



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Perturbações Parafílicas no séc. XXI

Ana Rita Ribeiro Caldeano

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Mestre Juliana Nunes

Covilhã, maio de 2016

Dedicatória

Aos meus pais e ao meu irmão.

Agradecimentos

Aos meus pais, irmão e restante família, pelo apoio e amor incondicional, pelo orgulho demonstrado nos mais pequenos passos e por toda a dedicação e força de vontade que me permitiram chegar até aqui.

Ao Francisco Fernandes, pelo amor e paciência inquestionáveis e por acreditar sempre no meu valor.

Aos meus amigos das Caldas da Rainha, por estarem sempre presentes. Às amigas da Covilhã, por se tornarem a minha segunda família e por toda a amizade que tornou este percurso ainda melhor.

À Mestre Juliana Nunes, orientadora deste projeto, por ter aceite, desde logo, com entusiasmo e disponibilidade o convite e, ainda, por todas as críticas, sugestões e ensinamentos.

À Faculdade de Ciências da Saúde, pela excelente formação médica.

À Covilhã, por me ter acolhido tão bem.

Resumo

O termo Parafilia refere-se a preferências e condutas sexuais que se desviam do que é geralmente aceite por determinada sociedade num dado momento histórico-cultural. Traduz-se em práticas que incluem o uso de objetos não-humanos, imposição de humilhação e sofrimento sexual ou envolvimento não consensual de parceiros sexuais. Uma Perturbação Parafílica é uma parafilia que, no presente, causa mal-estar ou dano não só ao próprio, mas também a terceiros, pois estes comportamentos excluem ou prejudicam o outro, afetando as relações sociais.

As parafilias são praticadas apenas por uma pequena percentagem da população mundial. No entanto, os casos normalmente só são relatados em caso de ser procurado tratamento ou caso existam complicações de foro legal, pelo que se acredita que a prevalência seja superior ao número de casos diagnosticados.

Apesar de já existirem alguns tipos de parafilia listados, têm aparecido novas formas de prática desta Perturbação, associadas principalmente ao uso das novas tecnologias, como a internet.

Deste modo, esta monografia tem por objetivos: 1- Abordar o conceito de parafilias e as suas formas de apresentação; 2- Identificar estratégias terapêuticas; 3- Contextualizar as parafilias ao longo do tempo; 4- Analisar a influência das novas tecnologias nas parafilias.

A metodologia irá consistir na pesquisa de artigos originais e de revisões referentes ao tema em bases de dados indexadas e na consulta de bibliografia de autores de referência.

Palavras-chave

Internet; novas tecnologias; parafilia; perturbação parafílica; sexologia.

Abstract

The term Paraphilia refers to sexual preferences and conducts that divert from what is generally accepted for a certain society in a given historic and cultural period. It demonstrates as practices that involve the use of non-human objects, mandatory humiliation and sexual suffering or non-consensual involvement of sexual partners.

A Paraphilic Disorder is a paraphilia which, presently, causes uneasiness and damages not only the patient but also others, as these behaviours exclude or damage the other affecting the patient's social relationships.

Paraphilias are only practiced by a small percentage of the world's population. However, the cases are only reported if there's a search for treatment or if there are any legal complications. By which is believed that the prevalence is higher than the number of diagnosed cases.

Although there are already a few paraphilia types registered, new forms of practice of this disturbance are emerging, mainly associated to the use of new technologies, as the Internet.

Therefore this monography has the following objectives: 1- Approach the concept of paraphilic disorders and its presentation forms; 2- Identify therapeutic strategies; 3- Perform a time frame regarding paraphilias; 4- Analyse the influence that the new technologies have in paraphilic disorders.

The methodology will consist in researching original articles and revisions concerning the subject, indexed data bases and searching referenced author's bibliography.

Keywords

Internet; New technologies; Paraphilia; Paraphilic disorder; Sexology.

Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Palavras-chave	iv
Abstract.....	v
Keywords	v
Índice	vi
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Acrónimos.....	x
Capítulo 1: Introdução	1
1.1 Introdução.....	1
1.2 Objetivos	2
1.3 Métodos	2
Capítulo 2: Perturbações Parafílicas	4
2.1 Etiologia	5
2.2 Tipos de Perturbações Parafílicas.....	6
2.2.1 Perturbação de Fetichismo	7
2.2.2 Perturbação de Travestismo.....	8
2.2.3 Perturbação de Exibicionismo.....	9
2.2.4 Perturbação de Voyeurismo	10

2.2.5	Perturbação de Masoquismo Sexual	11
2.2.6	Perturbação de Sadismo Sexual.....	11
2.2.7	Perturbação de Frotteurismo.....	12
2.2.8	Perturbação de Pedofilia.....	13
2.2.9	Perturbação com outra especificação	13
2.3	Diagnóstico e Comorbilidades	14
2.3.1	Questionários.....	14
2.3.2	Exames laboratoriais.....	15
2.3.3	Pletismografia peniana	15
2.3.4	Tempo de reação visual	15
2.4	Diagnóstico diferencial	15
2.5	Tratamento	16
2.5.1	Psicoterapia	17
2.5.2	ISRS.....	17
2.5.3	Agentes antiandrogénicos.....	18
2.5.3.1	Antiandrogénios esteroides.....	18
2.5.3.2	Análogos da GnRH	19
Capítulo 3:	Século XXI.....	21
3.1	Influências das novas tecnologias	21
Capítulo 4:	Conclusões e Perspectivas Futuras	24
4.1	Perspetivas Futuras.....	25
Referências	bibliográficas.....	27

Lista de Figuras

Figura 1 - Classificação das Perturbações Parafílicas segundo o DSM-5.....	7
Figura 2 - Algoritmo do tratamento farmacológico das parafilias.....	20

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Fetichismo segundo o DSM-5	8
Tabela 2 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Travestismo segundo o DSM-5	9
Tabela 3 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Exibicionismo segundo o DSM-5	9
Tabela 4 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Voyeurismo segundo o DSM-5.....	10
Tabela 5 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Masoquismo Sexual segundo o DSM-5 .	11
Tabela 6 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Sadismo Sexual segundo o DSM-5	12
Tabela 7 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Frotteurismo segundo o DSM-5	12
Tabela 8 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Pedofilia segundo o DSM-5	13

Lista de Acrónimos

DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
APA	Associação Americana de Psiquiatria
DHT	Dihidrotestosterona
FSH	Hormona folículo-estimulante
LH	Hormona luteinizante
PRL	Prolactina
CID	Classificação Internacional de Doenças
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
ISRS	Inibidores seletivos da recaptção da serotonina
GnRH	Hormona libertadora de gonadotrofina
MPA	Acetato de medroxiprogesterona
CPA	Acetato de ciproterona

Capítulo 1: Introdução

1.1 Introdução

A intimidade e a sexualidade são fenómenos universais, influenciados fortemente por orientações pessoais e fantasias. No entanto, as atitudes relativas a esses fenómenos são influenciadas pelas sociedades e pelas culturas, que determinam quais os comportamentos e as condutas consideradas normais ou anormais.

Os comportamentos desviantes, que antigamente eram conhecidos como desvios ou perversões sexuais, surgem atualmente como parafilias (do grego *para* - “fora de” e de *philia* - “amor”) que são caracterizadas por uma excitação sexual recorrente e intensa por objetos ou atividades atípicas, manifestado em fantasias ou comportamentos sexuais ao longo de pelo menos seis meses. No entanto, segundo a última edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) publicada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 2013, há uma distinção entre as parafilias e as perturbações parafilicas, sendo que as últimas são parafilias que causam impacto na saúde e/ou vida relacional do indivíduo ou dano a terceiros, seja por causar sofrimento/lesão ou por envolver pessoas incapazes de dar consentimento legal. As perturbações parafilicas são consideradas como doenças mentais e requerem intervenção clínica.⁽¹⁾

Apesar de ainda serem um tema tabu, as parafilias têm despertado interesse e curiosidade desde o princípio da humanidade. De acordo com dados históricos, já havia, na Bíblia, referências a algumas parafilias que eram prevalentes e proibidas na época, como o travestismo, o voyerismo, a zoofilia, o exibicionismo e a necrofilia.⁽²⁾ Também na Grécia antiga começaram os primeiros estudos do comportamento sexual humano, por Hipócrates, Platão e Aristóteles.

Mais tarde, nos séculos XVI a XVIII, os manuscritos gregos e romanos passaram a ser leitura nas escolas médicas estimulando a investigação anatómica. No século XVIII, a “perversão” passa a ser domínio do campo médico e iniciam-se as discussões sobre a ética e o comportamento sexual.

