

Comportamento sexual compulsivo: um transtorno do impulso

Compulsive sexual behavior: an impulse disorder

Comportamiento sexual compulsivo: un trastorno de los impulsos

[1](#) Arnaldo Barbieri Filho  [ORCID](#) - [Lattes](#)

[2](#) Daniel Proença Feijó - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[3](#) Diego Silva de Fraga - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[4](#) Cláudio Meneghello Martins - [ORCID](#) - [Lattes](#)

[5](#) Carmita Helena Najjar Abdo - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1, 2, 3** [Secretários, Departamento de Sexologia da Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP, Rio de Janeiro, RJ, Brasil], **4** [Vice Presidente da ABP, Associação Brasileira de Psiquiatria, Rio de Janeiro, RJ, Brasil], **5** [Professora Associada, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, FMUSP, São Paulo, SP, Brasil].

Editor Chefe responsável pelo artigo: Leonardo Baldaçara

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Barbieri Filho A, Abdo CHN [1,5,6,11,12,13,14], Feijó DP, Fraga DS, Martins CM [14]

Conflito de interesses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 04/11/2024

Aprovado em: 26/11/2024

Publicado em: 06/12/2024

Como citar: Barbieri Filho A, Feijó DP, Fraga DS, Martins CM, Abdo CHN. Comportamento sexual compulsivo: um transtorno do impulso. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2024;14:1-20.

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1366>

RESUMO:

Introdução: Na Classificação Internacional de Doenças, 11ª edição ([CID-11](#)), o Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo (TCSC) é classificado entre os transtornos mentais, no capítulo Transtornos do Impulso. O indivíduo apresenta um padrão persistente de falha no controle de impulsos ou impulsos sexuais intensos e repetitivos como critério diagnóstico. O quadro deve persistir por pelo menos seis meses e levar a sofrimento acentuado ou prejuízo na vida pessoal. **Objetivos:** Realizar uma revisão narrativa de literatura com o objetivo de apresentar informações atualizadas sobre o diagnóstico e o tratamento. **Métodos:** Revisão narrativa da literatura sobre sintomas, causas e tratamento do TCSC. **Resultados e Discussão:** São fundamentais os diagnósticos de outros transtornos sexuais, quadros psiquiátricos e somáticos. Medicamentos, psicoterapia e fisioterapia pélvica podem ser de grande valia. O tratamento da compulsão sexual visa inibir tal comportamento e, ao mesmo tempo, favorecer o exercício sexual saudável, sem sofrimento. Antidepressivos, Antipsicóticos, Estabilizadores do Humor e Naltrexona podem ser utilizados, dependendo de diagnóstico e comorbidades. Tratar possíveis doenças clínicas como hiperandrogenismo é primordial. Casos graves representam risco para outras pessoas e ao próprio paciente, podendo-se recorrer a antiandrogênicos como a Ciproterona. Medicamentos que levam a níveis de castração química, como os agonistas parciais do hormônio de liberação de hormônio luteinizante (LHRH) não são autorizadas para tal uso no Brasil. **Conclusões:** Tratar transtornos sexuais, psiquiátricos e clínicos adequadamente é fundamental. No entanto, mais pesquisas são necessárias para elucidar as causas do TCSC e possíveis alternativas de tratamento.

Palavras-chave: compulsão sexual, disfunção sexual, tratamento, medicamento, terapêutica, preparações farmacêuticas

ABSTRACT:

Introduction: In the International Classification of Diseases, 11th edition ([ICD-11](#)), Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD) is classified among mental disorders, in the Impulsive Disorders chapter. The individual

2 Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2024;14:1-20

<https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1366>



presents a persistent pattern of failure to control impulses or intense and repetitive sexual urges as a diagnostic criterion. The condition must persist for at least six months and lead to severe suffering or harm to personal life. **Objectives:** Conduct a narrative literature review with the aim of presenting updated information on diagnosis and treatment. **Methods:** Narrative review of the literature on symptoms, causes and treatment of CSBD. **Results and discussion:** Diagnoses of other sexual disorders, psychiatric and somatic conditions are essential. Medications, psychotherapy and pelvic physiotherapy can be of great value. The treatment of the sexual compulsion aims to inhibit such behavior and, at the same time, encourage health sexual activity, without suffering. Antidepressants, Antipsychotics, Antipsychotics, Mood Stabilizers and Naltrexone can be used, depending on diagnosis and comorbidities. Treating possible clinical diseases such as hyperandrogenism is essential. In serious cases that pose a risk to other people and the patient himself, antiandrogens such as Cyproterone can be used. Medications that lead to chemical castration levels, such as luteinizing hormone-releasing hormone (LHRH) partial agonists, are not authorized for such use in Brazil. **Conclusions:** Treating sexual, psychiatric and clinical disorders appropriately is essential. However, more research is needed to elucidate the causes of CSBD and possible treatment alternatives.

