi realizado o estudo comparativo de quatro estudos de caso, utilizando como instrumentos questionário e entrevistas semiestruturadas, que, segundo Yin (2001), é possível mais de um estudo de caso, pois esses estudos são chamados de estudos comparativos, diferente do estudo de caso único e permanece dentro da mesma estrutura metodológica.

A pesquisa foi desenvolvida em Brasília/DF com pessoas entre 18 e 50 anos, sendo que o resultado da pesquisa demonstrou que havia características comportamentais e sociais diversas e variadas e algumas em comum entre os indivíduos.

ADOLESCÊNCIA E O PROCESSO DE TRANSIÇÃO

A adolescência deve ser vista como uma etapa essencial na vida de qualquer ser humano e consiste na transição da infância para a vida adulta. Esta fase caracteriza-se pelo desenvolvimento e crescimento ligados às transformações biopsicossociais existentes nas mais diferentes etnias (SAITO, 2001).

O período da adolescência abrange três níveis de maturação e desenvolvimento: a puberdade, a adolescência propriamente dita, e a adolescência tardia, cada uma delas com características próprias e específicas (CARVALHO, 1990).

O autor afirma que a puberdade inicia no período dos 12 anos aos 14 anos, e caracteriza-se pelos processos biológicos e as mudanças corporais, que culminam com o amadurecimento dos órgãos sexuais. A adolescência propriamente dita se estende do período dos 15 aos 17 anos e sua característica mais marcante é a das mudanças psicológicas e alterações biológicas. A adolescência tardia é a que vai dos 18 aos 21 anos e se caracteriza pela busca de identidade própria, não só a individual e a grupal, mas também a identidade social.

No plano físico as transformações são bastante visíveis. Nas meninas observa-se o aparecimento da primeira menarca ou menstruação, o crescimento dos seios, o aumento da bacia, o surgimento de pelos na zona púbica e nas axilas. Já nos meninos ocorrem o crescimento do pênis e dos testículos, a primeira ejaculação, o aumento dos ombros e o surgimento de pelos na zona púbica, nas axilas e no rosto (CARVALHO, 1990).

DA ADOLESCÊNCIA AO TRANSTORNO

A puberdade e a adolescência são marcadas por grandes transformações, e é neste período que o ser humano sai da infância e começa a se preparar para enfrentar a vida adulta.

Dolto (2007) descreve que se pode dizer que durante a vivência da adolescência o jovem adolescente ocupa o lugar do “não ser”, pois o indivíduo não é mais criança, mas também ainda não é adulto. É como se ele vivesse uma realidade que não o acolhe. E esta indefinição pode provocar muita inquietação e perturbações psicológicas, que Pinto (2011), ressalta que os mais comuns são as obsessões, perturbações do humor, insônia e possível depressão.

Este é um período de mudanças significativas na vida humana, tanto cronologicamente, sociologicamente, quanto psicologicamente e embora amplamente estudado e de constante interesse dos profissionais, ainda carrega uma incerteza no seu próprio significado, pois os estudiosos ainda não definiram se essa fase representa uma transição da idade infantil à idade adulta, ou se é em si uma fase de determinadas características (SANTROCK, 2012).

O autor comenta que o comportamento sexual dos adolescentes é fortemente influenciado pela cultura, sendo que, a idade na qual os adolescentes se tornam sexualmente ativos, varia amplamente de acordo com a cultura em que vivem e os estímulos que recebem dessa cultura.

Qualquer que seja a cultura, um fato se impõe, há um momento em que o indivíduo deixa de ser criança. Além de a sociedade reconhecê-lo como adulto, seu corpo já adquiriu a conformação necessária para a sexualidade genital, (SANTROCK, 2012).

Para o autor, é na adolescência que a sexualidade se estrutura e assume seu papel definitivo e

o adolescente estabelece seus valores e sua própria identidade. Em relação ao sexo, o prazer é súbito e intenso, os jovens são intensamente sexuais, experimentam intensas premências de descarga orgásmica e o desejo sexual domina sua vida.

Fantasias e sonhos eróticos são insistentes e constantes, assim salienta Kaplan (1977), que nessa fase a ereção é instantânea devido à falta de controle do impulso, podendo causar constrangimento ao adolescente. “Os meninos desde o nascimento demonstram interesse em manipular o órgão genital e tão logo possam coordenar o movimento, começam a masturbação infantil, uma fase normal do desenvolvimento” (KAPLAN, 1977, p.227).

Para Kaplan (1977), as drogas estimulantes utilizadas pelos adolescentes, como o Ácido Lisérgico Dietilamida (LSD), álcool, cocaína e heroína, aumentam o desejo sexual e o prazer, em ambos os sexos, e, sendo assim, o risco de se tornar um dependente sexual e contrair doenças sexuais passa a ser constante nessa fase.

Corroborando Silva e Silva (2002), evidencia-se que o desejo sexual exacerbado na adolescência é devido à intensa ação hormonal, à pressão exercida pelo grupo social e à curiosidade. A descoberta do sexo precoce e estímulos sexuais podem iniciar perturbações, como alteração do humor, depressão, ansiedade, fobia social e abuso de drogas, temas já demonstrados por Pinto (2011).

Segundo Pinto (2011) quando a libido é reprimida, visto que o mundo do adolescente é cheio de mudanças, incertezas, frustrações e medos, a desorientação sexual acaba prejudicando o desenvolvimento do adolescente.

De acordo com Carnes (1991) considerável evidência tem indicado que a substância Peptídeo Feniletilamina (PEA) exerce grande influência durante a atração romântica e a excitação sexual, pois na presença do medo, do risco e do perigo, as medidas de concentração de PEA alcançam altos níveis.

O Peptídeo Feniletilamina é um dos mais simples neurotransmissores e um estimulante cerebral, natural do próprio organismo, que se relaciona à sensação de bem-estar que corresponde à perda da capacidade de análise comportamental do outro. Há uma grande semelhança entre o mecanismo de ação da Feniletilamina com a das anfetaminas (FUENTES, 2014)

O cérebro de uma pessoa apaixonada contém grandes quantidades de Feniletilamina, e que esta substância poderia responder, em grande parte, pelas sensações e modificações fisiológicas que se experimenta quando está apaixonado. Com o tempo, o organismo vai se tornando resistente aos seus efeitos e toda a "loucura" da paixão desvanece gradualmente e a fase de atração se extingue (CAVALCANTI, 2012).

Segundo o autor, em algumas pesquisas são observadas alterações comportamentais voltadas para o sexo exacerbado que pode ter início nessa fase da vida devido à variabilidade de causas que influenciam os jovens, induzindo-os a adquirir estímulos sexuais de forma precoce.

De acordo com Carvalho (1990) o início da masturbação pode representar para os meninos um positivo aspecto de um sadio desenvolvimento psicosssexual, levando em conta que os primeiros atos de masturbação indicam uma saudável curiosidade com a finalidade de conhecer o seu próprio corpo, uma forma de escoamento de fantasias e a possibilidade de entrar em contato com sensações que seriam privilégio exclusivo dos adultos.

A masturbação faz parte do desenvolvimento normal da sexualidade, e só é negativa se perturbar as atividades cotidianas do jovem, como parar suas atividades para assistir filmes pornográficos durante a noite e acordar cansado por não dormir bem (DOLTO, 2007).

A masturbação em excesso e os estímulos sexuais, têm demonstrado mudanças bruscas na

vida dos adolescentes. O Impulso Sexual Excessivo geralmente se inicia durante a puberdade quando o pré-adolescente começa a se masturbar por causa de imagens, fantasias, objetos e pessoas (CARVALHO, 1990).

Em pesquisa realizada por Carnes (1991) no depoimento de uma mulher, constatou-se que ela começou a obcecar-se com ideias que envolviam sexo, ainda na pré-adolescência enquanto se masturbava para dormir. Esse comportamento se tornou repetitivo e compulsivo e ela perdeu o controle da vida sexual. Segundo Pinto (2011) nenhum sinal, apenas, prova a presença da dependência sexual, e, geralmente, aparece um conjunto desses sinais que reunidos, formam um padrão que revela o mal latente.

O ciclo de comportamento continua e piora, causando o vício, iniciando, assim, uma patologia que afeta todo o contexto da vida, e geralmente só reconhecido pelo indivíduo quando ingressa na vida adulta e depois de sofrer inúmeros prejuízos nos vários aspectos da vida (KAY, 2002).

Para Carvalho (1990), a persistência da masturbação em pessoas adultas, por razões várias, não necessariamente deve significar algum estado de patologia. Isto não exclui a possibilidade de que, em certos casos, a masturbação possa adquirir uma dimensão patológica, quando, então, é praticada em excesso ou quando a sua prática provoca fortes sentimentos de culpa, com consequências prejudiciais para a saúde psíquica. O que acontece é que, muitas vezes, a moral religiosa, extensiva aos valores da família, atribuiu ao ato da masturbação um significado de pecado, de vergonha e de culpa.

Atualmente estudos sobre a adolescência, assim como a importância da atenção à saúde do adolescente, têm sido cada vez mais explorados, devido às diversas questões de risco que envolve esta fase da vida, dentre elas, o início precoce da vida sexual, conforme salienta Silva e Silva (2002).