No final do século XIX, Richard von Krafft-Ebing, psiquiatra alemão, integrou as perversões no domínio da psiquiatria. Foi considerado o iniciador da classificação e sistematização das variantes proibidas do desejo sexual, registando, na sua obra “Psicopatias sexuais”, os termos sadismo, masoquismo e fetichismo. Henry Ellis, médico e psicólogo britânico, estudou também a sexualidade humana, defendendo a homossexualidade e estudando a psicologia dos

transsexuais. Em 1905, Sigmund Freud, médico austríaco, publicou “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, defendendo que a perversão estava presente entre pessoas saudáveis e que uma atitude sexual madura e normal começava na infância.⁽³⁾

Durante o século XX, continuaram a surgir novos termos e novos estudos, e em 1952, a APA publicou a primeira edição do DSM, onde incluía as condutas sexuais desviantes nos distúrbios de personalidade psicopática. Na terceira edição do mesmo manual, as parafílicas passaram a integrar os distúrbios psicosexuais e na quarta edição o diagnóstico requeria que o indivíduo atuasse em função das suas fantasias parafílicas ou que estas lhe causassem transtorno. Atualmente está em vigor a definição do DSM-V, referida acima. Mas como a sexologia é um estudo de ideologias e depende de vários fatores, têm surgido novas parafílicas ou estas têm-se transformado devido a mudanças nas sociedades e nas épocas, como por exemplo o surgimento das novas tecnologias.

Apesar de haver pouca informação relativamente à incidência, distribuição e curso das parafílicas, tanto os médicos psiquiatras, como os médicos de outras especialidades, devem estar aptos para reconhecer estes distúrbios, pois estão por vezes acompanhados de outras morbilidades, afetam a vida do indivíduo e dos outros, podendo levar a situações criminais.

1.2 Objetivos

O principal objetivo desta dissertação é criar, através de uma revisão bibliográfica, um documento que facilite aos profissionais de saúde a compreensão das perturbações parafílicas, o seu reconhecimento e as principais formas de intervenção clínica, de uma forma rápida e fácil, e também dar a conhecer a influência do surgimento das novas tecnologias nestas perturbações.

Desse modo, neste trabalho, primeiramente será feita uma abordagem do conceito de perturbações parafílicas e as suas diferentes formas de apresentação, das estratégias diagnósticas e dos esquemas terapêuticos utilizados. De seguida, será analisado o efeito provocado pelas novas tecnologias nas parafílicas.

1.3 Métodos

A metodologia utilizada para a pesquisa bibliográfica foi a procura de artigos originais e de revisão em programas de pesquisa na internet, tais como *PubMed* e *B-on*, com as seguintes palavras-chave: “INTERNET”, “PARAPHILIA”, “PARAPHILIC DISORDERS”, “PERTURBAÇÃO PARAFÍLICA”, “SEXUALITY”.

A pesquisa foi feita no período compreendido entre setembro de 2015 e março de 2016, não tendo havido limitações na pesquisa, selecionando-se os artigos mais importantes a cada parte do trabalho. Houve também recurso a bibliografia pertinente de autores de referência.

Foram selecionados trabalhos em português e inglês, publicados desde o ano 1998 até 2016.

Capítulo 2: Perturbações Parafílicas

Segundo o DSM-5, as parafilias passam a ser consideradas práticas sexuais atípicas, de grau não patológico, a menos que os sintomas se traduzam em mal-estar no ramo pessoal, interpessoal ou socioprofissional para o indivíduo ou outrem, passando a ser denominadas Perturbações Parafílicas e detendo um grau patológico.⁽⁴⁾

Deste modo, o diagnóstico destes distúrbios, segundo o DSM-5, implica a presença dos comportamentos, impulsos e fantasias sexuais durante pelo menos seis meses, bem como a resposta obrigatória a dois critérios, sendo estes, o Critério A que é referente à natureza qualitativa da parafilia e o Critério B que é referente às consequências negativas da parafilia.^(1,5)

Existem vários tipos de perturbações parafílicas que podem ser referentes à atividade erótica do indivíduo ou relacionados com objetos eróticos. Estes distúrbios psiquiátricos afetam quase exclusivamente o sexo masculino, com exceção da perturbação de Masoquismo Sexual em que há alguma prevalência feminina (*ratio* masculino:feminino aproximadamente 30:1).

A prevalência mundial, apesar de não ser bem conhecida, é reduzida mas, acredita-se que esta poderá ser superior ao número de casos diagnosticados, pois estes apenas são relatados em contextos forenses, criminais ou clínicos. As parafilias que são mais prevalentes na população são: Sadismo Sexual, Masoquismo Sexual e Fetichismo; em termos criminais, há uma maior incidência de Pedofilia, Voyeurismo e Exibicionismo, que podem acarretar consequências legais e ser punidos pela lei.^(5,6)

Estima-se que entre um terço a metade das perturbações parafílicas tem início na adolescência ou início da idade adulta, sendo por vezes confundidos com a curiosidade sexual inerente aos adolescentes. Segundo *Abel et al.*, entre os adultos diagnosticados com parafilias, cerca de 42% reportou excitação sexual desviante aos 15 anos e cerca de 57% aos 19 anos. As parafilias podem diminuir ou aumentar ao longo do tempo, sendo que costumam diminuir com a idade e aumentar em situações de stresse e ansiedade. Os indivíduos que sofrem destas perturbações podem ter mais do que um tipo de parafilia concomitantemente, ou seja, sofrer de polimorfismo parafílico.^(4,7)

Ao longo deste capítulo, serão abordados os tipos mais frequentes de perturbações parafílicas e ainda a sua etiologia, critérios de diagnóstico e exames complementares, comorbilidades associadas e estratégias terapêuticas.

2.1 Etiologia

O comportamento sexual humano, associado à preservação da espécie e ao complexo comportamento social e à sua expressão emocional, baseia-se no desenvolvimento neuro-hormonal que se inicia no útero, prolongando-se pela puberdade, onde as condutas sexuais são maioritariamente experimentais e exploratórias e o surgimento das hormonas sexuais leva à procura da gratificação sexual. Por vezes, certos indivíduos têm comportamentos que se desviam da norma, originando as perturbações parafílicas.⁽⁸⁾

Desde a antiguidade que existem relatos históricos de comportamentos parafílicos e vários estudos científicos têm contribuído para um melhor esclarecimento dos mecanismos etiológicos subjacentes. Todavia, até hoje, a etiologia das Perturbações Parafílicas não é claramente compreendida. São propostas diversas teorias baseadas em diferentes fatores, sendo estes sociais e culturais, aprendizagem cognitiva-comportamental, hereditariedade, neurobiologia e neuroanatomia.

De acordo com a teoria da aprendizagem, muitos aspetos dos comportamentos sexuais humanos e dos desvios observados nas perturbações parafílicas resultam dos processos de modelagem e aprendizagem influenciados por fatores culturais, sociais, familiares e eventos da vida, como experiências negativas ou abuso sexual durante a infância e vitimização sexual.⁽⁹⁾ O modelo baseado na aprendizagem cognitivo-comportamental sugere que a escolha de objetos e/ou comportamentos inadequados para a obtenção de gratificação sexual depende das características e experiências pessoais de cada um. A rejeição e as normas da sociedade implicam o secretismo da atividade e dos interesses parafílicos, mas estes são incrementados pelo estabelecer de uma associação entre o prazer sexual e a parafilia. Ao atingir a idade adulta, o indivíduo fica preso à atividade parafílica, conseguindo uma vida sexual satisfatória apenas pela recorrência aos objetos ou atividades atípicas.⁽⁵⁾

Na perturbação de Exibicionismo, teorias psicanalíticas estabeleceram que a etiologia poderá provir da inadequação das fases de namoro ou cortejamento estabelecidas por *Freud*, como a escolha, a aproximação e os contactos físico e genital com o parceiro.⁽⁵⁾

A transmissão familiar das parafilias tem também sido questionada ao longo do tempo. Em 1984, *Gaffney et al.* compararam famílias com pedofilia e relataram que em 18% havia familiares de primeiro grau com comportamentos sexuais desviantes. De acordo com o estudo realizado no Canadá, publicado em 2011 por *Labelle et al.*⁽⁹⁾, constatou-se que as parafilias são influenciados por fatores psicológicos e neurobiológicos, havendo possibilidade de transmissão genética.