Keywords: sexual compulsion, sexual dysfunction, treatment, medicine, therapeutics, pharmaceutical preparations

RESUMEN:

Introducción: En la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición ([CIE-11](#)), el Trastorno de Conducta Sexual Compulsiva (TCSC) se clasifica dentro de los trastornos mentales, en el capítulo Trastorno de Impulso. El individuo presenta como criterio diagnóstico un patrón persistente de falta de control de impulsos o impulsos sexuales intensos y repetitivos. La afección debe persistir durante al menos seis meses y provocar sufrimientos graves o daños a la vida personal. **Objetivos:** Realizar una revisión narrativa de la literatura con el objetivo de presentar información actualizada sobre diagnóstico y tratamiento. **Métodos:** Revisión narrativa de la literatura sobre síntomas, causas y tratamiento de TCSC. **Resultados y Discusión:** Son esenciales los diagnósticos de otros trastornos sexuales, condiciones psiquiátricas y somáticas. Los medicamentos, la psicoterapia y la fisioterapia pélvica pueden resultar de gran valor. El tratamiento de la compulsión sexual tiene como objetivo inhibir dicha conducta y, al mismo tiempo, fomentar una actividad sexual

sana, sin sufrimiento. Se pueden utilizar antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo y naltrexona, según el diagnóstico y las comorbilidades. Tratar posibles enfermedades clínicas como el hiperandrogenismo es fundamental. Los casos graves suponen un riesgo para otras personas y para el propio paciente, por lo que se pueden utilizar antiandrógenos como la ciproterona. Los medicamentos que provocan niveles de castración química, como los agonistas parciales de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH), no están autorizados para ese uso en Brasil. **Conclusiones:** Tratar adecuadamente los trastornos sexuales, psiquiátricos y clínicos es fundamental. Sin embargo, se necesita más investigación para dilucidar las causas del TCSC y las posibles alternativas de tratamiento.

Palabras clave: compulsión sexual, disfunción sexual, tratamiento, medicamento, terapéutica, preparaciones farmacéuticas

Introdução

Durante a elaboração da atual edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), foi proposta a inclusão do diagnóstico de compulsão sexual. Esse quadro se caracterizaria quando o indivíduo apresentasse fantasias sexuais intensas e recorrentes, fortes desejos e comportamentos, nos últimos seis meses, em associação com quatro ou mais dos seguintes critérios [1]:

- Tempo excessivo consumido por fantasias e impulsos sexuais, planejando e se envolvendo em comportamento sexual;
- Engajamento repetitivo em fantasias, impulsos e comportamentos sexuais em resposta a estados de humor disfóricos;
- Engajamento em fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais em resposta a eventos estressantes da vida;
- Esforços repetitivos, porém, malsucedidos, para controlar ou reduzir fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais;
- Engajamento repetitivo em comportamento sexual, desconsiderando ao mesmo tempo o risco de dano físico ou emocional a si e a outros.

Tal quadro deveria resultar em sofrimento pessoal ou prejuízo clinicamente significativo em áreas importantes do funcionamento, associado a frequência e intensidade das fantasias, impulsos e comportamentos sexuais. No entanto, o quadro não foi incluído na versão final do DSM-5 [2, 3]. Vários motivos levaram a tal exclusão, como o fato de que seriam adicionados muitos novos diagnósticos, patologizando comportamentos

normais, incluindo comportamento sexual. Assim, levaria a uma justificativa medicalizada para conduta imoral. Qualquer nova entidade diagnóstica exigiria testes científicos e epidemiológicos rigorosos para reduzir riscos não intencionais, incluindo taxa inaceitável de diagnósticos falso-positivos. Sem evidências científicas suficientes de que os critérios propostos representavam uma síndrome clínica distinta, ocorreria também o uso indevido do diagnóstico em cenários forenses.

Além disso, uma preocupação particular era se o conjunto de critérios proposto lançaria uma rede muito ampla, especialmente diagnosticando incorretamente adolescentes do sexo masculino [3]. Apesar de todas estas questões, continua o interesse do grupo de trabalho do DSM na hipersexualidade [4].

Na Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição, (CID-10), o transtorno de Impulso Sexual Excessivo foi incluído no capítulo "Disfunções Sexuais não causadas por transtorno ou doença orgânica" [5]. Na [CID-11](#), essa condição foi denominada Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo (TCSC), contemplada no capítulo Transtorno do controle de impulsos [6].

A CID-11 define TCSC como um padrão persistente de falha no controle de impulsos ou impulsos sexuais intensos e repetitivos, resultando num comportamento sexual repetitivo. Os sintomas podem incluir atividades sexuais sequenciais como o foco central da vida do indivíduo, a ponto de ele negligenciar a saúde e os cuidados pessoais ou outros interesses, atividades e responsabilidades. Esforços são malsucedidos para reduzir significativamente esse comportamento sexual, que se mantém apesar das consequências adversas ou da obtenção de pouca ou nenhuma satisfação por meio dele. Esse padrão se manifesta por longo período (p.ex., 6 meses ou mais) e causa sofrimento acentuado ou prejuízo significativo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes. O sofrimento relacionado apenas a julgamento e desaprovação morais sobre esses impulsos, desejos ou comportamentos sexuais não é suficiente para preencher esse critério [6, 7].

O TCSC pode ser expresso por comportamento sexual com outras pessoas, masturbação, uso de pornografia, sexo cibernético (sexo na Internet), sexo por telefone e outras formas de comportamento sexual repetitivo. Indivíduos com TCSC geralmente se envolvem em comportamento sexual como resposta a sentimentos de depressão, ansiedade, tédio, solidão ou

outros estados afetivos negativos. Embora não seja determinante para o diagnóstico, a consideração da relação entre os sinais emocionais e comportamentais e o comportamento sexual pode ser um aspecto importante no planejamento terapêutico [1, 6].