Segundo Taquette (1997), em seu artigo sobre a adolescência, a autora comenta que as consequências mais marcantes e concretas do aumento da atividade sexual na adolescência é o acréscimo do número de gestações cada vez mais em idades precoces. Os adolescentes mais ativos sexualmente fazem mais uso de álcool e drogas como também tem alto nível de estresse.

Segundo a autora, esses achados sugerem que a sexualidade na adolescência é um fenômeno complexo, associado a múltiplos fatores que ocorrem dentro de um contexto de outros comportamentos de alto risco, exigindo assim, uma investigação mais rigorosa quando diz respeito à vida sexual dos adolescentes.

O SEXO E A PATOLOGIA: O IMPULSO SEXUAL EXCESSIVO

A Humanidade possui no sexo, dentre todas as formas de prazer, o ápice da emoção e esta manifestação é causadora de guerras e paz, amores e desamores, paixão e ódio. Devido à sua importância vital, há que se controlar e estabelecer padrões mínimos aceitáveis de comportamento social, tratando-se de sexo, (BRAGA, 2009).

Segundo o autor, o sexo é de fato, essencial e poderoso, além de ser uma das mais importantes fontes de prazer e de polêmicas, desde sempre. No entanto, o que se oculta e mal se reconhece, é a existência do importante potencial lesivo inerente aos quadros em que o Impulso Sexual Excessivo promove o estabelecimento de um padrão disfuncional, patológico (GIGLIOTTI e GUIMARAES, 2007).

De acordo com Gigliotti e Guimarães (2007), o Impulso Sexual Excessivo pode adotar vários nomes e entre eles estão a adição, do latim addictum, dictio, que significa escravo, escravidão e ainda ressaltam que a adição sexual é um transtorno com padrões similares à dependência química, ao jogo

patológico, compras compulsivas, e a compulsão alimentar e que com frequência ocorre simultaneamente com um ou mais destes.

Conforme Ballone (2008) o conceito de Impulso Sexual Excessivo foi reconhecido nas últimas duas décadas para indicar pessoas que buscam experiências sexuais de forma compulsiva e cujo comportamento se torna comprometido se elas forem incapazes de gratificar seus impulsos sexuais.

Salienta, também, que esse transtorno não é reconhecido ou aceito de forma universal, mas, mesmo assim, é um fenômeno, interagindo permanentemente em torno do comportamento e de atividades de busca do sexo.

Carnes (1991), de forma positiva e esperançosa, além de traçar um vasto painel da dependência sexual nos Estados Unidos, apresentou soluções para o problema, tornando-se conhecido como conferencista pioneiro no campo da dependência sexual. É um dos diretores do Instituto de Medicina Comportamental de Golden Valley, entidade que mantém cursos de treinamento profissional e pesquisa. O livro dele, Isto não é amor, constitui um pioneiro trabalho de pesquisa sobre um assunto, até a pouco tempo, considerado tabu.

Em concordância com Carnes, Sadock (2007) reconhece que o Impulso Sexual Excessivo não é reconhecido ou aceito de forma universal. O autor salienta que a Terminologia e Conceituação utilizada para caracterizar, diferenciar e diagnosticar os transtornos de origens sexuais são definidas pela Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10, 2008) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - IV (DSM-IV, 2008), e, segundo o autor, o Impulso Sexual Excessivo tem o reconhecimento no CID-10, mas é definido sem caracterizar e especificar o transtorno, deixando à desejar para o auxílio de uma diagnóstico mais preciso.

O código - F52. 7, do CID-10, descreve que “homens e mulheres podem ocasionalmente queixar-se de Impulso Sexual Excessivo como um problema por si só, usualmente durante o final da adolescência ou início da idade adulta”, (CID-10,2008).

O CID-10 (2008) expõe, também, que o impulso sexual é secundário a um transtorno afetivo (F30-39) ou quando ocorre durante os estágios de demência (F00 -F03). O transtorno inclui a ninfomania para mulheres e satiríase para homens.

Segundo Ballone (2008), alguns autores requerem que esse transtorno seja classificado como uma das Parafilias ou relacionado a elas.

Dentre essas classificações, a Impulso Sexual Excessivo também pode ser incluído no contexto dos Transtornos de Controle dos Impulsos. “A característica essencial dos Transtornos de Controle dos Impulsos é o fracasso em resistir a um impulso ou tentação de executar um ato perigoso para a própria pessoa ou para outros”. (DSM-IV, 2008, p.635).

Ainda citando Ballone (2008), o autor ressalta que na ausência de um conhecimento mais abrangente sobre esse transtorno, sugere que seja simplesmente denominado de Transtorno Hipersexual, havendo quem classifique de Transtorno Hipersexual com Parafilias e Transtorno Hipersexual sem Parafilias, e que, segundo o autor, deve-se averiguar a importância das comorbidades envolvidas nesse transtorno.

Uma característica comum entre os impulsivos sexuais são as Parafilias, que, segundo o DSM-IV

(2008), são caracterizadas por fantasias, anseios sexuais ou comportamentais recorrentes, intensos e sexualmente excitantes.

Sadock (2007) afirma que essas Parafilias são características que constituem os padrões comportamentais encontrados com frequência nos impulsivos sexuais que incluem o exibicionismo e voyeurismo. Essas observações são feitas, também, por Alves (1995) quando ressalta que no exibicionismo a pessoa mostra seus genitais a uma pessoa estranha, e a reação do outro desperta prazer, mas, geralmente não existe atividade sexual, e, às vezes, o indivíduo se masturba durante a exposição ou quando fantasia a exposição. O autor ressalta que no voyeurismo o indivíduo observa pessoas que não suspeitam de estarem sendo observadas quando estão a se despir, nuas ou no ato sexual. O indivíduo com essa Parafilia obtém excitação e prazer sexual.

É importante salientar que essas condições só serão consideradas doenças quando elas forem a única e exclusiva forma de sexualidade do indivíduo, de acordo com Alves (1995).

O DSM-IV (2008) descreve que esses indivíduos estão conscientes do desejo de surpreender ou chocar o observador. O indivíduo tem fantasias sexuais excitantes de que o observador ficará sexualmente excitado.

Segundo Sadock (2007) tais condições de Parafilias estão associadas ou não a sofrimentos que interferem na vida interpessoal do indivíduo e muitas vezes levando a complicações legais. O autor salienta sobre a importância de conhecer os sintomas e características dessas Parafilias.

Fuentes (2014) complementa afirmando que os achados iniciais apontam para a necessidade de um refinamento dos instrumentos de pesquisa, visto que as pesquisas com sujeitos com dependência sexual ainda não são conclusivas. Consoante os estudos de Ballone (2008), quando a pessoa está inserida por muito tempo neste comportamento ela tenta muitas vezes abandoná-lo, sem sucesso.

Escritos de Ballone (2008) salientam, ainda, que o comportamento dessas pessoas é dominado por padrões de descontrole sexual, vivenciando experiências desconhecidas e perigosas, confirmando o que já salientava Carnes (1991), que a vida que essas pessoas levam demonstra a presença de um mal que está no início da compreensão científica.

Analisando os estudos de Sadock (2007), as pessoas com Impulso Sexual Excessivo demonstram tentativas repetidas e cada vez mais frequentes de terem experiências sexuais, cuja privação dá lugar ao sofrimento.

Segundo Zamignani (1997) é possível que esses indivíduos tenham déficit de algumas habilidades importantes, como relacionar-se de forma sadia e satisfatória, pois os transtornos afetivos e ansiosos envolvem, em geral, dificuldades interpessoais e de repertórios não sociais, tais como habilidades na resolução de problemas, no manejo de situações de estresse ou de frustração. Para o autor, esses déficits de habilidades são, muitas vezes, decorrentes da convivência com as dificuldades trazidas pelo comportamento obsessivo, e, em alguns casos, entretanto, pode-se observar que o déficit é um dos principais elementos envolvidos na gênese e manutenção do problema.

ETIOLOGIA DA PATOLOGIA

Ballone (2008) comenta que o Impulso Sexual Excessivo inicia-se, geralmente, no final da adolescência, o que dificulta o portador de procurar tratamento precoce por acreditar que o

comportamento é normal e por não haver, ainda, prejuízos emocionais, e, por essa razão, quando procuram ajuda, a patologia já se encontra em nível crônico, e é percebido com mais realismo após a vida adulta.

Não há uma definição concreta do início dessa patologia e nem uma causa específica do seu desenvolvimento, mas estudos recentes demonstram que a fase da adolescência é a fase mais vulnerável para o início dessa patologia (ABREU, 2008).

Abreu (2008) comenta, ainda, que a etiologia e a atmosfera que dizem respeito à condição do indivíduo adicto sexual em seu sistema são complexas, e muitas pesquisas tem tentado avançar em suas hipóteses. Do ponto de vista relacional, verifica-se estreita relação entre a adição sexual e os abusos sofridos na infância.

Segundo Carnes (1991), em pacientes assistidos por profissionais de saúde com queixas de comportamento sexual compulsivo, 97% sofreram abuso emocional, 81% sofreram abuso sexual e 72% sofreram abuso físico. Uma das maneiras de se compreender a relevância deste achado é considerar que o abuso pode provocar uma reação de estresse pós-traumático e esta, por sua vez, implicaria em dissociação, confusão, ansiedade e desconfiança. A resultante desta evolução pode gerar o estabelecimento de um padrão de má adaptação ao estresse em geral, que tem como consequência o enfraquecimento da capacidade de enfrentar as situações (GIGLIOTTI e GUIMARÃES, 2007).