Os androgénios, especialmente a testosterona e o seu metabólito dihidrotestosterona (DHT), afetam diversos sistemas (gónadas, cérebro, sistema cardiovascular, sistema imune e sistema

músculo-esquelético) e modulam os sistemas neurotransmissores dopaminérgicos, serotoninérgicos e colinérgicos. DA mesma maneira que o interesse e a atividade sexual aumentam com as concentrações elevadas de testosterona na puberdade e diminuem com as concentrações mais baixas nos idosos, ou seja, a testosterona tem um papel bastante importante na sexualidade masculina, também os comportamentos sexuais alteram os níveis das hormonas sexuais, não apenas da testosterona, mas também da hormona foliculo-estimulante (FSH), da hormona luteinizante (LH) e da prolactina (PRL), o que pode justificar a frequente diminuição dos comportamentos parafílicos com a idade. Apesar da sua importância, os níveis de testosterona geralmente não estão elevados nos indivíduos com perturbação parafílica, mas podem servir como estratificador de risco de violência/agressão ou dos efeitos de tratamento. *Bancroft e Janssen* desenvolveram o modelo de controlo dual, em que descrevem uma interação entre mecanismos excitatórios e inibitórios, sendo que estes últimos são responsáveis por diminuir a resposta sexual em situações de perigo ou desvantajosas, podendo originar comportamentos sexuais desviantes quando não são funcionais. Diversos estudos têm também relatado que as parafilias, especialmente a pedofilia, estão predominantemente relacionadas com disfunções dos lobos frontal e temporal.^(10,11) Em termos neurobiológicos, *Flor-Henry* sugere que o masoquismo poderá resultar de fusão entre os circuitos neuronais da dor e do orgasmo por uma disfunção temporal. Estudos publicados por *Langevin*, propõem que a perturbação de Sadismo Sexual possa estar associada a disfunção no lobo temporal direito.⁽⁵⁾

Apesar das várias teorias existentes, continua a ser uma área bastante explorada, acreditando-se que há uma casualidade múltipla resultante de interações entre fatores genéticos, ambientais, biológicos e psicossociais.

2.2 Tipos de Perturbações Parafílicas ^(1,5)

De acordo como o DSM-5, existem oito entidades com maior prevalência (Fetichismo, Travestismo, Exibicionismo, Voyeurismo, Masochismo Sexual, Sadismo Sexual, Frotteurismo e Pedofilia), as quais serão abordadas nesta secção. No entanto, têm sido identificados muitos tipos de parafilias, sendo essencial um diagnóstico de perturbações parafílicas com outra especificação ou não especificadas.

As perturbações parafílicas dividem-se em dois grupos principais (Fig. 1), um grupo baseado na preferência por atividades anómalas e outro na preferência por objetos anómalos. O primeiro grupo subdivide-se em perturbações de cortejar, incluindo voyeurismo, exibicionismo e frotteurismo, e perturbações algolâgnicas, correspondendo aos comportamentos sadomasoquistas. O segundo grupo inclui perturbações dirigidas a humanos (pedofilia) e a outros objetos (fetichismo e travestismo).

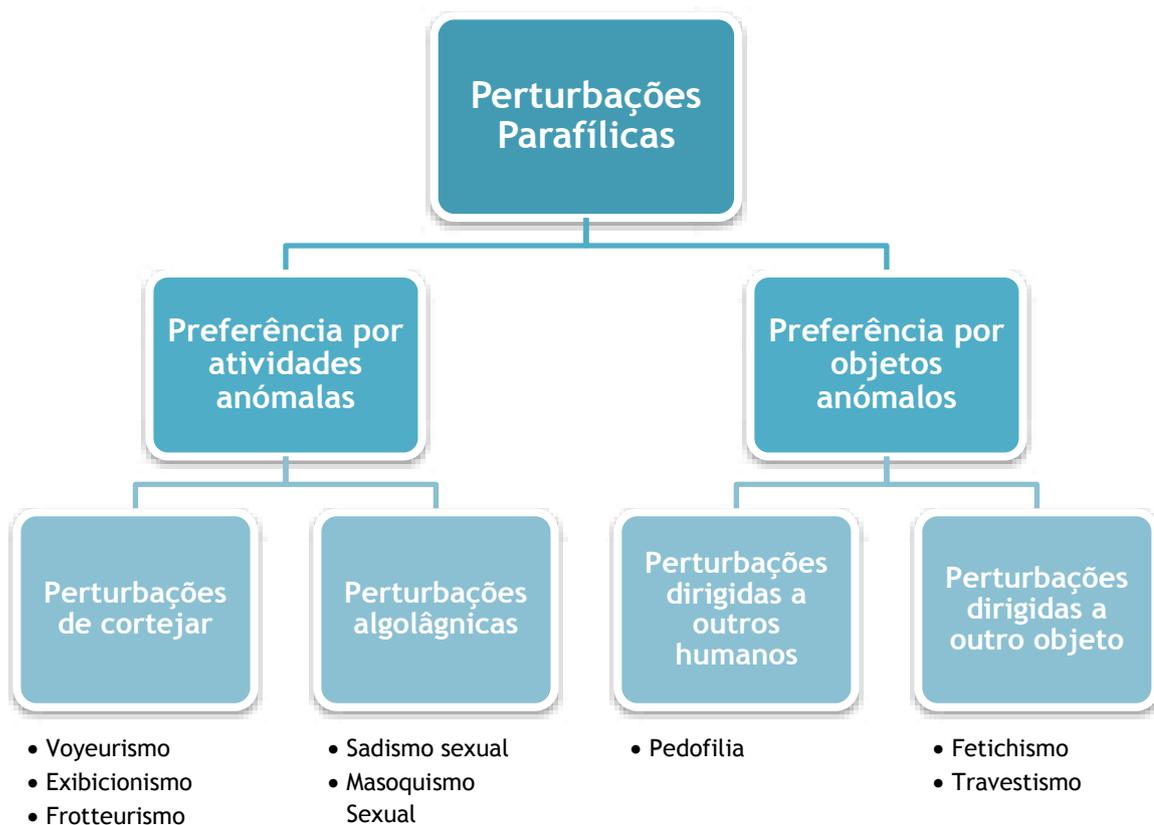


Figura 1- Classificação das Perturbações Parafílicas segundo o DSM-5⁽¹⁾

2.2.1 Perturbação de Fetichismo

Antigamente, os fetiches eram objetos venerados pelos seus poderes mágicos, passando atualmente a designar o desejo sexual por alguma parte do corpo ou pela utilização de objetos sexuais.

A perturbação de Fetichismo é caracterizada pela atração sexual por partes do corpo não-erógenas, por objetos inanimados ou por uma ocorrência de combinação de fetiches e pode ser uma experiência multissensorial (tabela 1).

O fetiche é um objeto necessário à excitação e a sua ausência acarreta a disfunção sexual durante relacionamentos. O perfil característico dos indivíduos fetichistas é tipicamente: sexo masculino, heterossexual e idade média. Estes podem usar o fetiche ou preferir que seja o parceiro a usar.

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Fetichismo segundo o DSM-5⁽¹⁾

Critérios de Diagnóstico	302.81 (F65.0)
A. Excitação sexual, intensa e recorrente quer pelo uso de objetos inanimados quer pelo foco altamente específico em parte(s) do corpo que não os genitais, manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos, durante um período de pelo menos 6 meses.	
B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.	
C. Os objetos fetiches não se limitam a peças de vestuário usadas no travestismo (como na perturbação de travestismo) ou de objetos concebidos especificamente para a estimulação tátil dos genitais (por exemplo, vibrador)	
<i>Especificar:</i>	
Parte(s) do corpo	
Objeto(s) inanimado(s)	
Outro	
<i>Especificar se:</i>	
Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde são restritas as oportunidades para se envolver em comportamentos sexuais fetichistas.	
Em remissão completa. O indivíduo não sentiu mal-estar ou ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.	

2.2.2 Perturbação de Travestismo

No travestismo, a excitação sexual depende das fantasias relacionadas com o uso de roupa do sexo oposto. Geralmente, a primeira experiência travesti, não sexualizada, ocorre na infância, devido ao desenvolvimento duma imagem corporal instável e ao receio de abandono. No entanto, a gravidade da perturbação é atingida na idade adulta, onde entra em conflito com o desempenho social e relacional.

Segundo o DSM-5 (tabela 2), a perturbação de travestismo é muitas vezes acompanhada de fetichismo, recorrendo o indivíduo a objetos inanimados, ou de autoginefilia, onde ocorre excitação por pensamentos ou imagens do próprio como mulher.

Num estudo publicado em 2005⁽¹⁵⁾, suspeita-se que este tipo de parafilia está presente em cerca de 3% da população e que o seu desenvolvimento está relacionado com vitimização sexual na infância ou separação parental.