Indivíduos que fazem julgamentos religiosos ou morais sobre seu próprio comportamento sexual, o veem com desaprovação ou estão preocupados com julgamento e desaprovação de outras pessoas ou com consequências potenciais desse comportamento, podem se descrever como “viciados em sexo”, “compulsivos sexuais” ou termos semelhantes (adição, dependência). Nesses casos, deve-se investigar cuidadosamente se tais interpretações são apenas resultado de julgamento interno ou externo, consequências potenciais ou se há evidências de que o controle prejudicado dos impulsos ou de comportamentos sexuais e requisitos diagnósticos do TCSC estão presentes. O diagnóstico também não deve ser feito em adolescentes que se masturbam muito, mesmo que esse procedimento seja acompanhado de estresse. O mesmo ocorre caso o aumento da atividade sexual for decorrência de novo relacionamento ou novas oportunidades para o sexo [6, 8, 9].

Objetivos

Realizar uma revisão narrativa de literatura com o objetivo de apresentar informações atualizadas sobre o diagnóstico e o tratamento.

Métodos

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre quadro clínico, causas e tratamento do TCSC. Foram selecionados artigos no [PubMed](#) com ênfase ao período de 2013-2024, privilegiando os mais relevantes e os mais recentes. A seleção das referências não foi definida sistematicamente, sendo baseada na expertise e experiência dos autores.

As palavras e expressões utilizadas foram: *Hypersexuality ou Compulsive Sexual Behavior Disorder and Impulsive-compulsive Disorders; Hypersexuality ou Compulsive Sexual Behavior Disorder and treatment; Hypersexuality ou Compulsive Sexual Behavior Disorder and etiology; Hypersexuality ou Compulsive Sexual Behavior Disorder and symptoms; Hypersexuality ou Compulsive Sexual Behavior Disorder and medications; Hypersexuality ou Compulsive Sexual Behavior Disorder and Psychiatric Disorders; Hypersexuality ou Compulsive Sexual Behavior Disorder and organic Disorders.*

Foram incluídos artigos de revisão, discussões de casos, editoriais, pesquisas originais e estudos multicêntricos. Ou seja, não houve exclusões por conta de metodologia ou por outras razões. Foram consultados também os manuais DSM 5 e CID 11 e capítulos de livros relevantes sobre o assunto. A não inclusão dessa condição no DSM-5 e a inclusão nos Transtornos dos Impulsos no CID 11 foram enfatizadas.

Transtornos impulsivo-compulsivos

Vários quadros psiquiátricos são caracterizados por importante impulsividade que pode evoluir para compulsividade. A impulsividade é definida pela ação sem premeditação, sem reflexão sobre as consequências do comportamento, com incapacidade de postergar recompensas e com preferência por gratificações imediatas em vez de um benefício mais retardado. Na impulsividade há falha na inibição motora, e o indivíduo frequentemente escolhe o comportamento de risco. A compulsividade é definida por ações inapropriadas para a situação, mas que, mesmo assim, persistem e frequentemente resultam em consequências desagradáveis. Compulsões são caracterizadas por incapacidade de adaptar o comportamento, apesar do feedback negativo. A impulsividade é a incapacidade para interromper o início da ação, enquanto a compulsividade é a incapacidade de terminar a ação iniciada. Ambas são, portanto, formas de inflexibilidade cognitiva [10 - 13].

Segundo Stahl [10], os quadros psiquiátricos com características mais impulsivas são, entre outros: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), episódio maníaco, comportamento antissocial, transtorno de personalidade borderline, transtorno explosivo intermitente, cleptomania e piromania. Os quadros com características compulsivas são, entre outros: transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno dismórfico corporal, transtorno da escoriação, tricotilomania, compras compulsivas, uso de drogas de adição, uso compulsivo da internet, síndrome de Tourette, transtornos do espectro autista, hipocondria, somatizações, acumulação, compulsão por comer (obesidade), compulsão por jogar e hipersexualidade com ou sem parafilias. Esses são os chamados transtornos impulsivo-compulsivos [10, 12].

No CID 11 e no DSM 5, no entanto, tais quadros impulsivo-compulsivos são classificados em variados locais. Apenas a título de exemplo, em ambos os manuais diagnósticos o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno do neurodesenvolvimento, enquanto que a Cleptomania um Transtorno do Impulso [6, 14]. Por outro lado, Stahl

descreve que os quadros impulsivo-compulsivos são relacionados ao conceito de highs. Tal concepção denota a liberação de dopamina, por meio da realização de atos extremamente prazerosos. As highs podem ser naturais, como ganhar uma corrida ou ter um orgasmo. Podem ser químicas, no caso do uso de substâncias psicoativas. Ou podem ser comportamentais, como fazer compras. Assim, no TCSC ocorre a busca de uma high natural que é o orgasmo. Porém, tal busca ocorre de maneira compulsiva, levando à hipersexualidade [10, 15].

CID 11 - Um transtorno do impulso

Na [CID-11](#), o TCSC é classificado dentre os Transtornos do Impulso. Fazem também parte desta categoria a Piromania, a Cleptomania e o Transtorno Explosivo Intermitente. Outros quadros são classificados em outros locais, mas têm relação com impulsividade tais quais os Transtornos do Controle dos impulsos induzidos por substâncias, Compulsão por Jogos, Síndrome do Transtorno dos Impulsos secundárias a doenças não mentais, Tricotilomania e o Transtorno da Escoriação [6]. No entanto, a importância da impulsividade no TCSC é controversa [16].