A adição sexual parece mostrar-se resultante de uma falha na adequação do vínculo, sendo esta delineada por alguns excessos e por uma falta essencial: a intimidade saudável. Os adictos sexuais vêm de família com múltiplas adições e podem ser classificadas como famílias rígidas, conforme citado por Carnes (1991).

Para Gigliotti e Guimarães (2007), as possíveis causas da origem do Impulso Sexual Excessivo pode ser consequência da retroalimentação familiar, que para Osório (2009) a retroalimentação familiar se caracteriza quando os membros da família em interação movem-se juntos, onde o processo de relação, informação e organização passam a ser modelos de uma geração para outra. É o mecanismo utilizado pela família para estabelecer a homeostase, que, segundo Ferreira (2009) é a propriedade de um organismo para manter o estado de equilíbrio de seu meio ambiente.

Ainda segundo Osório (2009), a retroalimentação familiar pode ser negativa, pois a família pode, também, equilibrar-se em torno de padrões disfuncionais. Essas são algumas das hipóteses de fatores psicológicos de risco em famílias com compulsões, que envolve a baixa autoestima, baixa confiança nos relacionamentos, dificuldade de intimidade saudável, sentimentos e atos de rejeição, fracasso no controle, vergonha e ansiedade.

Segundo a DASA (2003), esses indivíduos sofrem de anorexia emocional que tem um significado similar da anorexia alimentar quando diz respeito a nutrir, alimentar, pois a anorexia alimentar é a extrema rejeição ao alimento. Segundo Taquette (1997) anorexia alimentar é uma doença de fundo psicológico caracterizado por um transtorno alimentar e, entre os sintomas, estão a magreza excessiva, caracterizando o comportamento persistente que uma pessoa apresenta em manter seu peso corporal abaixo dos níveis esperados para sua estatura, juntamente a uma percepção distorcida quanto ao seu próprio corpo.

Para a DASA (2003) a anorexia emocional é uma dependência ativa que consiste em não fazer algo, não acreditar, não se comprometer, não se entregar, não nutrir ou “alimentar” o relacionamento. A promiscuidade sexual, por exemplo, pode, no fundo, esconder uma fuga de intimidade.

Segundo a DASA (2003), a anorexia emocional não é apenas medo de intimidade é uma atitude constante, operante, automática, e pode ocorrer de forma silenciosa, completamente camuflada. É o sentimento de inferioridade ou superioridade para se manter distante dos outros. Às vezes se mantem em um relacionamento porque sente que não merece nada melhor ou não pode ter nada diferente. A anorexia tem uma vertente emocional que é a rejeição compulsiva de dar e receber nutrição social, sexual e emocional.

SINTOMAS E CARACTERÍSTICAS DO IMPULSO SEXUAL EXCESSIVO

No contexto das características individuais que levam ao Impulso Sexual Excessivo pode-se citar Ballone (2008) que define o Impulso Sexual Excessivo como pulsões sexuais, fantasias sexualmente ativadoras e comportamentos sexuais que são recorrentes e intensos, causando interferências perturbadoras na vida cotidiana, interferindo no trabalho, na vida social e familiar.

Os sintomas e características do Impulso Sexual Excessivo devem ser bem definidos para não ser confundidos com alguma possível comorbidade encontrada nesta patologia. Sadock (2007) relata que, além das Parafilias, o impulsivo sexual também apresenta comportamentos normais como o coito e a masturbação, mas de forma promíscua e descontrolada.

Para Beck (2008), o Impulso pode apresentar uma variedade de transtornos psicossomáticos, pois essas pessoas estão predispostas a desenvolver problemas físicos em níveis crônicos devido à excitação e a extrema ansiedade.

Os sintomas, de acordo com Carnes (1991) são diversos, como, padrão de comportamento descontrolado, que Pinto (2011) descreve como comportamentos sexuais compulsivos que são, geralmente, identificados no sexo masculino que são a masturbação compulsiva, a dependência de pornografia, cybersexo, e a dependência de clubes de strip-tease, entre outros meios de manter o sexo compulsivamente. Nesta definição podem ser incluídos comportamentos que o indivíduo realiza sozinho como a masturbação ou uso de pornografia de modo excessivo.

Carnes (1991) ainda comenta as severas consequências ligadas ao comportamento sexual, como Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), ferimentos genitais e, no caso das mulheres, a gravidez indesejada e o aborto. Essas pessoas são incapazes de se controlar, e, apesar das consequências adversas, elas buscam persistentemente o sexo sem levar em conta a autodestruição ou comportamento de alto risco.

Segundo Abreu (2008), a obsessão sexual e fantasia são utilizadas como estratégia básica de satisfação e isso causa o aumento gradual das experiências sexuais. Como consequência, tem-se que o nível de atividade passa a ser insuficiente e surgem mudanças violentas de temperamento na atividade sexual, e, também, a perda desordenada de tempo procurando, praticando ou se refazendo de uma experiência sexual e negligência de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas causada pelo comportamento sexual.

Gigliotti e Guimarães (2007) descrevem que o hipotálamo é uma das estruturas cerebrais mais decisivas na coordenação do comportamento sexual. Os autores descrevem que a luxúria, que é o elevado apetite sexual com plena satisfação física, provém predominantemente do hipotálamo, região do cérebro que também controla as necessidades básicas como comer e beber. Assim, o sexo se torna uma necessidade de sobrevivência para o indivíduo impulsivo. Segundo Abreu (2008), os impulsivos sexuais sabem que correm perigo, mas procuram ignorar ou distorcer os fatos, chegando a perder contato com a realidade, prometendo a si mesmos manterem-se controlados. Costumeiramente,

repetem que irão parar a partir daquele momento ou depois daquela vez, mas isso nunca acontece, pois quanto mais se esforçam para controlar o comportamento, mais o problema se agrava.

Carnes (1991) já ressaltava que esses indivíduos têm extrema preocupação com o sexo, que se transforma em uma espécie de analgésico para o dependente sexual, onde a obsessão e a fantasia passam a ser uma estratégia de atuação e dessa forma, planejar, calcular, imaginar e procurar a oportunidade passa a ser uma das formas de passar os dias.

Segundo Gigliotti e Guimarães (2007) os dependentes sexuais são capazes de passar dias em estado letárgico, durante a maior parte do tempo perdido na obsessão.

No cotidiano, as pessoas encontram parceiros atraentes e podem se excitar ou criar fantasias, mas o que diferencia do dependente sexual é que, para este, o sexo se transforma no instrumento que regula sua vida emocional, onde o sexo deixa de ser escolha ou opção para se transformar em um mecanismo de sobrevivência. Assim Carnes (1991) afirma que sem o sexo, o mundo do impulsivo se desfaz.

Gigliotti e Guimarães (2007) concordam que, assim como nos quadros de outras dependências, são observadas alternativas entre períodos extremos, em que predomina o excesso de rigor em atitudes relacionadas a outros aspectos da vida, como alimentação, manuseio de dinheiro e principalmente, práticas religiosas.

Gigliotti e Guimarães (2007) afirmam, ainda, que o Impulso Sexual Excessivo é caracterizado por um grande número de fantasias sexuais que ocupam a mente da pessoa, deixando-a inquieta, e que a impede de fazer outras coisas de maneira dedicada, concentrada e coerente. As obsessões são imagens, ideias ou pensamentos intrusivos e repetitivos que causam ansiedade e desconforto para o indivíduo. As compulsões, por sua vez, são respostas repetitivas ou estereotipadas emitidas para prevenir ou eliminar as obsessões ou a ansiedade. Deste ponto de vista, as compulsões ocorrem sob controle de reforçamento negativo, à medida que eliminam as obsessões e a ansiedade (SKINNER, 1991).

Sadock (2007) comenta que a pessoa preocupa-se a tal ponto com seus pensamentos e sentimentos sexuais que acaba por prejudicar suas atividades diárias e relacionamentos afetivos. Daí, a pessoa somente pensa em sexo e tem fantasias sexuais durante todo o tempo e não consegue concentrar-se em outra coisa que não sejam estas fantasias. O autor comenta que, normalmente, essas pessoas não ficam somente na fantasia, e a doença os levam aos comportamentos sexuais exagerados e, às vezes, perigosos.

Pandolfo (2009) salienta que a resposta para esse comportamento não está na quantidade e sim no padrão de comportamento. O autor salienta que no caso da bebida alcoólica, quando se perde o caráter social, passando a ser um problema e depois uma dependência, o comportamento descontrolado transforma a vida do alcoólatra. O mesmo se aplica ao Impulsivo Sexual.