Tabela 2 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Travestismo segundo o DSM-5⁽¹⁾

Critérios de Diagnóstico	302.3 (F65.1)
A.	Excitação sexual, recorrente e intensa resultante de travestir-se manifestado por fantasias, impulsos ou comportamentos, durante um período de pelo menos 6 meses.
B.	As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
<i>Especificar se:</i>	
Com fetichismo. Se sexualmente excitado por tecidos, matérias e peças de vestuário.	
Com autogineíia. Se sexualmente excitado por pensamentos ou imagens do próprio como mulher.	
<i>Especificar se:</i>	
Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde as oportunidades para se travestir são restritas.	
Em remissão completa. O indivíduo não sentiu mal-estar ou ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.	

2.2.3 Perturbação de Exibicionismo

Os exibicionistas obtêm gratificação sexual pela exposição dos próprios genitais a outros, de forma inesperada. Existem vários subtipos baseados na idade e maturidade física das pessoas a quem o indivíduo se expõe (tabela 3). Com base em atos de exibicionismo, estima-se que a maior prevalência possível se encontre entre 2 a 4% da população geral.

Segundo *Mc Nally et al.*⁽²⁵⁾, 5 a 10% dos indivíduos com perturbação de exibicionismo progridem para contato (*hands-on*) sexual ofensivo, enquanto 25% dos exibicionistas irá recidivar com o mesmo comportamento ou outros comportamentos sem contato (*hands-off*) sexual.

Tabela 3 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Exibicionismo segundo o DSM-5⁽¹⁾

Critérios de Diagnóstico	302.4 (F65.2)
A.	Excitação sexual recorrente e intensa pela exibição dos próprios genitais a um estranho de forma inesperada, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses.
B.	O indivíduo atuou de acordo com estes impulsos sexuais com uma pessoa que não o permite, ou os impulsos sexuais ou fantasias provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.
<i>Especificar se:</i>	
Sexualmente excitado(a) pela exposição dos genitais a uma criança pré-púbere	
Sexualmente excitado(a) pela exposição dos genitais a pessoas fisicamente adultas	
Sexualmente excitado(a) pela exposição dos genitais a uma criança pré-púberes e pessoas	

fisicamente adultas

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde as oportunidades para exibirem os seus genitais são restritas.

Em remissão completa. O indivíduo não atuou de acordo com os seus impulsos com uma pessoa que não o permite e não sentiu mal-estar nem ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.

2.2.4 Perturbação de Voyeurismo

O voyeurismo define-se pela observação não suspeitada de outros indivíduos enquanto estes estão nus, se despem ou se envolvem em atividades sexuais. Os voyeuristas são habitualmente indivíduos discretos e com dificuldades de abordagem do sexo oposto.

Apesar da prevalência desta perturbação ser desconhecida, a prevalência estimada ao longo da vida é aproximadamente 12% para o sexo masculino e 4% para o sexo feminino.

Como na adolescência a curiosidade e atividade sexual aumentam, e para evitar tornar patológico o interesse normal desta fase, os critérios de diagnóstico (tabela 4) especificam que o indivíduo deve ter pelo menos 18 anos.

Tabela 4 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Voyeurismo segundo o DSM-5⁽¹⁾

Critérios de Diagnóstico	302.82 (F65.3)
A. Excitação sexual recorrente e intensa pela observação, insuspeitadamente, de uma pessoa nua, que se está a despir ou envolvida em atividade sexual, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses.	
B. O indivíduo atuou de acordo com estes impulsos sexuais com uma pessoa que não o permite, ou os impulsos sexuais ou fantasias provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.	
C. O indivíduo que sente excitação e/ou atuou de acordo com os impulsos tem pelo menos 18 anos.	

Especificar se:

Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde as oportunidades para se envolverem em comportamentos voyeurísticos são restritas.

Em remissão completa. O indivíduo não atuou de acordo com os seus impulsos com uma pessoa que não o permite e não sentiu mal-estar ou não ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.~

2.2.5 Perturbação de Masoquismo Sexual

A excitação sexual decorrente de qualquer forma de sofrimento é denominada por masoquismo, termo que deriva de Leopold Sacher-Masoch e supõe a submissão ao parceiro.

As maiores consequências funcionais da perturbação do masoquismo sexual derivam de alguns procedimentos eróticos e do subtipo caracterizado nos critérios de diagnóstico (tabela 5), a asfixiofilia, que podem predispor a morte acidental.

Tabela 5 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Masoquismo Sexual segundo o DSM-5⁽¹⁾

Critérios de Diagnóstico	302.83 (F65.51)
A. Excitação sexual recorrente e intensa pelo ato de ser humilhado, agredido, amarrado ou submetido a qualquer outro sofrimento, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses.	
B. As fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.	
<i>Especificar se:</i>	
Com asfixiofilia. Se o indivíduo se envolve na prática de obter excitação sexual através da restrição da respiração.	
<i>Especificar se:</i>	
Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde são restritas as oportunidades para se envolver em comportamentos sexuais masoquistas.	
Em remissão completa. Não houve mal-estar nem ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.	

2.2.6 Perturbação de Sadismo Sexual

O sadismo sexual, ou seja, o interesse sexual por inculir sofrimento físico ou psicológico em outras pessoas, é frequentemente praticado com consentimento por parceiros masoquistas. Quando a prática não é consentida ou causa mal-estar (critério B dos critérios de diagnóstico, tabela 6), considera-se que o indivíduo possui uma perturbação de Sadismo Sexual.

Embora normalmente exista uma predominância do papel dominante ou submisso, isto é, sadista ou masoquista, existem indivíduos que apresentam os dois.

Tabela 6 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Sadismo Sexual segundo o DSM-5⁽¹⁾

Critérios de Diagnóstico	302.84 (F65.52)
A. Excitação sexual recorrente e intensa a partir do sofrimento físico ou psicológico de outra pessoa, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses.	
B. O indivíduo atuou de acordo com estes impulsos sexuais com uma pessoa que não o permite, ou os impulsos sexuais ou fantasias provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.	
<i>Especificar se:</i>	
Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde são restritas as oportunidades para se envolver em comportamentos sexuais sadistas.	
Em remissão completa. O indivíduo não atuou de acordo com os seus impulsos com uma pessoa que não o permite e não sentiu mal-estar nem ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.	

2.2.7 Perturbação de Frotteurismo

A perturbação frotteurística, praticada normalmente em locais sobrelotados, consiste na excitação sexual por tocar ou roçar numa pessoa sem o seu consentimento, apesar de por vezes o frotteurista fantasiar que o ato é consentido.

Como todas as perturbações aparece normalmente na adolescência, dificultando a distinção com comportamento sem motivação sexual. Comportamentos frotteurísticos podem ocorrer em até 30% da população masculina e são observados em cerca de 10-14% dos homens observados em contexto clínico por perturbação parafílica ou hipersexualidade.

Tabela 7 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Frotteurismo segundo o DSM-5⁽¹⁾

Critérios de Diagnóstico	302.89 (F65.81)
A. Excitação sexual recorrente e intensa por tocar ou roçar uma pessoa que não o permite, manifestada por fantasias, impulsos ou comportamentos, por um período de pelo menos 6 meses.	
B. O indivíduo atuou de acordo com estes impulsos sexuais com uma pessoa que não o permite, ou os impulsos sexuais ou fantasias provocam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento.	
<i>Especificar se:</i>	
Em ambiente controlado. Este especificador aplica-se, em primeiro lugar, a indivíduos que vivem em instituições ou noutros contextos onde são restritas as oportunidades para tocar ou roçar uma pessoa que não o permite.	
Em remissão completa. O indivíduo não atuou de acordo com os seus impulsos com uma pessoa que não o permite e não sentiu mal-estar nem ocorreram défices social, ocupacional ou noutras áreas do funcionamento durante pelo menos 5 anos quando em ambiente não controlado.	

2.2.8 Perturbação de Pedofilia

A pedofilia, critério necessário mas não suficiente para a perturbação pedofílica (tabela 8), resulta do envolvimento sexual fantasiado ou efetuado com crianças pré-púberes.

Segundo DSM-5, é requerida uma idade mínima de 16 anos e uma diferença de 5 anos da criança. São também subespecificados os tipos de perturbação quanto ao padrão sexual, ao género e ao relacionamento com a vítima.

Caracteristicamente, o perfil do pedófilo faz referência a indivíduos do sexo masculino, casados, rígidos e autoritários e com dificuldade de relacionamento. Estima-se que a prevalência mais elevada seja aproximadamente 3-5%.