Epidemiologia, etiologia e comorbidades

Não há consenso sobre o que deveria ser medido na compulsão sexual e qual deveria ser o melhor método: entrevistar os pacientes ou considerar os autorrelatos. A prevalência é bem maior no final da adolescência e no adulto jovem do que nos mais maduros. Pode chegar a 4,9% nos homens e 3% nas mulheres ao longo da vida [17 - 19].

Muitas possíveis etiologias foram estudadas, porém ainda há dificuldades de compreender o fenômeno. Causas biológicas e psíquicas são discutidas [18, 20 - 22].

Fatores genéticos, patologias cerebrais, anormalidades endócrinas e uso de substâncias podem contribuir. O aumento de andrógenos causado por produção excessiva endógena ou por uso de agentes androgênicos pode precipitar a compulsão sexual [21, 23].

Adições por drogas, jogos, internet e comida podem ter mecanismos neurobiológicos semelhantes. Indivíduos com parkinsonismo ou hiperprolactinemia que utilizam medicações dopaminérgicas podem desenvolver hipersexualidade ou compulsão por jogos [24, 25]. Enquanto dopamina, testosterona e principalmente diidrotestosterona, além de substâncias dopaminérgicas como cocaína e metanfetamina, estimulam a

atividade sexual, serotonina agindo principalmente em 5 Hidroxitriptamina tipo 2a (5HT2a) e prolactina a inibem [[10](#), [26](#)].

Lesões cerebrais, como as que ocorrem nas demências e na síndrome de Kluver-Bucy podem exacerbar o comportamento sexual [[18](#), [20](#)]. Hipersexualidade e parafilias, incluindo pedofilia, podem estar associadas a tumores cerebrais [[27](#), [28](#)].

O diagnóstico de possíveis doenças somáticas, quadros psiquiátricos e outros transtornos da sexualidade, como transtornos parafílicos (TP) e disfunções sexuais, deve ser considerado. O comportamento sexual compulsivo pode ocorrer, por exemplo, durante uma crise maníaca ou depressiva. Assim, a abordagem medicamentosa deve ser adequada ao diagnóstico psiquiátrico [[29](#) - [31](#)].

Portanto, várias doenças físicas podem contribuir para a hipersexualidade. O mesmo ocorre com doenças psiquiátricas como: depressão, distímia, abuso de drogas, fobia social, TDAH, transtornos de ansiedade, parafilias, transtornos do impulso, quadros obsessivos, transtornos do estresse pós-traumático, transtornos de personalidade (paranoide, histriônica, borderline, obsessivo-compulsiva, passivo-agressiva) [[18](#), [29](#)].

Causas psíquicas são relevantes. O indivíduo com TCSC pode sentir culpa e vergonha por conta de repressão religiosa, negligência ou abuso infantil. Pode desenvolver baixa autoestima que se associa a maiores dificuldades psíquicas [[18](#), [32](#), [33](#)].

Distorções cognitivas são observadas como "eu sou uma pessoa má e ninguém pode me amar", ou "minhas necessidades nunca serão satisfeitas se eu for dependente de outras pessoas". Indivíduos hipersexuais querem ser desejados, mas se escondem por trás de identidades falsas e encenações ritualizadas. Buscam experiências sexuais imediatas e intensas, por um meio que garantirá a despersonalização e objetificação [[18](#), [26](#)]. Por outro lado, a história de abuso infantil é mais comum nas mulheres hipersexuais [[6](#)].

Fatores interpessoais como problemas de relacionamento e violência da parceria devem ser considerados. O mesmo ocorre com fatores culturais [[6](#)]. Podem ocorrer comorbidades associadas à compulsão sexual [[26](#)]. Soldati et al. [[34](#)] e Bóthe et al. [[35](#)] discutem a associação de TDAH com hipersexualidade e parafilias. Indivíduos com TDAH buscam satisfação

imediate de impulsos e o sexo é uma das possibilidades para tais gratificações. Barbieri Filho e Abdo [31] mostram a associação de TP com TOC e Transtorno de Personalidade Obsessivo-compulsiva. Fuss et al. [36] mostram também a associação com TOC. Eskander et al. [37] abordam a associação com borderline e bipolaridade. Piontek et al. [38] falam do aumento da atividade sexual na fase maníaca. Lew-Starowics et al. [39] apontam que o descontrole emocional como a impulsividade se associa à compulsão sexual. Assiff et al. [21] ressaltam a importância do diagnóstico psiquiátrico bem como do uso de drogas, como a metanfetamina, para que a hipersexualidade seja abordada adequadamente. Stefanou et al. [40] publicaram um caso em que aripiprazol (agonista parcial D2) e olanzapina desencadearam hipersexualidade e parafilias em um paciente. Barbieri Filho e Abdo [30] abordam a importância do diagnóstico de todas as comorbidades (psiquiátricas, somáticas e sexuais) para a escolha do melhor tratamento para cada caso de parafilia.

Tratamento

O tratamento ideal do TCSC visa inibir o comportamento patológico e, ao mesmo tempo, favorecer o exercício de atividade sexual saudável, sem sofrimento. Ou seja, a pessoa deve conseguir exercer sua atividade sexual com indivíduos que consentem e tenham capacidade de consentir sem excessos ou desvios que possam levá-la ao sofrimento. É fundamental o diagnóstico somático das comorbidades, para a escolha da melhor medicação a cada caso [30].