POSSÍVEIS COMORBIDADES DO IMPULSO SEXUAL EXCESSIVO

As comorbidades encontradas na pessoa com Impulso Sexual Excessivo são comentadas por Gigliotti e Guimarães (2007), que se referem às comorbidades como a presença de outras patologias que coexistem com outros transtornos. As comorbidades encontradas nos indivíduos impulsivos sexuais são transtornos de controle do impulso, transtornos do humor, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos de personalidade, depressão e as Parafilias. Para os autores, deve haver cautela ao diagnosticar Transtornos da Personalidade durante um episódio de Transtorno do Humor ou um Transtorno de Ansiedade, porque essas condições podem ter aspectos sintomáticos transicionais que imitam traços de personalidade, podendo dificultar a avaliação.

Os autores comentam que, as pesquisas revelam que a maioria dos impulsivos sexuais é dependente de algum tipo de droga, como cocaína e álcool. A cocaína para os impulsivos sexuais está diretamente ligada ao sexo, contribuindo para se obter condição erétil para a masturbação compulsiva, que podem durar de 15 a 20 horas seguidas.

A finalidade desta combinação demonstra ser essencial na manutenção das sensações físicas e psíquicas, mais do que a ejaculação em si. Dentre as comorbidades citadas, o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é uma das patologias que pode ser confundida com o Impulso Sexual Excessivo ou pode ser uma das comorbidades que ocultam a compulsão sexual, de acordo com Cordioli (2007).

O Impulso Sexual Excessivo e o TOC têm muitos sintomas em comum, mas não têm sido classificados simultaneamente, nem terapeuticamente. Enquanto antidepressivos podem ser eficientes no TOC, conforme afirma Leiblum (2012), não está claro se esses agentes são tão eficazes ou tão seletivos para o tratamento e sintomas de Impulsos Sexuais Excessivos. Em pacientes com TOC e sintomas do Impulso Sexual, que foram tratados com antidepressivos, tem sido observada uma diminuição dos sintomas de TOC, mas não do Impulso Sexual.

Dessa forma, segundo Leiblum (2012), enquanto o Impulso Sexual Excessivo possa situar-se no suposto espectro de transtornos obsessivo-compulsivos, parece não haver uma relação com TOC, mesmo que no TOC haja obsessões relacionadas ao sexo, podendo o portador do TOC utilizar do sexo como uma válvula de escape da ansiedade e por essa razão, muitas vezes, sendo confundido com o Impulso Sexual Excessivo.

Muitos clínicos usam a categoria de Perturbação Sexual Sem Outra Especificação (SOE) do DSM-IV para diagnosticar o comportamento sexual compulsivo. Contudo, a definição de Perturbação Sexual SOE do DSM-IV não inclui a grande maioria das características da compulsividade sexual. Do mesmo modo, os indivíduos com compulsividade sexual recebem frequentemente o diagnóstico de Perturbação Obsessivo-compulsiva, com base na presença de pensamentos e comportamentos sexuais repetitivos (PINTO, 2011).

De acordo com Cordioli (2007), o TOC pode ser confundido com o Impulso Sexual Excessivo na medida em que seus portadores apresentam obsessões relacionadas a certos temas, como compras, sexo e jogos compulsivos e, aparentemente, atuam de forma compulsiva, experimentam tensão crescente que os leva a praticar atos em geral prejudiciais a si próprios, mesmo afirmando que não querem praticá-lo.

DESVIO SEXUAL E O CRIME

O Impulso Sexual Excessivo pode levar o indivíduo a transgredir a Lei. Assim sendo, Alves (1995) comenta que é importante distinguir o Desvio Sexual (Parafilias) do Crime Sexual (Delito). O delito transgredir as leis, enquanto o Desvio Sexual pode ou não implicar na transgressão da Lei.

Taborda (2012) salienta que estudar as Parafilias é conhecer as variantes do erotismo em suas diversas formas de estimulação e expressão comportamental. É difícil conceituar a sexualidade normal. Segundo o autor, a Parafilia, pela própria etimologia da palavra, significa à (para) “de paralelo”, “ao lado de”, (filia) “de amor à”, “apego à”.

Ainda citando Taborda (2012), para estabelecer uma Parafilia, deve-se estar implícito o reconhecimento daquilo que é convencional, para, em seguida, detectar-se o que seria “normal”, se existe o normal, quando diz respeito à sexualidade. No entanto, cometer crime sexual não significa que o agressor seja um impulsivo sexual com ou sem Parafilia.

Alves (1995) comenta que para analisar o agressor sexual deve-se compreender a conduta sexual de cada indivíduo, deve-se ter em mente que delitos sexuais também podem ser cometidos por indivíduos considerados “normais”, em determinadas circunstâncias, como após o uso de drogas ou álcool, por exemplo. Segundo o autor, também é importante levar em conta que as Parafilias não são, por si só, obrigatoriamente produtoras de delitos, e nem acreditar que os delitos sexuais são mais frequentemente cometidos por pessoas com Parafilias.

O autor ainda comenta que os delitos sexuais mais comuns são: estupro, abuso sexual de menores, exibicionismo, prostituição e sadismo. Para o estudo do delito sexual da Parafilia, deve-se considerar que a existência pura e simples da Parafilia não justifica nenhuma condenação legal, desde que essas pessoas não transgridam as leis e vivam em sua privacidade sem prejudicar terceiros. “Não se deve confundir a eventual intolerância sociocultural que a Parafilia desperta, com necessidade de apenar-se o parafilico” (TABORDA, 2012, p. 67).

Para Taborda (2012), os agressores sexuais não devem receber rótulo de “loucos” por se tratarem de pessoas que representam o comportamento desviante, diferente e indisciplinado, pois é

necessário que haja preocupação científica para o caso de cada um, complementado o que já afirmava Huss (2011) que os parafílicos, em sua maioria, não são criminosos.

Para Taborda (2012), o sadomasoquismo, praticado com o consentimento do parceiro, não tem como gerar procedimentos judiciais. Os voyeurs têm ao seu dispor todo um repertório de possibilidades, desde filmes pornográficos a espetáculos de sexo praticado por profissionais, dentro da Lei, embora a preferência seja pela invasão de privacidade.

3.1 LEGISLAÇÃO E OS CRIMES SEXUAIS

O Código Penal Brasileiro (CPB) foi estabelecido, originalmente, por meio do Decreto-Lei No 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. E foi alterado, continuamente, ao longo dos anos devido à própria evolução dos usos e costumes da sociedade brasileira.

Existe enquadramento a respeito de crime contra a dignidade sexual, assédio sexual, prostituição, exploração sexual diversa, violação sexual, abuso de menores, estupro, atentado violento ao pudor, entre outros.

A ambiguidade da legislação dificulta o entendimento e o julgamento dos atos, porém, Toledo (2014), define que existem duas categorias legais: a primeira do criminoso sexual situacional onde algumas pessoas sem transtorno psiquiátrico, em situações intensa e continuamente estressantes, ou que lhes confirmam poder absoluto sobre o outro, podem ter dificuldade de controlar seus impulsos que seriam mantidos adormecidos. É o caso da vida em encarceramento, das guerras onde se desfruta de poder absoluto sobre os prisioneiros ou, de forma mais corriqueira, das babás que abusam sexualmente de crianças por as terem inteiramente à sua mercê e para sentir a emoção de algo diferente e proibido. Para o autor, na maioria dos casos, não há antecedentes nem persiste o comportamento criminoso após a modificação ambiental.

A outra forma é o criminoso sexual preferencial, na qual o indivíduos de maneira preferencial e continuada, nas condições de vida habitual e contando com a possibilidade de satisfação sexual dentro da legalidade, optam pelo comportamento criminoso, sendo que, em ambos os casos haverá o uso de violência, sem o consentimento das vítimas. E, nestes casos, se houve vítima, infere-se que houve um crime ou a tentativa de realizá-lo.

Os crimes sexuais estão representados entre deficientes intelectuais, que se veem envolvidos nesses atos devido à redução do autocontrole, à dificuldade de adaptação às normas ou à inadequada compreensão dos fatos, segundo afirma Taborda (2012).

Segundo Toledo (2014), os bons costumes invocam determinados comportamentos que não se enquadram em crime, mas, também, não são aceitos pela sociedade.

O autor, afirma que há casos em que o criminoso agiu sob outros enfoques: quando o crime foi praticado por pessoas com retardo mental, comum em unidades de tratamento psiquiátrico; na vigência de processo esquizofrênico ou outros quadros psicóticos, quando, em alguns casos, sob efeito de alucinógenos; durante episódio maníaco; quando praticados por dementes e outros doentes orgânicos cerebrais; e crimes praticados por indivíduos com transtorno da personalidade.

Do ponto de vista médico legal, Huss (2011) comenta que essas pessoas são inimputáveis, visto

que o art. 26 do Código Penal e o seu parágrafo único, que tratam da inimputabilidade, se referem a pessoas com doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardado e perturbação da saúde mental. Nesses casos, compete ao perito desvencilhar-se da tendência natural a acreditar que a hediondez de um crime é diretamente proporcional à gravidade da patologia envolvida, e registrar a ausência de transtorno mental.

Para Toledo (2014), no estudo do delito sexual da Parafilia, deve-se considerar que a existência pura e simples da Parafilia não justifica nenhuma condenação legal, desde que essas pessoas não transgridam e vivam em sua privacidade sem prejudicar terceiros.

Toledo (2014) comenta que os transtornos sexuais, tanto parafílicos quanto não- parafílicos referente a indivíduos impulsivos sexuais, não lhes confere perturbação de consciência, distorção perceptiva ou do juízo da realidade e, caso cometam crime sexual, têm inteira capacidade de entender o caráter ilícito do ato praticado.