Tabela 8 - Critérios de diagnóstico da Perturbação de Pedofilia segundo o DSM-5⁽¹⁾

Critérios de Diagnóstico	302.2 (F65.4)
A. Fantasias sexualmente excitantes, impulsos sexuais ou comportamentos, recorrentes e intensos envolvendo atividade sexual com uma criança ou crianças pré-púberes (geralmente com 13 anos ou menos) por um período de pelo menos 6 meses.	
B. O indivíduo atuou de acordo com estes impulsos sexuais, ou os impulsos sexuais ou as fantasias provocam intenso mal-estar ou dificuldades interpessoais.	
C. O indivíduo tem pelo menos 16 anos e é pelo menos 5 anos mais velho do que a criança ou crianças do critério A.	
Nota: Não incluir um indivíduo no final da adolescência envolvido num relacionamento sexual continuado com uma criança de 12 ou 13 anos.	
<i>Especificar se:</i>	
Tipo exclusivo (atraído apenas por crianças)	
Tipo não exclusivo	
<i>Especificar se:</i>	
Sexualmente atraído pelo sexo masculino	
Sexualmente atraído pelo sexo feminino	
Sexualmente atraído por ambos os sexos	
<i>Especificar se:</i>	
Limitada ao incesto	

2.2.9 Perturbação com outra especificação

Este grupo diagnóstico diz respeito a apresentações parafílicas que causam mal-estar clinicamente significativo ou défices de funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas, mas não satisfazem o critério para nenhuma das categorias especificadas acima. Existem alguns tipos de parafilias que se enquadram neste grupo e que podem ser

especificadas, como a escatologia telefónica (caracterizada por repetitivas chamadas telefónicas a vítimas inocentes durante o qual estas são expostas a conteúdo sexual ou obsceno evidente)⁽¹²⁾, a necrofilia (referente à excitação sexual por relações sexuais com cadáveres; existem duas variações de necrofilia, a autonecrofilia e a pseudonecrofilia)⁽¹³⁾, a zoofilia (ato ou fantasia de se envolver em atividade sexual com animais, onde o animal pode ser o objeto da relação sexual ou pode ser treinado para excitar sexualmente o parceiro humano; com o decorrer do tempo, o animal passa a ser o estímulo sexual mais prevalente)⁽¹⁴⁾, a coprofilia (fezes), a urofilia (urina), clismania (enemas), infantilismo (agir como um bebé), entre outras.

2.3 Diagnóstico e Comorbilidades

As parafilias tendem a ocorrer simultaneamente, no mesmo indivíduo, e estão também associadas com elevados níveis de comorbilidades psiquiátricas, como distúrbios depressivos, afetivos, bipolares e de ansiedade; perturbações de controlo de impulsos, de abuso de substâncias e de comportamento; perturbação antissocial da personalidade; hipersexualidade; entre outras. Estes distúrbios podem levar a erros de diagnóstico, sendo necessário um excelente diagnóstico das perturbações parafílicas, com recurso a diagnóstico diferencial.⁽¹⁾

O diagnóstico das perturbações parafílicas pode usar duas classificações, o DSM referido ao longo da dissertação, ou a Classificação Internacional de Doenças (CID), listada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e adotada pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS). Ambas as classificações incluem a mesma lista de parafilias, exceto pela perturbação frotteurística não mencionada separadamente na CID.^(4,16)

Como referido acima, para estabelecer o diagnóstico de perturbação parafílica têm que ser satisfeitos dois critérios, tendo em conta a natureza e as consequências negativas de cada parafilia. Desse modo, o diagnóstico assenta numa história clínica psiquiátrica, com a utilização de questionários para caracterizar a história sexual e a intensidade do interesse e comportamento sexual, e num exame físico detalhado, para discriminar outras perturbações psiquiátricas ou condições médicas.^(1,5,6)

2.3.1 Questionários

Os questionários são um método diagnóstico que permite questionar sobre os pensamentos, interesses e comportamentos sexuais, sem que o questionado se sinta relutante em responder pessoalmente. Existem diversos tipos, incluindo: Questionário multidimensional do

desenvolvimento, sexo e agressão; Questionário de sexo multifásico; Questionário da história sexual de Clarke; e Questionário da história sexual de Bradford.

2.3.2 Exames laboratoriais

A avaliação laboratorial deve incluir, além dos perfis normais de análises, o doseamento sérico das hormonas sexuais (testosterona, FSH, LH, PRL, estradiol e progesterona), cujas alterações podem associar-se a anomalias do desejo sexual.

A obtenção das doses hormonais é também relevante, pois estabelece um nível basal para a monitorização do tratamento hormonal, caso este seja necessário.

2.3.3 Pletismografia peniana

A pletismografia peniana ou falometria é realizada no sexo masculino e consiste na medição da tumescência peniana em resposta a estímulos visuais de comportamentos normofílicos e parafílicos, sugerindo a presença de interesse na parafilia com a ocorrência de ereção ao visualizar as imagens correspondentes.

Apesar de alguma efetividade, é um exame diagnóstico caro e incómodo, pelo que se torna difícil a sua realização.

2.3.4 Tempo de reação visual

Neste tipo de exame, o indivíduo é exposto a um grupo de imagens de homens e mulheres, de diversas idades e em diferentes circunstâncias, e é medido o tempo de visualização das diferentes categorias, que é utilizado como medida de interesse sexual.

2.4 Diagnóstico diferencial

Devido às diversas comorbidades dos doentes psiquiátricos, pelo facto de as perturbações parafílicas terem semelhanças com comportamentos de controlo ou de compulsão-obsessão e por algumas condições médicas aumentarem a impulsividade e a agressividade, o diagnóstico das perturbações parafílicas torna-se um desafio, obrigando ao diagnóstico diferencial com diversos distúrbios que também ocorrem como comorbidades (outras perturbações

parafílicas, distúrbios depressivos, afetivos, bipolares e de ansiedade, perturbações de controlo de impulsos, de abuso de substâncias e de comportamento, perturbação antissocial da personalidade).

Em algumas perturbações parafílicas, o diagnóstico diferencial inclui outros distúrbios psiquiátricos mais específicos, como é o caso tanto da perturbação de travestismo, em que alguns casos progridem para disforia de género havendo uma redução ou até eliminação da excitação sexual associada, como da perturbação de fetichismo, que deve ser diferenciada com perturbação de travestismo ou outras perturbações parafílicas e com comportamento fetichista sem perturbação, ou seja, que não apresenta qualquer mal-estar ou défice de funcionamento psicossocial (critério B do diagnóstico).

2.5 Tratamento ^(17,18,21-24)

Os doentes com perturbações parafílicas normalmente só procuram tratamento quando se encontram em rutura nas relações com parceiros, família, sociedade ou se existirem complicações de foro legal, pois muitos deles não consideram as suas fantasias sexuais como stressantes ou ego-distónicas.

Os objetivos principais do tratamento das perturbações parafílicas são controlar os comportamentos e fantasias associados, reduzir o risco de crimes sexuais, diminuir o nível de angústia e melhorar a qualidade de vida do indivíduo parafílico. Devem ser tidas em conta considerações éticas aquando do tratamento, como permitir que os doentes tenham uma vida sexual normal e que os efeitos secundários da terapêutica sejam mínimos.

Apesar de existirem diversas controvérsias sobre o tratamento, vários estudos têm sugerido diferentes opções terapêuticas que dependem essencialmente da história médica anterior, da adesão à medicação, da intensidade das parafilias e do risco de violência sexual.

A evolução do tratamento é mais favorável quando há presença de alguma atividade normofílica, ego-distonía e motivação para a mudança. Por oposição, o tratamento pode ser influenciado negativamente pela idade precoce de início, frequência elevada de comportamentos parafílicos e ausência de sentimentos de culpa ou vergonha.⁽⁴⁾

Anteriormente a qualquer tipo de tratamento, os profissionais de saúde mental devem examinar cuidadosamente cada indivíduo para identificar a perturbação parafílica, o número e tipo de parafilias e a resposta a tratamentos anteriores, para que o tratamento seja adaptável e individualizado.

Ao longo de vários estudos, os tratamentos preconizados foram a psicoterapia e três grandes classes de medicamentos, sendo estes: inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), antiandrogénios esteroides e análogos da hormona libertadora de gonadotrofina (GnRH).