Medicamentos e psicoterapia são fundamentais [41]. Utilizar a fisioterapia pélvica para tratar possíveis disfunções sexuais associadas também podem ser de grande valia [42]. As principais medicações utilizadas no TCSC são os antidepressivos (AD) agonistas de 5HT_{2a}, antipsicóticos (AP), estabilizadores de humor (EH), naltrexona e antiandrogênicos (medroxiprogesterona, ciproterona e agonistas parciais hormônio de liberação de hormônio luteinizante [LHRH]) [18, 30, 43, 44].

Os inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRSs) são apontados como primeira escolha, pois a ação da serotonina em 5-HT_{2a} inibe a função sexual [41]. Porém, a escolha da melhor medicação depende de outros diagnósticos. Não se trata um indivíduo com TCSC em crise maníaca com AD e nem um ejaculador retardado com um serotoninérgico que pode lhe causar anorgasmia. Antidepressivos anticolinérgicos, anti-alfa₁-adrenérgicos e anti-histamínicos também inibem a atividade sexual e podem ser utilizados [45].

A ação antidopaminérgica dos AP inibe o desejo, a excitação e o orgasmo. Aqueles que mais elevam os níveis de prolactina, como risperidona, têm maior atividade inibidora [46]. Entretanto, AP agonistas parciais no receptor dopaminérgico D2, como aripiprazol podem, algumas vezes, induzir a hipersexualidade [47].

Os EH têm ação gabaérgica e antiandrogênica, o que parece ter papel importante na inibição da função sexual. Ácido valproico, carbamazepina, topiramato e lítio inibem a atividade sexual e podem ser utilizados em pacientes maníacos e impulsivos. Por outro lado, oxcarbazepina e lamotrigina tendem a ser menos eficazes para atingir tal inibição [48 - 52].

Naltrexona é um agonista opioide utilizada no tratamento da dependência de álcool. Savard et al apresentaram o uso desta droga para aliviar a hipersexualidade [53]. Verholleman et al. [54] estudaram esse agente quando o TCSC foi induzido por medicações dopaminérgicas antiparkinsonianas. Tal ação antidopaminérgica explica a inibição da função sexual, mas pode piorar sintomas depressivos. Por vezes, o TCSC leva o indivíduo a cometer atos que geram risco a outras pessoas ou a si próprio. Para tais situações, antiandrogênicos (ciproterona, medroxiprogesterona e agonistas parciais do LHRH) estão indicados. A medroxiprogesterona age sobre a 5-alfa redutase e os hormônios hipofisários, inibindo o efeito androgênico. A ciproterona tem ação antiandrogênica em intensidade semelhante à medroxiprogesterona e maior do que a dos AD. Compete com receptores androgênicos das células-alvo, além de ter ação progestágena, inibindo a produção de gonadotrofinas pela hipófise. Entretanto podem piorar a depressão [30].

Gosserrelina, leuprolida e triptorrelina são agonistas parciais do LHRH, inibindo intensamente a ação androgênica, levando a níveis de castração química. Apresentações de depósito injetáveis facilitam a adesão. Entretanto, tais drogas não são regulamentadas para tal finalidade no Brasil [26, 30].

Discussão

A CID-10 classifica a compulsão sexual dentro das "Disfunções Sexuais não causadas por transtorno ou doença orgânica", enquanto a CID-11 a incluiu dentre os transtornos do Impulso (TCSC) e o DSM-5, após intensos debates, não a contempla como uma categoria nosológica. Esse quadro dificulta a investigação sobre causas e tratamento desse transtorno mental, por não haver consenso sobre sua definição e classificação [5, 6,

[14](#)]. É fundamental que o tratamento considere diagnósticos psiquiátricos, outras questões sexuais, além de problemas psíquicos e outras condições médicas [\[44\]](#).

O indivíduo com TCSC pode se masturbar várias vezes ao dia, ver pornografia por horas, ter depressão e transtorno de ansiedade generalizada. Pode, também, apresentar ejaculação precoce e disfunção erétil nos encontros sexuais presenciais. Nesse caso é importante que as disfunções sexuais e os quadros psiquiátricos também sejam tratados. Assim, um tratamento que vise apenas inibir o TCSC (com Paroxetina, por exemplo), pode melhorar a ejaculação precoce, a depressão e a ansiedade, mas pode piorar a disfunção erétil [\[10, 55\]](#). Nesse caso, um ansiolítico como buspirona ou um inibidor da fosfodiesterase tipo 5 (como Tadalafila) podem ser úteis, para melhora do quadro, até com doses menores de Paroxetina.

Caso o mesmo indivíduo do exemplo acima tenha ejaculação retardada ao invés de precoce, o uso da Paroxetina deve ser evitado, pois é um AD com ação intensa sobre 5HT_{2a}, o que retarda a ejaculação. Uma alternativa é utilizar Buspirona, Tadalafila ou Mirtazapina, por ser este último um AD que não aumenta a ação serotoninérgica sobre 5HT_{2a} [\[10\]](#).