Sendo assim, ainda citando Toledo (2014), as Parafilias, em sua maioria, não são comportamentos criminosos.

O IMPACTO NA VIDA FAMILIAR E SOCIAL

Conforme o conceito de Sayão (2006), família é um grupo de pessoas associadas por relações de consanguinidade ou aliança, as quais podem viver sob o mesmo teto, ou não. Trata-se tanto da sucessão de indivíduos num determinado momento que mantêm entre si tais relações, quanto do conjunto de entes que tem uma ancestralidade comum, incluindo aqueles que a ela se agregam, seja de modo perpétuo ou temporário.

Atualmente pode-se notar nas inúmeras mudanças que ocorreram em grandes áreas da sociedade, inclusive na família, e por isso tal conceito citado acima sofra constantes transformações, fazendo com que os profissionais da área de saúde tenham um olhar mais amplo sobre tal temática.

Para Minuchin (1990), a família é um sistema aberto e encontra-se em constante transformação devido à troca de informações que realiza com os sistemas extrafamiliares.

A família hoje não é somente composta da união de um homem e uma mulher das quais originam os filhos. Há várias estruturas em que pode se compor uma família: tradicional (nuclear) pai/mãe/filhos; família mista ou reconstituída, onde há união dos filhos oriundos dos casamentos anteriores; família de mães solteiras, onde geralmente conta-se muito com o auxílio de avós ou parentes mais próximos; famílias de casais homossexuais, os que optam em ter filhos, os que adotam ou recorrem a inseminações artificiais.

De acordo com Rojas (2008), a família atualmente vem marcada pela transição do interséculo, mantendo-se ainda valores e ideais de distintos tempos gerando assim alguns conflitos ao tentar buscar valores e padrões nos grupos familiares.

Segundo o autor, constituir uma nova família é uma possibilidade que a pessoa tem de construir vínculos duradouros o qual possa propiciar cumplicidade, independência e autonomia emocional.

A família hoje explodiu em múltiplos modelos não há mais um único modelo aceito, ainda que a monogamia predomine. Por trás dessa transformação, aconteceram causas diversas: a urbanização, a emancipação feminista iniciada na década de 60, o reconhecimento do adolescente como um ser de direito (por meio de leis como o Estatuto da Criança e do Adolescente), a luta do movimento homossexual por direitos de cidadania. São muitos os fatores que contribuíram para uma divisão de poder que desestruturou o patriarcalismo. (ARIÈS, 1978).

Ariès (1978) cita como característica da família moderna a necessidade de intimidade e de identidade. Seus membros passaram a se unir pelo sentimento, pelo costume e pelo gênero de vida. Segundo este autor, "a família tornou-se uma sociedade fechada onde seus membros gostam de permanecer, e que é evocada com prazer" (ARIÈS, 1978, p. 273).

O impacto na vida pessoal e social dos impulsivos sexuais é um fato, que Carnes (1991) salienta que em todos os adictos sexuais havia relatos de rompimento familiar, desastres financeiros, empregos perdidos e risco de vida. A maioria sofreu abusos sexuais, físicos ou emocionais na infância. Muitos cresceram entre famílias com hábitos compulsivos de beber e jogar. A maioria dos adictos sexuais também luta contra outras dependências, mas consideram a fixação sexual como a mais difícil de ser vencida.

Os custos emocionais são um dos fatores que aumentam a ansiedade causando a piora da compulsão e, também, a perda da autoestima, criando sentimento de culpa e vergonha, alimentando forte sentimento de isolamento, solidão e sensação de desânimo e desespero, temor sobre o futuro e perda de meta de vida. Muitos dos compulsivos são abandonados pela família (LEIBLUM, 2012).

Quando não são abandonados, a família desses indivíduos se torna codependente, que segundo Bergman (1998) a codependência é a perda da verdadeira identidade, é uma maneira da família ou conjuge sobreviver a situações dramáticas, e com o tempo o codependente se identifica completamente com o eu falso.

Bergman (1998) comenta, ainda, que muitas famílias estão imersas em situações problemáticas, mas preferem a acomodação à transformação. Afinal, transformação requer trabalho árduo e gera desconforto. A negação do problema é uma forma de manter a doença, evitar os sentimentos de ansiedade, medo, culpa, e preservar a homeostase familiar.

Completando o autor acima, Engel e Ferguson (1992), salientam que, por esse motivo, na maioria dos tratamentos desses indivíduos, também são criados tratamentos terapêuticos familiares por causa da Síndrome da codependência.

Segundo Guedes (1997) a emissão de rituais na pessoa compulsiva, pode, também, ser reforçada negativamente pela retirada de eventos aversivos, tais como a demanda por tarefas. Entretanto, em médio prazo, este padrão de respostas está sujeito à punição. Ocorre que, quando a família deixa de exigir do indivíduo o cumprimento de suas responsabilidades em função de sua “doença”, em geral considera também que este esteja incapacitado para outras atividades e pune quando a ação da pessoa não corresponde a essa previsão. Sob tais contingências, são minimizadas as oportunidades de contato com eventuais reforçadores, tais como o contato social e o exercício de habilidades sociais importantes.

Para Skinner (1971) é importante ressaltar que a punição não deve ser confundida com o reforço negativo, pois este é utilizado para induzir o indivíduo a comportar-se de um dado modo, ao passo que o emprego da punição tem como objetivo embargar a ação de outrem.

Para o autor, o comportamento severamente punido desencadeia resposta emocional, sendo que a culpa, a vergonha e o sentimento de pecado são emoções centrais. Mas vale lembrar que a punição não é a única via para gerar a culpa ou a vergonha.

A culpa seria um dos fatores na busca da ajuda. Para Picazio (1998) a culpa está dentro das emoções, vistas como um todo. Existem duas emoções que são trazidas com frequência pelos compulsivos: a vergonha e a culpa, duas emoções morais.

Segundo Picazio (1998), a vergonha envolve uma avaliação negativa de um comportamento específico, não sendo uma experiência tão dolorosa e devastadora como a culpa. A culpa causa o remorso e o arrependimento que impulsionam a pessoa a tentar reparar o sucedido, enquanto a vergonha motiva a fuga ou o esconder, e a culpa motiva uma ação reparadora.

O Impulso Sexual Excessivo deixa impacto na vida do indivíduo. Para Carnes (1991), muitos impulsivos sexuais falam de experiências de quase morte causadas por acidentes, violência, situações de alto risco ou estupro, e relatam que a AIDS talvez seja a complicação mais letal. Muitos tentam não expor seu transtorno como forma de evitar preconceitos. Com a maximização dos problemas, a vida social dos portadores pode ficar prejudicada. (PICAZIO, 1998, p.76). Pesquisadores identificaram padrões comportamentais para o critério diagnóstico para o Impulso Sexual Excessivo, sendo descritos por Gigliotti e Guimarães (2007), como: falha recorrente na capacidade de resistir os impulsos sexuais; frequente engajamento nos comportamentos compulsivos por um período longo e maior do que o pretendido.

Segundo Fuentes (2014) a dedicação excessiva à busca de sexo durante obrigações ocupacionais, acadêmicas, domésticas ou sociais, continua mesmo tendo recorrentes problemas sociais, financeiros, psicológicos ou físicos, sempre com a necessidade de aumentar a intensidade sexual, e mesmo conhecendo o risco, o indivíduo busca alcançar o efeito desejado.

Entre os estudiosos dos Impulsos Sexuais Excessivos está Hales (2008), que comenta que, pelo fato do Impulso Sexual Excessivo estar fora das normas sociais, embora tal limite nem sempre seja colocado facilmente, fica claro que muitos indivíduos tem uma incapacidade de controlar seus pensamentos, impulsos e comportamento sexual, apesar das consequências negativas.

Leiblum (2012) descreve sobre o tratamento que é dividido em duas partes: o medicamentoso e o psicoterapêutico. Os psicofármacos ajudam a diminuir o estado de ansiedade e a compulsão e alerta que, em muitos casos, os comportamentos compulsivos, vêm acompanhados de outra doença. Apenas para facilitar o entendimento, o tratamento seria como reformatar um computador. O paciente precisa se reabilitar mentalmente como era antes da doença. Para isso, é importante as duas vias de assistência, medicamentosa e terapêutica. (LEIBLUM, 2012, p.96).

Segundo Hales (2008), o mais frequente é que esses indivíduos cheguem aos consultórios como pacientes identificados pelas consequências desagradáveis e lesivas de seus atos sexuais descontrolados, e que sofrem pressão do cônjuge. A maior parte dos pacientes têm dificuldades em

buscar ajuda terapêutica espontânea, e quando o fazem é porque se sentem à beira do desespero ou do suicídio. (CARNES, 1991, p.265).

Segundo o autor, existem pacientes que buscam ajuda para outras compulsões sem fazer relação com seu Impulso Sexual Excessivo. Dulce (2007) ressalta que essas definições de impulso devem ser bem especificadas e avaliadas para que seja possível o diagnóstico preciso e o tratamento adequado. Para Skinner (1991), a terapia deve ser constituída em um ambiente no qual a estimulação aversiva deve ser minimizada para que o indivíduo possa aderir ao tratamento.