2.5.1 Psicoterapia

Nas últimas décadas, a psicoterapia tornou-se um componente importante para o tratamento das parafilias, levando ao desenvolvimento de variadas técnicas de aprendizagem com o objetivo de reduzir os impulsos sexuais desviantes. Recondicionamento orgásmico e masturbatório, saciedade masturbatória, sensibilização dissimulada e incorporação como meta são algumas das técnicas que reduzem ou bloqueiam a excitação sexual desapropriada e, por sua vez, estimulam uma resposta excitatória a temas não desviantes. Técnicas cognitivo-comportamentais (pró-sociabilização e competências sociais, assertividade, relaxamento e gestão de raiva) são também usadas para auxiliar a reestruturação cognitiva e o estabelecimento de empatia pelas vítimas.^(6,19,20)

2.5.2 ISRS

Os efeitos sexuais da serotonina são dependentes do tipo de recetor 5-HT_{1A} ou 5-HT_{2C}, isto é, a ativação do primeiro acelera a ejaculação, enquanto a ativação do segundo a inibe. Os ISRS têm a capacidade de reduzir a libido, o orgasmo e a ejaculação, através da atuação sobre os recetores 5-HT₂.

Estes inibidores têm mostrado grande eficácia clínica no tratamento das perturbações parafílicas, através de quatro principais mecanismos de ação: inibição do interesse sexual, diminuição da impulsividade, redução de sintomas obsessivos/compulsivos e tratamento de sintomas depressivos, sendo recomendados no tratamento de parafilias moderadas, perturbações parafílicas em jovens e em doentes parafílicos com comorbilidades.

Os dois fármacos mais usados e estudados desta categoria são a fluoxetina e a sertralina, iniciados em baixas doses, que podem ser aumentadas até doses usadas em doentes com perturbação obsessivo-compulsiva. Nos estudos feitos, as doses que se mostraram efetivas foram 20 a 80mg para a fluoxetina e 100 a 200mg para a sertralina.

2.5.3 Agentes antiandrogénicos

Os androgénios, como a testosterona e o DHT, têm influência no comportamento e desejo sexual, sendo que uma redução destes pode ajudar a controlar os impulsos sexuais. Os agentes antiandrogénicos consistem nos antiandrogénios esteroides e nos análogos da GnRH, e são responsáveis por reduzir os níveis de testosterona.

O tratamento com antiandrogénios é também denominado “castração química” pois a concentração de serotonina diminui após algumas semanas até atingir níveis de castração, mas com a vantagem de ser reversível e eticamente aceitável.

Sendo um tratamento hormonal, apenas deve ser utilizado quando é confirmada a presença da perturbação parafílica com risco ou perigo para o próprio ou outros e não existem outras terapias menos intrusivas e quando obtido consentimento informado.

2.5.3.1 Antiandrogénios esteroides

Os antiandrogénios esteroides, como é o caso do acetato de medroxiprogesterona (MPA) e do acetato de ciproterona (CPA), além dos efeitos antiandrogénicos, demonstram também atividade progestativa, reduzindo os níveis de testosterona e DHT através dos efeitos de feedback no eixo hipotálamo-hipófise, que inibem a secreção de GnRH e LH.

O MPA atua por mecanismos distintos: estimulação da testosterona- α -redutase, promovendo a depuração da testosterona a nível hepático; supressão do eixo hipotálamo-hipófise; aumento da ligação da testosterona à globulina, diminuindo os níveis de testosterona funcional; e reduzindo a captação celular de androgénios. Na maioria dos casos, é observada uma redução do comportamento sexual e o desaparecimento das fantasias e dos comportamentos desviantes após um a dois meses de tratamento. No entanto, a testosterona afeta numerosos órgãos do corpo, pelo que são observados efeitos secundários severos. Desse modo, a razão risco-benefício levou a que o uso de MPA fosse abandonado na Europa.

O CPA bloqueia a captação intracelular de testosterona, compete com os androgénios pela ligação aos seus recetores e inibe a secreção de GnRH e LH. Doses orais entre 50 a 300mg/dia e intramusculares entre 300 a 600mg, semanalmente ou quinzenalmente, estão associadas com diminuição das fantasias ou da atividade sexual dentro de quatro a doze semanas.

Tal como o MPA, o CPA tem também alguns efeitos secundários, no entanto os seus efeitos são inteiramente reversíveis um a dois meses após interrupção do tratamento.

2.5.3.2 Análogos da GnRH

Os análogos da GnRH atuam ao nível dos recetores de GnRH da glândula pituitária. Nas primeiras semanas de tratamento, há um aumento dos níveis de testosterona devido ao estímulo de secreção de LH (*flare-up*) pelo que deve ser adicionado CPA ou flutamida (antiandrogénio não esteroide). Após esta estimulação inicial, há dessensibilização dos recetores e diminuição da secreção de LH e FSH, e por sua vez da testosterona até níveis pretendidos, entre duas a quatro semanas.

Deve recorrer-se aos análogos de GnRH nas situações em que os antiandrogénios esteroides não são indicados ou não surtem efeito, ou quando existe um elevado risco de violência sexual. Os três análogos mais usados são triptorrelina, leuprorrelina e goserrelina

Entre os efeitos adversos observados com o uso desta classe terapêutica, a perda mineral óssea é o mais grave, pelo que é necessária uma monitorização com recurso a osteodensitometria bianualmente ou mais frequentemente em caso de osteoporose.

Vários estudos têm demonstrado que a combinação de psicoterapia com terapia farmacológica tem melhores resultados do que a monoterapia. Como é um tema em que ainda há necessidade de muitos estudos, foi criado um algoritmo para auxiliar os clínicos a determinar qual o tratamento adequado para indivíduos com perturbação parafílica, tendo em conta diversos níveis de tratamento. (Fig.2)

Quanto à duração do tratamento, de acordo com a maioria dos autores, para parafilias severas com alto risco de violência sexual associado é necessária a duração mínima de dois a cinco anos, enquanto que para doentes com parafilias moderadas, o tratamento deve ser mantido por pelo menos dois anos. No entanto, por ser uma perturbação crónica, pode ser necessário tratamento ao longo da vida e os doentes devem ser seguidos mesmo após o fim do tratamento para evitar recidivas.

O risco de recidivas pode ser aumentado por vários fatores de risco: comorbilidades, tipo de parafilia (pedofilia com interesse em rapazes), idade precoce de início, história anterior de abuso físico ou sexual. A terapia de prevenção de recidiva consiste em métodos para estimular a capacidade do doente de reconhecer sinais de alerta e identificar situações de risco, de forma a manter um estilo de vida equilibrado e sem recaídas.

Como em outros distúrbios, a prevenção das parafilias tem enorme relevância, principalmente nos tipos de parafilia com implicações legais, no entanto a implementação das medidas preventivas é complicada. A prevenção primária (prevenção do comportamento desviante antes que ele ocorra) não é possível porque a etiologia destes distúrbios ainda não é

conhecida; a prevenção secundária (diagnóstico e tratamento em estádios precoces das perturbações parafílicas) é dificultada pela falha na procura de tratamento; e por fim, a prevenção terciária (redução dos efeitos negativos do distúrbio) é feita apenas em casos de maior violência sexual e crime, como pedofilia, sadismo e exibicionismo.⁽¹⁶⁾