Em indivíduos psicóticos, a compulsão sexual pode ser inibida por meio de AP antidopaminérgicos. No transtorno bipolar, pode-se recorrer a EH gabaérgicos, enquanto naqueles com dependência de álcool, Naltrexona é uma opção [\[10, 41\]](#). Em crises maníacas que se manifestam com TCSC, ejaculação retardada e disfunção erétil, oxcarbazepina é preferível a carbamazepina porque a primeira inibe menos a atividade sexual que a segunda [\[51, 56\]](#).

Quando houver risco de danos a terceiros ou ao próprio paciente, um antiandrogênio como a Ciproterona pode trazer benefício [\[30\]](#).

Cada caso deve ser abordado individualmente, para que as estratégias terapêuticas sejam as mais eficazes e toleradas possíveis. Tratar o TCSC e suas comorbidades deve ser o ideal a ser atingido. Portanto, a atividade sexual pode ser inibida de maneira intensa ou até não ser inibida, dependendo do quadro. Por exemplo, um paciente pode melhorar o TCSC com excesso de masturbação porque sua ereção na relação real foi normalizada pelo tratamento da disfunção sexual. Por outro lado, questões

emocionais também devem ser abordadas adequadamente por psicoterapia.

Conclusão

TCSC é descrito na [CID-11](#) como um transtorno do impulso, mas foi classificado como disfunção sexual na CID-10, não sendo contemplado no DSM-5. Portanto, estudos sobre a etiologia e o tratamento ainda são incipientes. Por definição, sofrimento causado por esse transtorno deve estar presente e ser o alvo do tratamento. O TCSC pode estar associado a comorbidades, que devem ser diagnosticadas e tratadas. Medicamentos que levam à melhora de um quadro podem prejudicar o outro. Assim, é fundamental buscar uma estratégia medicamentosa e psicoterápica que contemple o paciente como um todo.

Referências

1. Gola M, Lewczuk K, Potenza MN, Kingston DA, Grubbs JB, Stark R, Reid RC. What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder? *J Behav Addict*. 2020;11(2):160–5. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00090> PMID:34329192 - PMCID:PMC9295236
2. Stahl SM, Grady MM. Transtornos relacionados a substâncias e do controle de impulsos: ilustrados. Porto Alegre: Artmed; 2016.
3. Kafka MP. What happened to hypersexual disorder? *Arch Sex Behav*. 2014;43(7):1259-61. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0326-y> PMID:24951045
4. Montgomery-Graham S. Conceptualization and assessment of hypersexual disorder: a systematic review of the literature. *Sex Med Rev*. 2017;5(2):146-62. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.11.001> PMID:28041854
5. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.

6. World Health Organization. ICD 11: International classification of diseases 11th revision. Geneva: World Health Organization; [citado em 12 de agosto de 2024]. <https://icd.who.int/en>
7. Grant JE, Chamberlain SR. Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectr*. 2016;21(4):300-3. <https://doi.org/10.1017/s1092852916000183> PMID:27151528 - PMCID:PMC5328289
8. Karila L, Wéry A, Weinstein A, Cottencin O, Petit A, Reynaud M, Billieux J. Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature. *Curr Pharm Des*. 2014;20(25):4012-20. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990619> PMID:24001295
9. Bóthe B, Tóth-Király I, Potenza MN, Orosz G, Demetrovics Z. High-frequency pornography use may not always be problematic. *J Sex Med*. 2020;17(4):793-811. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.007> PMID:32033863
10. Stahl SM. *Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2022.
11. Lüscher C, Robbins TW, Everitt BJ. The transition to compulsion in addiction. *Nat Rev Neurosci*. 2020;21(5):247-63. <https://doi.org/10.1038/s41583-020-0289-z> PMID:32231315 - PMCID:PMC7610550
12. Granero R, Krug I, Jiménez-Murcia S. Editorial: new advancement in network and path-analysis approaches for the study of disorders within the impulse-compulsive spectrum disorders. *Front Psychiatry*. 2022;13:1029122. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1029122> PMID:36226102 - PMCID:PMC9549260
13. Robbins TW, Banca P, Belin D. From compulsivity to compulsion: the neural basis of compulsive disorders. *Nat Rev Neurosci*. 2024;25(5):313-33. <https://doi.org/10.1038/s41583-024-00807-z> PMID:38594324

14. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
15. Napier TC, Persons AL. Pharmacological insights into impulsive-compulsive spectrum disorders associated with dopaminergic therapy. *Eur J Neurosci*. 2019;50(3):2492-502.
<https://doi.org/10.1111/ejn.14177> PMID:30269390
16. Bóthe B, Tóth-Király I, Potenza MN, Griffiths MD, Orosz G, Demetrovics Z. Revisiting the role of impulsivity and compulsivity in problematic sexual behaviors. *J Sex Res*. 2019;56(2):166-79.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1480744> PMID:29913087
17. Briken P, Wiessner C, Štulhofer A, Klein V, Fuß J, Reed GM, Dekker A. Corrigendum to: who feels affected by "out of control" sexual behavior? Prevalence and correlates of indicators for ICD-11 Compulsive Sexual Behavior Disorder in the German Health and Sexuality Survey (GeSiD). *J Behav Addict*. 2022;11(4):1093-5.
<https://doi.org/10.1556/2006.2022.20000> PMID:36576727 - PMCID:PMC9881667
18. Tripoli F. Problematic hypersexuality. In: Reisman Y, Porst H, Lowenstein L, Tripodi F, Kirana PS, editors. *The ESSM manual of sexual medicine*. 2nd ed. Amsterdam: Medix; 2015. p. 1034-71.
19. Kowalewska E, Gola M, Kraus SW, Lew-Starowicz M. Spotlight on compulsive sexual behavior disorder: a systematic review of research on women. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:2025-43.
<https://doi.org/10.2147/ndt.s221540> PMID:32943868 - PMCID:PMC7478918
20. Briken P. An integrated model to assess and treat compulsive sexual behaviour disorder. *Nat Rev Urol*. 2020;17(7):391-406.
<https://doi.org/10.1038/s41585-020-0343-7> PMID:32561865
21. Asiff M, Sidi H, Masiran R, Kumar J, Das S, Hatta NH, Alfonso C. Hypersexuality as a neuropsychiatric disorder: the neurobiology and treatment options. *Curr Drug Targets*. 2018;19(12):1391-401.
<https://doi.org/10.2174/1389450118666170321144931> PMID:28325146