Para Cabalo (2002), no processo de extinção do comportamento pode haver vários efeitos, pois o comportamento submetido à extinção pode aumentar de intensidade, frequência e duração, podendo a pessoa tornar-se mais violenta, antes do comportamento diminuir.

Para o autor a extinção pode, temporariamente, produzir comportamento emocional, como comportamento agressivo e destrutivo. O autor comenta que o comportamento extinguido que já não é reforçado pode, ocasionalmente, voltar a ocorrer, pois é um fenômeno conhecido como recuperação espontânea, sendo esses feitos perturbadores reduzidos se for garantido que respostas alternativas desejáveis sejam apresentadas ao indivíduo ao mesmo tempo em que se extingue a resposta indesejável.

Considerando o estudo de Gigliotti e Guimarães (2007), o tratamento é um processo que envolve a Intervenção, que é composta por ações para lidar com questões e problemas de determinado indivíduo ou grupo e depende da natureza do problema, da orientação, do contexto e da disposição e capacidade do indivíduo ou do grupo de progredir com tratamento. Também é composto por medidas apropriadas que visam aliviar uma condição patológica ao invés de prever intervenções específicas.

Para os autores alguns modelos de tratamento abrangem internações e hospitalização, ambulatório, fármacos, terapia individual de longa duração, terapia familiar e de casal, encaminhamento para a DASA e suporte espiritual.

Cordioli (2007) comenta que a Recuperação é um processo pelo qual o indivíduo exibe progresso da capacidade, renova as habilidades e funções após uma doença ou enfermidade. Carnes (1991) comenta as fases da Recuperação, que são:

- Fase de desenvolvimento: incapacidade de organização e de controle, a compulsão segue ativa.
- Fase da crise decisiva: se compromete a mudar, porém a negação prossegue.
- Fase do choque: atordoamento emocional, desorientação e esforço para corrigir os erros.
- Fase da tristeza: entendimento e aceitação, e as recaídas frequentes.
- Fase da reparação: adquire novas habilidades, novos laços, autoconhecimento e conhecimento da doença.

No processo de recuperação, Sadock (2007) salienta que foram identificados sintomas característicos das primeiras semanas de recuperação, os sintomas da abstinência que incluem a fadiga, tensão, nervosismo, insônia, dores de cabeça, tremores, forte excitação sexual, dores no corpo, aumento do apetite, sensibilidade genital, coceiras, náuseas, arrepios, sudorese, respiração curta, raiva, isolamento, medo, entre outros sintomas que causam extremo desconforto ao indivíduo. Segundo Skinner (1991) o procedimento de extinção pode provocar agressividade, sendo necessário que o terapeuta acolha a reação agressiva e explique que ela é característica deste processo.

De acordo com Carnes (1991), as reações físicas duram de quatorze a quinze dias, mas alguns sentem durante oito ou dez semanas. Muitos abandonaram o tratamento por causa dos sintomas da abstinência. Para Cabalo (2002) quando um comportamento sexual é disfuncional e sem causa orgânica, isso significa que o indivíduo de alguma forma, aprendeu a ser disfuncional. Sadock (2007) complementa afirmando que a psicoterapia voltada para a orientação pode ajudar na compreensão da dinâmica dos padrões comportamentais.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 TIPO DE PESQUISA

Gonzáles-Rey (1999) ressalta que o estudo de caso, como método da pesquisa qualitativa, não inclui a noção de objetividade, já que não se dá em função de informações estatísticas, mas na geração de ideias e na produção de conhecimentos sobre a subjetividade individual, pois o caso traz evidências únicas essenciais para o desenvolvimento do conhecimento. Também não inclui a noção de neutralidade, pois ressalta a participação do observador no processo de construção do conhecimento.

Para o autor, o estudo de caso é um procedimento geral da investigação qualitativa, o qual se configura em uma fonte privilegiada de acesso a uma fonte diferenciada que, como nenhuma outra, permite entrar em contato, ao mesmo tempo, com a subjetividade individual, e com a subjetivação da realidade social que o indivíduo viveu.

Para o procedimento técnico foi utilizado o Estudo de Campo, que segundo Gil (2008), esse tipo de pesquisa busca o aprofundamento de realidade específica. É basicamente realizado por meio de observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar as explicações e interpretações que ocorrerem naquela realidade.

A pesquisa também utilizou do método qualitativo-descritivo realizado por meio de quatro estudos de casos, onde foi realizado um levantamento das características comportamentais e sociais comuns entre os portadores do Impulso Sexual Excessivo, e, também, onde foi possível a identificação dos sintomas e sinais, possibilitando, desta forma, que o indivíduo possa procurar a ajuda profissional para que obtenha qualidade de vida.

Segundo Yin (2001) é possível mais de um estudo de caso, e essa tendência vem aumentando ao longo dos anos. O autor salienta que esses estudos são chamados de estudos comparativos, diferente do estudo de caso único. A escolha entre projetos de caso único ou de casos múltiplos permanece dentro da mesma estrutura metodológica. Segundo Yin (2001) a pesquisa de estudo de caso pode incluir tanto estudos de caso único quanto de casos múltiplos.

A importância da pesquisa qualitativa reside em preservar a realidade acima do método. Segundo Gil (2008), na pesquisa qualitativa, busca-se, na realidade, informações que possam ser manipuladas cientificamente para uma melhor compreensão e condições de intervenção e mudança. Este tipo de informação não é apenas colhido, mas construído, uma vez que o conhecimento se dá como um diálogo crítico entre a realidade e o pesquisador, que também é parte dessa realidade.

INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Os instrumentos utilizados foram questionário e entrevistas semiestruturadas. De acordo com Marconi (2006) a entrevista é um instrumento de coleta de dados e pode ser estruturada e semiestruturada. Na semiestruturada há uma confluência de perguntas previamente elaboradas com outras pautas a partir das respostas dos entrevistados. O autor define questionário como a técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamentos, presente e passado.

PARTICIPANTES DA PESQUISA

Essa pesquisa foi desenvolvida em Brasília/DF, sendo que os participantes foram entrevistados no Centro de Psicologia Aplicada (CEPA) localizada na Faculdade Alvorada do Ensino e do Desporto–Brasília. Os participantes são pessoas com faixa-etária entre 18 e 50 anos, de ambos os gêneros.

Três homens e uma mulher, entre 18 e 50 anos, dois homens solteiros, um casado, uma mulher solteira. Três dos participantes possuem ensino superior e residem na Asa Norte – Brasília /DF. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa, sendo selecionados quatro membros da DASA.

Foram utilizados o Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE), entrevistas semiestruturadas com 17 questões na fase da infância, 28 questões na fase da adolescência, 50 questões na fase adulta e 34 questões na fase do Impulso Sexual Excessivo, e questionário com 41 perguntas. O participante levou o questionário, sendo respondido e devolvido após 15 dias.

PROCEDIMENTOS DA COLETA DE INFORMAÇÕES

A entrevista foi realizada na sala de atendimento do CEPA com duração de aproximadamente uma hora. O questionário foi entregue aos participantes que tiveram o prazo de 15 dias para devolução do questionário respondido.

As informações foram estruturadas por meios de tabelas para facilitar a identificação das características comportamentais e sociais em comum, identificadas nos participantes. Por questões éticas, os participantes serão identificados por codinome, como assim é exigido pelo Código de Ética do Psicólogo no Art. 6º que diz que o Psicólogo deve resguardar o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo.

O Art. 9º do Código de Ética reforça afirmando que é dever do Psicólogo respeitar o sigilo profissional a fim de proteger, por meio da confidencialidade, a intimidade das pessoas.

As características comportamentais e sociais encontradas nos quatro participantes foram citadas por Carnes (1991) afirmando que os impulsivos sexuais tinham como características o exibicionismo, voyeurismo, fracasso no relacionamento amoroso, isolamento social e familiar, fantasias e obsessões, masturbação em excesso, excesso de filmes pornográficos, falta de afeto no ato sexual, ferimentos genitais e comportamentos de autoflagelo, entre outras características. Um dos participantes relatou pensamento suicida, confirmando o que foi citado por Carnes (1991) em sua pesquisa sobre a Compulsão Sexual, onde o autor salienta que a maior parte dos compulsivos sexuais têm dificuldades em buscar ajuda terapêutica espontânea, e quando o fazem é porque se sentem à beira do desespero ou do suicídio.

Gigliotti e Guimarães (2007), também salientam que existem pessoas que buscam ajuda para outros transtornos sem fazer relação com seu Impulso Sexual Excessivo e a autodestruição. Essas pessoas possivelmente desconhecem o Impulso Sexual Excessivo e seus sintomas e sinais, e, sendo assim, a busca por tratamento se torna um grande desafio para esses indivíduos.

Três dos participantes queixaram-se da dificuldade financeira, por causa dos gastos com as atividades sexuais, como prostituição, casa de swing, casa de massagem e outros meios para obter o sexo. Esses comportamentos são características comuns na vida pessoal desses indivíduos, como também, o rompimento das relações amorosas e familiares.

Leiblum (2012) já salientava que esses indivíduos tem severas consequências financeiras, como a perda do trabalho, gastos excessivos e, como consequências, os prejuízos jurídicos.