<p>LEVEL 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequate control of paraphilias, sexual fantasies, compulsions and behaviours with no impact on conventional social activity and no sexual abuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapy (individual or couples) behavioural therapy if available (Level 1); in some circumstances the other forms of psychotherapy
<p>LEVEL 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequate control of paraphilias, sexual fantasies, compulsions and behaviours with minor impact on conventional social activity and no sexual abuse • May be treated by an SSRI alone ("block off" paraphilias with low risk of sexual violence or self-harm) without the need of type of psychotherapy • No co-morbidity results at level 1 	<ul style="list-style-type: none"> • SSRIs (serotonin 5HT₂ blocker) at the same level as paroxetine 30-60 mg q.d., fluoxetine 20-40 mg/day or paroxetine 30 mg/day (Level 2)
<p>LEVEL 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequate control of paraphilias, sexual fantasies, compulsions and behaviours with a moderate reduction of conventional social activity and sexual abuse • Therapy as paroxetine with handling the evident psychoses • Paroxetine sexual fantasies without sexual abuse • No co-morbidity results at level 2 after 1-3 weeks of SSRI at high dosage 	<ul style="list-style-type: none"> • Add a low dose antipsychotic (e.g., ziprasidone 40mg or 60 mg b.i.d.) to SSRI (Level 3)
<p>LEVEL 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequate control of paraphilias, sexual fantasies, compulsions and behaviours with a moderate reduction of social activity and abuse • Moderate and high risk of sexual violence versus paroxetine with some evidence handling with limited number of cases • The initial antipsychotic and/or behaviour of paroxetine go to level 3 • Complete paroxetine 6 weeks (or less time if go to level 3) • No co-morbidity results at level 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Once stable, add dosage of ziprasidone 80mg (2x40) or 120mg (3x40) together with low SSRI (20mg) every second or every 2 weeks, or low haloperidol/risperidone 2mg (or 4mg) b.i.d. (2x20 or 4x10) a day (Level 4) • If co-morbidity with anxiety, depression or alcohol, antidepressant, psychotropic, SSRI might be associated with ziprasidone 80mg
<p>LEVEL 5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequate control of paraphilias, sexual fantasies, compulsions and behaviours with an overall complete suppression of sexual desire and activity • High risk of sexual violence and abuse (paraphilia) • Initial antipsychotic treatment (or physical castration) • No co-morbidity or no co-morbidity results at level 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Long acting SSRI agonists, i.e. lurasidone or bupropion (serotonin 5HT₂ antagonist) at 15-20 mg (or every 1 month) (3 and 5) • Antipsychotic levels (symptomatic) may be slowly until to control the SSRI agonist treatment (lurasidone 80 mg/day) • Antipsychotic agonist may be associated with SSRI agonist (lurasidone 80 mg) and haloperidol (or 2mg) the first month of SSRI agonist in previous 60 mg or after and is reduced the higher risk of sexual abuse behaviour associated with the SSRI agonist
<p>LEVEL 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequate control of paraphilias, sexual fantasies, compulsions and behaviours with a complete suppression of sexual desire and activity • Abuse versus paraphilia (castration) cases • No co-morbidity results at level 5 	<ul style="list-style-type: none"> • The castration can treatment, i.e. testosterone agonist - 150-200 mg/day (or 100 or 200 mg every second or every 2 weeks) (or 100 mg haloperidol/risperidone 2mg) (500-600 mg/day) (or 100 mg) not available in addition to SSRI agonist (Level 6) • SSRI may also be added (the level of evidence)

Figura 2 - Algoritmo do tratamento farmacológico das parafilias⁽²⁴⁾

Capítulo 3: Século XXI

3.1 Influências das novas tecnologias

A sexualidade humana, pelo grande interesse público, desde sempre esteve representada e divulgada nos meios de comunicação e informação, desde a pintura e a literatura até à fotografia, à rádio e ao cinema. Nas últimas décadas, o surgimento das novas tecnologias ou tecnologias emergentes da comunicação, como a internet e os dispositivos que permitem a conexão contínua e o acesso às redes sociais, aplicações e blogues, tem tido fortes implicações no relacionamento interpessoal, alterando o desenvolvimento social e as culturas sexuais.⁽²⁶⁾

A internet surgiu para fins de comunicação militar na década de 70, sendo possibilitado o seu uso à população geral em 1990 quando Tim Berners-Lee desenvolveu a *World Wide Web*, que hoje em dia, continua a desenvolver-se, sendo um poderoso meio de comunicação. Esta revolução tecnológica proporcionou a existência de um espaço virtual de interação social com território livre e sem fronteiras, permitindo estar conectado em tempo real e em qualquer altura do dia, dificultando a distinção entre os mundos online e offline. Utilizada por milhões de pessoas em todo o Mundo, a internet é cada vez mais um local de pesquisa, havendo uma grande procura na área da sexologia, que por vezes passa a ser uma atividade central na vida dos indivíduos, ocupando grande parte do seu quotidiano e podendo levar a fixação por preferências parafilicas.^(27,28)

Existem diversos fatores e teorias que explicam o fascínio e fixação pela procura de sexo na internet. *Cooper* (1998) sugeriu que existem três fatores primários: acessibilidade, disponibilidade (*affordability*) e anonimato, denominados de *Triple A Engine*, sendo que a acessibilidade se refere à facilidade com que se recorre à internet e se encontra qualquer tema, a toda a hora e em qualquer momento; a disponibilidade diz respeito aos preços reduzidos e às variadas vias de acesso a sexo grátis; e por fim, o anonimato confere grande poder à sexualidade na internet porque os utilizadores percebem a sua utilização como anónima, sentindo maior liberdade e confiança para interagirem virtualmente. Em 2000, *Young, Cooper et al* desenvolveram uma variante da teoria anterior, a que chamaram o Modelo ACE (anonimato, conveniência e escape).^(29,30) Outras teorias sobre o comportamento na internet foram surgindo, como: o Efeito Proteus (*Yee e Bailenson, 2007*) que defende a mudança de comportamento à medida que se altera a representação do próprio online; e o Efeito da Desinibição Online (*Suler, 2004*), que diferencia o modo de comunicação e comportamento online em comparação com as suas atitudes no mundo real, identificando seis fatores principais: anonimato, invisibilidade, assincronicidade, introjeções solipsísticas,

imaginação dissociativa e minimização da autoridade.⁽³¹⁾ Rosenmann e Safir (2006)⁽³²⁾ distinguem os “*Pull Factors of Internet Sexuality*” e os “*Push Factors of Internet Sexuality*”, os primeiros correspondem às características da internet que a tornam apelativa para a sexualidade, enquanto os segundos são as características do mundo offline que não permitem e interferem com o cumprimento dos desejos sexuais.

O uso das novas tecnologias permite o acesso a quase todos os serviços necessários, a procura de aconselhamento e informação, a comunicação instantânea através das redes sociais e a visualização de imagens e vídeos de diversos conteúdos. Na área da sexualidade, o acesso a todos estes serviços sem fronteiras geográficas, bem como os fatores referidos anteriormente, fazem com que a internet seja cada vez mais utilizada para a procura de satisfação de desejos/fantasias através de atividades sexuais online, abrangendo indivíduos de ambos os sexos e todas as idades, incluindo idosos que conseguem evitar a discriminação e ultrapassar os estereótipos criados pela sociedade quanto à sexualidade em idade avançada no mundo real⁽³³⁾. A procura de sexo na internet pode tornar-se uma dependência e levar a comportamentos parafílicos ou a distúrbios relacionados com parafilias, que são condições sexuais que apesar de estarem ligadas a atitudes parafílicas são culturalmente toleradas.⁽³⁴⁾

Os distúrbios relacionados com as parafilias incluem a masturbação compulsiva, a promiscuidade prolongada, a incompatibilidade de desejo sexual, a dependência pornográfica, a dependência de sexo por telefone e a dependência de *cybersex*, tendo havido um aumento da prevalência das últimas três com o surgimento das novas tecnologias.

Quanto aos comportamentos parafílicos, as tecnologias emergentes da comunicação têm exponenciado todos os tipos existentes e têm permitido o aparecimento de novos tipos de parafilias, pela existência de chats e sites com conteúdo sexual que podem ser acedidos de forma rápida, fácil e anónima. As perturbações parafílicas que mais comumente se têm revolucionado através da internet são a pedofilia, o exibicionismo e o voyeurismo, o sadomasoquismo e algumas perturbações não especificadas.

Os crimes sexuais online contra crianças incluem a produção de imagens, a sua distribuição, a solicitação de atividades e o *grooming* de crianças, e incluem dois tipos de grupos de ofensores: os que pretendem satisfazer as suas fantasias apenas no mundo virtual e os que pretendem contato real, sendo entre estes últimos que se encontram os indivíduos que sofrem de Perturbação de Pedofilia. O número de adultos que usam a internet para este efeito tem vindo a aumentar, porque permite comunicar com múltiplas vítimas num curto período de tempo, estabelecendo uma relação de empatia e confiança ao longo do tempo.⁽³⁵⁾

O exibicionismo e voyeurismo *online* também aumentaram com o acesso à pornografia e a partilha e visualização de imagens e vídeos. Jones M. (2010)⁽³⁶⁾ faz referência ao exibicionismo mediado como um fenómeno amador de exposição de corpos nus na internet,

incluindo a troca por correio eletrónico ou mensagem, uso de câmara para vídeo, entre outros.