22. Ballester-Arnal R, Castro-Calvo J, Giménez-García C, Gil-Juliá B, Gil-Llario MD. Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addict Behav.* 2020;107:106384. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106384> PMID:32244085
23. Kühn S, Gallinat J. Neurobiological basis of hypersexuality. *Int Rev Neurobiol.* 2016;129:67-83. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2016.04.002> PMID:27503448
24. Hamidianjahromi A, Tritos NA. Impulse control disorders in hyperprolactinemic patients on dopamine agonist therapy. *Rev Endocr Metab Disord.* 2022;23(5):1089-99. <https://doi.org/10.1007/s11154-022-09753-6> PMID:36125673
25. Sousa SMC, Baranoff J, Rushworth RL, Butler J, Sorbello J, Vorster J, Thompson T, McCormack AI, Inder WJ, Torpy DJ. Impulse control disorders in dopamine agonist-treated hyperprolactinemia: prevalence and risk factors. *J Clin Endocrinol Metab.* 2020;105(3):dgz076. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgz076> PMID:31580439
26. Barbieri Filho A, Zampieri AMF. Compulsão sexual: diagnóstico, psicoterapia de dessensibilização e reprocessamento por meio do movimento ocular e do tratamento psiquiátrico. In: Associação Brasileira de Psiquiatria; Nardi AE, Silva AG, Quevedo JL, organizadores. PROPSIQ Programa de atualização em Psiquiatria: Ciclo 11. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2022. p. 9-45. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3). <https://doi.org/10.5935/978-65-5848-545-2.C001>
27. Lopes PMG, Prado CSC, Oliveira-Souza R. The neurology of acquired pedophilia. *Neurocase.* 2020;26(2):103-14. <https://doi.org/10.1080/13554794.2020.1727929> PMID:32079483
28. Burns JM, Swerdlow RH. Right orbitofrontal tumor with pedophilia symptom and constructional apraxia sign. *Arch Neurol.* 2003;60(3):437-40. <https://doi.org/10.1001/archneur.60.3.437> PMID:12633158
29. Limoncin E, Ciocca G, Castellini G, Sansone A, Cavalieri F, Cavallo F, Cocchiaro T, Ricca V, di Lorenzo G, Rossi A, Fisher AD, Rochira V, Corona G, Jannini EA. Hypersexuality as a tip of the

iceberg of a primary psychopathology: a joined position statement of the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS) and of the Italian Society of Psychopathology (SOPSI). *J Endocrinol Invest.* 2022;45(9):1787-99. <https://doi.org/10.1007/s40618-022-01798-3> PMID:35527295

- 30. Barbieri Filho A, Abdo CHN. Transtornos parafílicos: comorbidades e abordagem ética. *Diagn Tratamento.* 2019;24(3):106-10. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1026698/rdt_v24n3_106-110.pdf
- 31. Barbieri Filho A, Abdo CHN. Association between paraphilic and obsessive-compulsive symptoms in women. Disponível em: <https://zenodo.org/records/3548597>
- 32. Engel J, Veit M, Sinke C, Heitland I, Kneer J, Hillemacher T, Hartmann U, Kruger THC. same same but different: a clinical characterization of men with hypersexual disorder in the Sex@Brain study. *J Clin Med.* 2019;8(2):157. <https://doi.org/10.3390/jcm8020157> PMID:30704084 - PMCID:PMC6406591
- 33. Doornwaard SM, van den Eijnden RJ, Baams L, Vanwesenbeeck I, ter Bogt TF. Lower psychological well-being and excessive sexual interest predict symptoms of compulsive use of sexually explicit internet material among adolescent boys. *J Youth Adolesc.* 2016;45(1):73-84. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0326-9> PMID:26208829 - PMCID:PMC4698276
- 34. Soldati L, Bianchi-Demicheli F, Schockaert P, Köhl J, Bolmont M, Hasler R, Perroud N. Association of ADHD and hypersexuality and paraphilias. *Psychiatry Res.* 2021;295:113638. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113638> PMID:33333439
- 35. Bóthe B, Koós M, Tóth-Király I, Orosz G, Demetrovics Z. Investigating the associations of adult ADHD symptoms, hypersexuality, and problematic pornography use among men and women on a largescale, non-clinical sample. *J Sex Med.* 2019;16(4):489-99. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.01.312> PMID:30852107