O sentimento de culpa e vergonha reforça o sentimento de isolamento, solidão e sensação de desânimo e desespero, sentimentos também considerados comuns entre esses indivíduos, sendo que dois dos participantes relataram sentimento de culpa devido ao conflito religioso, que para Picazio (1998) a culpa e a vergonha são duas emoções morais que prejudicam a saúde psíquica.

O autor comenta que a culpa afeta a identidade central do indivíduo, causando tensão, remorso e arrependimento que impulsionam a pessoa a tentar reparar o sucedido, enquanto a vergonha motiva a fuga ou se esconder, a culpa motiva uma ação reparadora.

Três dos participantes relataram ser bissexuais, pois não tem preferência por gênero, os três fazem uso de álcool, Viagra e drogas como heroína, maconha e LSD para manterem-se excitados. Esse comportamento foi comentado por Carnes (1991), onde os compulsivos sexuais costumam fazer uso de drogas para acalmar o sofrimento provocado pela sexualidade ou para aumentar a excitação sexual, para que seja possível praticar o sexo por mais tempo possível.

Um dos participantes relatou que sofreu abuso sexual na infância, quando tinha 7 anos de idade por uma mulher já adulta, amiga de seu pai. Carnes (1991), em sua pesquisa, já havia comentado que a maioria desses indivíduos sofreram abusos sexuais, físicos ou emocionais na infância. Para Gigliotti e Guimarães (2007), esses abusos podem gerar o estabelecimento de um padrão de má adaptação ao estresse em geral, que tem como consequência a dificuldade de enfrentar as situações.

O medo do futuro é relatado pelos quatro participantes, mas demonstraram dificuldade para comentar sobre o assunto, afirmando que o futuro é assustador.

Os quatro participantes relataram que nunca cometeram crime sexual. Como já comentou Taborda (2012) de que se não se deve confundir a eventual intolerância sociocultural que a Parafilia desperta, com necessidade de apenar-se o parafilico.

Três dos participantes relataram agressividade na relação sexual, como sadomasoquismo e uso de objetos para causar dor no parceiro (a), praticando o sadomasoquismo, e que só tem noção que feriu o parceiro (a) após finalizar o sexo.

O voyeurismo e exibicionismo são características comuns em todos os participantes, sendo que, as fantasias e obsessões são relatadas por eles como as mais perturbadoras, pois segundo eles, as obsessões não param nem quando estão dormindo. Eles tem sonhos pornográficos que os perturbam durante o dia, como se o sonho estivesse ocorrido na realidade e os sonhos os motivam na busca de sexo ou masturbação, e, por essa razão, os quatro participantes relatam dificuldades para dormir, pois acordam para se masturbar ou praticar sexo com seu parceiro (a).

Carnes (1991) já salientava que a obsessão sexual e as fantasias são estratégias básicas de satisfação que aumentam gradualmente as necessidades de experiências sexuais porque o nível normal de atividade passa a ser insuficiente.

Dulce (2007) comenta que os pensamentos obsessivos são intrusivos e geralmente perturbadores. Sendo assim, as obsessões e fantasias são as mais perturbadoras para esses indivíduos, que os deixam fora da realidade.

Somente um dos participantes conhece o Impulso Sexual Excessivo e seus sintomas e sinais. Os outros três participantes não fazem qualquer relação entre o Impulso Sexual Excessivo e seus comportamentos, sendo que, um dos participantes se diz pertencer ao grupo de risco, que são indivíduos que praticam sexo sem preservativos, não selecionam parceiros, praticam sexo em locais públicos, etc. Ele relata não conhecer o Impulso Sexual Excessivo e nem seus sintomas e sinais. Uma participante relata que o sexo já não é tão bom e agradável, mesmo praticando todos os dias, ela relata que tem ferimentos genitais e pelo corpo por causa do sexo sadomasoquista, mas só sente dor após terminar o sexo.

Dois dos participantes já buscaram ajuda terapêutica e psiquiátrica, mas queixaram-se de não haver resultados, e assim desistiram do tratamento.

Sadock (2007) salienta que os sintomas da abstinência são os fatores que podem afetar o processo do tratamento e fazendo com que o indivíduo, muitas vezes, desista ou tenha recaídas.

Os sintomas como, fadiga, tensão, nervosismo, insônia, tremores, excitação sexual, dores no corpo, são relatados por um dos participantes que já se encontrava em tratamento, mas como afirma o autor acima, sempre com recaídas.

Os participantes relatam a extrema ansiedade, agressividade e mau humor, quando deixam de praticar sexo por um dia, sendo esse comportamento comentado por Skinner (2007) que a compulsão é praticada para reduzir os efeitos de tensão, sendo o comportamento reforçado pelo indivíduo.

Os quatro participantes relatam o isolamento social e familiar, pois assim, evitam o julgamento da família e dos amigos, como também evitam que eles descubram como vivem sua vida sexual. O relacionamento amoroso também é afetado devido às traições e ao descontrole sexual e emocional. Três dos participantes relatam o fim do relacionamento amoroso ou conjugal, que para Sadock (2007), as pessoas com Impulso Sexual Excessivo demonstram tentativas repetidas e cada vez mais frequentes de terem experiências sexuais.

Os quatro participantes relataram prática sexual com vários parceiros, e são frequentadores de casas de swing, local de sexo explícito e troca de parceiros, como também, frequentam casas de massagem e massagem tântrica.

Na entrevista, uma das participantes diz ficar incomodada com as perguntas, pois falar de sexo causa-lhe excitação e a deixa nervosa e pediu para encerrar a entrevista. A análise das características comportamentais e sociais revelou que entre os quatro indivíduos existiam características comportamentais e sociais comuns.

CONCLUSÃO

As perturbações e disfunções de origens sexuais sempre despertaram atenção devido às dificuldades de as pessoas falarem sobre o assunto, dificuldade de falar dos seus desejos, fantasias e insatisfações sexuais e, principalmente, de falarem de seus medos, vergonhas e culpas.

É sabido que o sexo é a forma natural para a reprodução, mas não tem somente esta finalidade para o ser humano, pois, também tem a finalidade de oferecer o prazer sensorial intenso, recompensa

que a Natureza forneceu ao ser humano por garantir a multiplicação da espécie.

Estudos mostram que a violência e a agressividade também têm origens sexuais. Assim como os animais “irracionais”, no período de desejo sexual intenso das fêmeas (cio), lutam até a morte para copular, os seres humanos também acumulam tensão, estresse e ansiedade quando não estão satisfeitos sexualmente.

O corpo pede sexo assim como pede água e comida, sendo que, sem sexo o indivíduo não morre, mas acumula tensões que alteram seu humor. Algumas pessoas relataram que quando sentem necessidade de sexo os pensamentos também se alteram e começam a ter fantasias e sonhos eróticos e pornográficos.

Para o ser humano, o jeito de olhar, de falar, de sorrir, de se vestir, de andar, pode ser um convite ao sexo como também à sedução, e tanto é válido esse tipo de comportamento que o desejo sexual pode ser evocado, motivado e incentivado de várias formas, como ouvir a voz de alguém, vendo filme erótico, observando alguém etc.

O Impulso Sexual Excessivo é uma das perturbações que ficam obscuras na Sociedade por causa dos seus sintomas e comorbidades que podem envolver essa patologia.

A falta de controle no sexo tem levado indivíduos a perturbações severas, destruindo famílias e vidas, e por essa razão, Gigliotti e Guimarães (2007) comparam essa patologia às drogas e o álcool que tem levado pessoas e famílias à destruição e à violência, e o Impulso Sexual Excessivo também tem essa característica destrutiva.

Foi observado nos relatos que a grande maioria dos adictos sexuais tem em comum a extrema ansiedade, culpa, vergonha, sentimentos e emoções que, segundo os participantes passou despercebido no tratamento psicológico. Talvez o próprio pudor do profissional fecha essa fenda estreita para o tratamento mais eficiente e eficaz, passando a se focar somente no relato do paciente, sem investigações mais aprofundadas.

São variáveis as causas do Impulso Sexual Excessivo, mas foi possível entender nas reuniões da DASA e nas entrevistas, como também nos estudos de caso, que a maioria dos indivíduos sofreu algum tipo de abuso físico, sexual ou emocional.

Há pessoas que buscaram ajuda em ambientes onde elas possam manter seu Impulso Sexual sem que ninguém perceba, critique ou julgue seus desejos e obsessões. A religião é uma dessas opções de ajuda e também o refúgio para mascarar seus desejos obscuros.

A DASA comenta sobre a anorexia de indivíduos solitários, que não sabem conhecer e controlar a própria vontade e que não nutrem qualquer tipo de sentimento nos relacionamentos.

A busca por ajuda os deixam a mercê das organizações filantrópicas que não oferecem serviços profissionais, que tentam ajudar por meio da fé, tentando frear aquilo que eles próprios desconhecem, mantendo o comportamento mascarado e causando conflitos psicológicos perturbadores.

Novos estudos têm demonstrado várias compulsões bizarras, fetiches e Parafilias como escatologia telefônica (telefonemas obscenos), necrofilia (cadáveres), parcialismo (foco exclusivo em uma parte do corpo), zoofilia (animais), entre outras, que põem a pessoa em risco de morte, demonstrando que o prazer tem várias faces, seja para encobrir outro sofrimento, seja para satisfazer a própria natureza sadomasoquista do indivíduo.