- 36. Fuss J, Briken P, Stein DJ, Lochner C. Compulsive sexual behavior disorder in obsessive-compulsive disorder: prevalence and associated comorbidity. *J Behav Addict*. 2019;8(2):242-8. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.23> PMID:31079471 - PMCID:PMC7044559
- 37. Eskander N, Emamy M, Saad-Omer SM, Khan F, Jahan N. The impact of impulsivity and emotional dysregulation on comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder. *Cureus*. 2020;12(8):e9581. <https://doi.org/10.7759/cureus.9581> PMID:32923187 - PMCID:PMC7478747
- 38. Piontek A, Szeja J, Błachut M, Badura-Brzoza K. Sexual problems in the patients with psychiatric disorders. *Wiad Lek*. 2019;72(10):1984-8. PMID:31982027
- 39. Lew-Starowicz M, Lewczuk K, Nowakowska I, Kraus S, Gola M. Compulsive sexual behavior and dysregulation of emotion. *Sex Med Rev*. 2020;8(2):191-205. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.10.003> PMID:31813820
- 40. Stefanou MI, Vittore D, Wolz I, Klingberg S, Wildgruber D. Recurrent episodes of paraphilic behavior possibly associated with olanzapine and aripiprazole treatment in a patient with schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2020;11:318. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00318> PMID:32425825 - PMCID:PMC7212450
- 41. Malandain L, Blanc JV, Ferreri F, Thibaut F. Pharmacotherapy of sexual addiction. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22(6):30. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01153-4> PMID:32377953
- 42. Wallace SL, Miller LD, Mishra K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019;31(6):485-93. <https://doi.org/10.1097/gco.0000000000000584> PMID:31609735
- 43. Barbieri Filho A. Um caso de ejaculação retardada em um paciente com TAG e TOC. *Rev Bras Sex Humana*. 2020;31(2):64-8. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v31i2.676>

44. Mestre-Bach G, Potenza MN. Current understanding of compulsive sexual behavior disorder and co-occurring conditions: what clinicians should know about pharmacological options. *CNS Drugs*. 2024;38(4):255-65. <https://doi.org/10.1007/s40263-024-01075-2> PMID:38485889
45. Hallward A, Ellison JM. *Antidepressants and sexual function*. London: Harcourt Health Communications; 2001.
46. Montejo AL, Montejo L, Baldwin DS. The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World Psychiatry*. 2018;17(1):3-11. <https://doi.org/10.1002/wps.20509> PMID:29352532 - PMCID:PMC5775119
47. Mété D, Dafreville C, Paitel V, Wind P. Aripiprazole, jeu pathologique et sexualité compulsive. *Encephale*. 2016;42(3):281-3. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.01.003> PMID:26923999
48. Chen LW, Chen MY, Chen KY, Lin HS, Chien CC, Yin HL. Topiramate-associated sexual dysfunction: a systematic review. *Epilepsy Behav*. 2017;73:10-7. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.05.014> PMID:28605628
49. Yang Y, Wang X. Sexual dysfunction related to antiepileptic drugs in patients with epilepsy. *Expert Opin Drug Saf*. 2016;15(1):31-42. <https://doi.org/10.1517/14740338.2016.1112376> PMID:26559937
50. Elnazer HY, Sampson A, Baldwin D. Lithium and sexual dysfunction: an under-researched area. *Hum Psychopharmacol*. 2015;30(2):66-9. <https://doi.org/10.1002/hup.2457> PMID:25619161
51. Reis RM, Angelo AG, Sakamoto AC, Ferriani RA, Lara LA. Altered sexual and reproductive functions in epileptic men taking carbamazepine. *J Sex Med*. 2013;10(2):493-9. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02951.x> PMID:23057419
52. Heare MR, Barsky M, Faziola LR. A case of mania presenting with hypersexual behavior and gender dysphoria that resolved with valproic acid. *Ment Illn*. 2016;8(2):6546.

<https://doi.org/10.4081/mi.2016.6546> PMID:27994833 -
PMCID:PMC5136748

- 53. Savard J, Öberg KG, Chatzittofis A, Dhejne C, Arver S, Jokinen J. Naltrexone in compulsive sexual behavior disorder: a feasibility study of twenty men. *J Sex Med.* 2020;17(8):1544-52. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.04.318> PMID:32532705
- 54. Verholleman A, Victorri-Vigneau C, Laforgue E, Derkinderen P, Verstuyft C, Grall-Bronnec M. Naltrexone use in treating hypersexuality induced by dopamine replacement therapy: impact of OPRM1 A/G polymorphism on its effectiveness. *Int J Mol Sci.* 2020;21(8):3002. <https://doi.org/10.3390/ijms21083002> PMID:32344532 - PMCID:PMC7215378
- 55. Mohseni Rad H, Zahirian Moghadam T, Hosseinkhani A, Nima Soluki N, Amani F. Comparison of dapoxetine /tadalafil and paroxetine/tadalafil combination therapies for the treatment of the premature ejaculation: a randomized clinical trial. *Urol J.* 2021;19(2):138-43. <https://doi.org/10.22037/uj.v18i.6644> PMID:34773634
- 56. Yogarajah M, Mula M. Sexual dysfunction in epilepsy and the role of anti-epileptic drugs. *Curr Pharm Des.* 2017;23(37):5649-61. <https://doi.org/10.2174/1381612823666171004115230> PMID:28982319