O indivíduo portador do Impulso Sexual Excessivo utiliza o sexo como forma de aliviar e

preencher essas emoções e sentimentos de vazio, aliviar a extrema ansiedade causada pelo desejo e obsessão sexual, muitas vezes estimulados desde a infância por meio de abuso sexual, físicos ou verbais, como também aprendido o que foi ensinado pelos adultos.

O que ressaltou a esta pesquisadora no comportamento desses indivíduos foi a perda da habilidade social. O isolamento é uma característica marcante desses indivíduos, principalmente quando o Impulso iniciou muito cedo e ao chegar à vida adulta, as habilidades sociais ficam comprometidas, exigindo um tratamento além dos fármacos.

Na visão desta pesquisadora, um tratamento multidisciplinar com profissionais qualificados seria a opção mais apropriada para o tratamento desse transtorno compulsivo, sendo que, a religião seria mais um apoio, pois a espiritualidade faz parte dessa complexidade humana que é biopsicossocial espiritual.

REFERÊNCIAS

- ABREU, N. C. Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- ALVES, S.M. Crimes sexuais. Coimbra: Almedina, 1995.
- ANDRETTA, M.S. Manual Prático de Terapia-cognitivo-comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- ARIÈS, P. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: Zabar Editores, 1978.
- BALLONE, G.J. Comportamento Sexual Compulsivo: Psiquiatria Geral. PsiqWeb, 2008. Disponível em <<http://www.psiqweb.mbr/site/?area=NO/LerNoticiaeidNoticia=168>> . Acesso em 2 abr. 2013.
- BANACO, R. A. Alternativas não aversivas para tratamento de problemas de ansiedade. Londrina: Atualidade Acadêmica, 2001.
- BAUM, W.M. Compreender o Behaviorismo: comportamento, cultura e evolução. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BECK, J.S. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1995. Terapia cognitiva dos Transtornos de Personalidade. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BERGMAN, R.L. Condicionamento do Equilíbrio Emocional: o primeiro plano de ação para você ter uma saúde emocional definitiva. São Paulo: Cultrix, 1998.
- BORN, M. Psicologia da Delinquência. Lisboa: Climepsi, 2005.
- BRAGA, R.N. O Livro de ouro do sexo. Rio de Janeiro: Pocket Ouro, 2009. BRASIL. Código Penal Brasileiro. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em 28 mar.2014.
- CABALO, V. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. São Paulo: Santos, 2002.
- CARNES, P. Isto não é amor. São Paulo: Best Seller, 1991.
- CARVALHO, J.N. Comportamento Desviante: Psicologia de Desenvolvimento e Educação de Jovens. Lisboa: Bartolo, 1990. Tratamento Cognitivo-comportamental dos Transtornos Psicológicos: transtorno de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos. São Paulo: Santos, 2007.

CATANIA, A. C. Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CAVALCANTI, C. Tratamento clínico para as disfunções sexuais. São Paulo: Roca, 2012.

CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, 2005.

CORDIOLI, A. V. TOC: Manual de terapia cognitiva-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo, 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Crenças disfuncionais e o modelo cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo.2007. Disponível em

<<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol28/n4/artigos/art197.htm>> Acesso em 15 jun. 2013.

Psicoterapias: abordagens atuais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: manual de terapia Cognitivo- Comportamental para pacientes e terapeutas. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CUNHA, A.J. Psicodiagnósticos. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. DASA Dependentes de Amor e Sexo Anônimos. Rio de Janeiro, 2003.

DELITTI, M. Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental. São Paulo: ARBytes, 1997.

DEMO, P. Pesquisa e informação qualitativa: Aportes metodológicos. São Paulo: Papirus, 2001.

DIEHL, A ; CORDEIRO,D.C; LARANJEIRA,R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DOLTO, C. Vida jovem: puberdade, amores, amizades, saúde, sexo, beleza, emoções, depressão, violência, drogas. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2007.

DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DULCE, M. Psicopatologias das perturbações obsessivo-compulsivas.2007. Disponível em <<http://www.slideshare.net/arminis/psicopatologia-3229017>>. Acesso em 6 maio. 2013.

ENGEL, L; FERGUNSON, T. Crimes imaginários: porque nos punimos e como interromper esse processo. São Paulo: Nobel, 1992.

FERREIRA, A. B.H. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 4. ed. Curitiba: Positivo, 2009. CD-ROM.

- FOUCAULT, M. História da Sexualidade: A vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.
- FRIEDBERG, R. D. et al. Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: ferramentas para aprimorar a prática. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- FU-I, L. et al. Transtornos afetivos: na infância e adolescência. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- FUENTES, D. et al. Neuropsicologia: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- FURASTÉ, P. A. Normas técnicas para o trabalho científico. 17. ed. Porto Alegre, 2013.
- GIGLIOTTI, A; GUIMARÃES, A. Dependência, Compulsão e Impulsividade. Rio de Janeiro: Rubio, 2007.
- GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GONZÁLEZ-REY, F. La investigación cualitativa en psicología: Rumbos y desafíos. São Paulo: Educ, 1999.
- GUEDES, M.L. Transtorno obsessivo-compulsivo: um estudo do processo de acomodação familiar. Dissertação de mestrado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1997.
- HALES. C.R. Tratado de Psiquiatria Clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- HUSS, T. M. Psicologia Forense: pesquisa, prática, clínica e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- KAPLAN, S. H. A nova Terapia sexual. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- KAY, T. Psiquiatria: ciência comportamental e fundamentos clínicos. São Paulo: Manole, 2002.
- KIMBERLY, S.Y; ABREU, C.N. Dependência de internet. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- LEAHY, R. L. Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- LEIBLUM, R. S. Tratamento do Transtorno do Desejo Sexual: casos clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- LEWIS, E. FERGUSON, T. Crimes imaginários: porque nos punimos e como interromper esse processo. São Paulo: Nobel, 1992.
- MARIA, A. J. Codependência: o transtorno e a intervenção em rede. São Paulo: Agora, 2004.
- MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MINUCHIN, S. Famílias: funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- MOREIRA, M.B; MEDEIROS, C.A. Princípios básicos de análise do comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- MURRAY. J. E. Motivação e Emoção. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. MUSS, R. Teorias da Adolescência. 5. ed. Belo Horizonte: Professor, 1969.
- OSÓRIO, C.L; Valle, P.E.M. Manual de Terapia Familiar. Porto Alegre: Artmed: 2009. PAIM, I. Curso de Psicopatologia. 9. ed. São Paulo: E.P.U, 1982.
- PANDOLFO, T. A. Algumas considerações sobre transtorno do controle de impulsos: Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2009.
- PICAZIO, C. Sexo secreto: temas polêmicos da sexualidade. São Paulo: Summus, 1998. PINTO, S.R.J.; Personalidade e Psicopatologia: Implicações na compulsão sexual. Universidade de Aveiro, 2011.

REICH, W. A Função do Orgasmo. 9. ed. São Paulo: Brasiliense, 1975.

ROJAS. A. A. Famílias: redes, laços e políticas públicas. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

ROSA, L. W da. Mal entendido: como reconhecer o ciúme normal e diferenciar o limite entre o que é adequado em uma relação e o que é fruto de uma mente insana. Revista Ciência e Vida Psique, São Paulo, Ano III nº 35, [S.d] .

SADOCK. J. B; SADOCK. A. V. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAITO, Maria Ignez. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. SANTROCK,

W.J. Adolescência. 14 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SAYÃO, R. Família: modo de usar. Campinas São Paulo: Papyrus, 2006.

SILVA, D. N. S.; SILVA, S. R. S. Educação sexual: um desafio pedagógico e familiar. Revista de Enfermagem, Belém do Pará, v.1, n.2, 2002.

SKINNER, B.F. Ciência do Comportamento Humano. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

Questões recentes na análise comportamental . Campinas: Papyrus, 1991.

Para além da liberdade e da dignidade. Lisboa: Edições 70, 1971 STEKEL, W. Atos Impulsivos. São Paulo: Mestre Jou, 1958.

SUDAK, D.M. Terapia cognitivo-comportamental na prática. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TABORDA. G.V. J. Psiquiatria Forense. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TAQUETTE S.R: O desejo, o afeto e as normas sociais, 1997. Disponível em http://www.nesa.uerj.br/download/TESE_STELLA.pdf Acesso em 25 maio 2014

TOLEDO, D. Parafilias e Crimes Sexuais. 2014. Disponível em <http://psicologia-ro.blogspot.com.br/2012/02/Parafilias-e-crimes-sexuais_22.html> Acesso em 27 mar. 2014.

WINSTON, R. Instinto Humano: como os nossos impulsos moldaram o que somos hoje. São Paulo: Globo, 2002.

WRIGHT, H; BASCO, R.. Aprendendo a Terapia Cognitiva-Comportamental. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e método. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZAMIGNANI, R.D. Sobre o comportamento e cognição: A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitiva do comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. São Paulo: ARBytes, 1997 . Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva - da reflexão teórica à diversidade na aplicação. Santo André: ARBytes, 1999.