Um dos temas na área da sexualidade mais encontrado em fóruns e blogues é o BDSM (*Bondage, Discipline, Dominance, Submission, Sadism, Masochism*) que inclui várias práticas sexuais baseadas na submissão, na dominância, no sadismo e masoquismo e é procurado por ambos os sexos. Apesar de este grupo referenciar práticas de Sadismo e Masoquismo Sexual que são exponenciadas com as novas tecnologias, nem todos os participantes são diagnosticados como tendo uma parafilia ou perturbação parafílica, sendo distinguidos por quatro critérios principais que incluem o consento, o uso de uma palavra de segurança, a flexibilidade de trocar entre os dois papéis e a reciprocidade de satisfação. Quando estes critérios não são satisfeitos, estamos perante o grau patológico de Sadismo ou Masochismo Sexual.⁽³⁷⁾

Ao longo dos tempos, as novas tecnologias permitiram que se formassem novas comunidades para partilha de interesses sexuais diferentes da norma, dando origem a novas parafilias, como por exemplo Adulto bebé/amante de fralda e *Dogging*. A primeira divide-se em dois subgrupos de atividade sexual: o dos indivíduos interessados na encenação que obtêm satisfação por se fazerem passar por adultos bebés e o dos indivíduos interessados na atividade sexual com o uso de fralda.⁽³⁸⁾ A segunda combina diversas atividades sexuais como o voyeurismo, o exibicionismo, o sexo em público e a troca de parceiros, e é assim denominada porque os indivíduos usam como alibi o facto de irem passear o cão, para participar e/ou assistir nas/às atividades sexuais.⁽³⁹⁾

Capítulo 4: Conclusões e Perspectivas Futuras

Durante as últimas décadas, a sexualidade e as patologias a ela associadas têm vindo a ganhar importância na Medicina, principalmente porque o sexo deixou de ser apenas uma prática de procriação, passando a ser também praticado para a obtenção de prazer. As perturbações parafílicas consideradas, segundo o DSM-5, como comportamentos, impulsos ou fantasias sexuais que causam mal-estar pessoal, interpessoal e socioprofissional no indivíduo ou outrem e que estão presentes durante pelo menos seis meses, são um dos grupos de patologias sexuais que tem sido questionado e estudado pelas suas diferenças ao longo das épocas e em diferentes sociedades.^(1,5) Por esta razão, a presente dissertação procurou rever a literatura e compilar informação sobre os diversos tipos de perturbações parafílicas e a influência das novas tecnologias sobre estas.

A prevalência das perturbações parafílicas é reduzida, mas estima-se que esta poderá ser superior, pois apenas são contabilizados os casos que procuram tratamento ou em que há implicações criminais. Desse modo, é necessário reconhecer não só a etiologia e os exames complementares que ajudam a chegar ao diagnóstico, mas também os tratamentos mais eficazes, concluindo-se que:

- Quanto à etiologia são propostas várias hipóteses, sem consenso, sugerindo-se que exista uma combinação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos e ambientais;
- O diagnóstico deve ser feito clinicamente com o auxílio de alguns exames complementares (questionários, exames laboratoriais, tempo de reação visual, pletismografia peniana), tendo sempre em conta os diagnósticos diferenciais. Os critérios diagnósticos do DSM-5 diferenciam as parafilias e as perturbações parafílicas, permitindo que práticas não convencionais possam ser praticadas com bom funcionamento dos ramos social, pessoal e profissional, sem ser consideradas parafilias de grau patológico;⁽⁴⁰⁾
- Em relação ao tratamento existem vários estudos, sendo atualmente preconizado o tratamento através da psicoterapia e três grandes classes de medicamentos (ISRS, antiandrogénios esteroides e análogos da GnRH).⁽⁵⁾

Como cada vez mais o séc. XXI tem sido um mundo guiado pelas novas tecnologias, outro dos objetivos desta dissertação foi rever o uso das tecnologias e a sua influência sobre os comportamentos sexuais, principalmente as parafilias e as perturbações parafílicas, pelo que se concluiu que o uso da internet contribuiu para um aumento bastante acentuado através da

comunicação em chats e a partilha de informação e imagens em grupos e sites, tanto de parafilias já especificadas, como de novas parafilias que foram surgindo.

A internet tornou-se uma fonte de informação e oportunidades em todos os domínios da vida, incluindo a sexualidade, pois existem condições como o anonimato, a disponibilidade contínua e o fácil acesso que permitem que os indivíduos se sintam mais libertos, autónomos e confiantes. O sexo é uma das pesquisas mais populares dos meios de comunicação, contribuindo para a construção social da sexualidade, no entanto esta contribuição pode ser um veículo educativo e de aconselhamento, mas pode também ser prejudicial por difundir informações erradas e desatualizadas, perpetuar estereótipos sexuais e potenciar a prevalência de patologias sexuais, como as perturbações parafílicas.^(26,41)

Para haver um maior controlo destas perturbações de forma a evitar o mal-estar dos indivíduos e os crimes que podem ser cometidos, deve haver uma coordenação entre a área da saúde, a lei, os meios de comunicação e o público em geral, para que os casos sejam reportados e caracterizados de forma a desenvolver medidas terapêuticas efetivas.

4.1 Perspetivas Futuras

Segundo *Sansoni* (2000)^(42,43), 88% das escolas médicas que se focaram sobre disfunções sexuais não fizeram qualquer referência a perturbações parafílicas e 60% dos internos de psiquiatria tem pouca experiência clínica em casos diagnosticados com estas perturbações, o que mostra a necessidade do ensino da medicina sexual humana durante toda a formação médica, que tem vindo a aumentar desde então, mas ainda não é o suficiente e no futuro tem que ser mais abordada e praticada.

Os indivíduos que sofrem de perturbações parafílicas por vezes resistem a procurar profissionais de saúde ou são reencaminhados quando já estão com problemas pessoais, sociais ou legais, sendo necessário que os profissionais de saúde reconheçam o problema mais precocemente. Desse modo, deve ser criado um contexto seguro e empático nas consultas, para que, tanto o médico como o doente, se sintam à vontade na recolha da história individual e do desenvolvimento sexual, conseguindo chegar a um diagnóstico e estabelecer a terapêutica. É importante também que as intervenções sejam multidisciplinares, pois são mais eficazes e contribuem de forma significativa para as mudanças.^(4,43)

As perturbações parafílicas são dependentes de fatores sociais, religiosos e culturais, fazendo com que a sua importância e significado mudem com a época e a sociedade em que se inserem, ou seja, o que é considerado normal ou desviante numa determinada altura e num determinado local, não implica que seja assim noutra local ou no futuro, nem que tenha sido

assim no passado. Estas mudanças justificam que haja uma constante atualização dos critérios de diagnóstico e das atividades que são consideradas normais ou desviantes.

Apesar de suscitarem curiosidade desde o início da Humanidade e de, actualmente, serem bastante discutidas, a sexualidade e as perturbações parafílicas são temas que ainda são considerados tabu e onde são necessários mais estudos incidindo sobre a etiologia, o diagnóstico e o tratamento.

Referências bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. Aggrawal A. References to the paraphilias and sexual crimes in the Bible. *J Forensic Leg Med*. Elsevier Ltd and Faculty of Forensic and Legal Medicine. 2009; 16(3):109-14. DOI:10.1016/j.jflm.2008.07.006
3. Ayonrinde O. Perversions, Sexual (Paraphilias). Second Edi. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Elsevier. 2015; 17:948-954. DOI:10.1016/B978-0-08-097086-8.27048-7
4. Delgado A. Sexualidades diferentes. Parafílicas. Homossexualidades. In: Barros Figueiredo R, editors. *Manual de Medicina Sexual - Visão Multidisciplinar*. HSJ; 2014.
5. Pereira C, Gonçalves M, Saraiva C. Perturbações Parafílicas. In: Saraiva C, Cerejeira J, editors. *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel; 2014.
6. Seto MC, Kingston DA, Bourget D. Assessment of the Paraphilias. *Psychiatr Clin North Am*. Elsevier Inc. 2014; 37(2):149-61. DOI:10.1016/j.psc.2014.03.001
7. Ryan EP. Juvenile Sex Offenders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. Elsevier Inc. 2016; 25(1):81-97. DOI:10.1016/j.chc.2015.08.010
8. Bradford JMW, Ahmed AG. The Natural History of the Paraphilias. *Psychiatr Clin North Am*. 2014; 37(2). DOI:10.1016/j.psc.2014.03.010
9. Labelle A, Bourget D, Bradford JMW, Alda M, Tessier P. Familial Paraphilia: A Pilot Study with the Construction of Genograms. *ISRN Psychiatry*. 2012; 2012:1-9. DOI:10.5402/2012/692813
10. Jordan K, Fromberger P, Stolpmann G, Müller JL. The role of testosterone in sexuality and paraphilia-a neurobiological approach. Part I: Testosterone and sexuality. *J Sex Med*. 2011; 8(11):2993-3007. DOI:10.1111/j.1743-6109.2011.02394.x
11. Jordan K, Fromberger P, Stolpmann G, Müller JL. The role of testosterone in sexuality and paraphilia-a neurobiological approach. Part II: Testosterone and paraphilia. *J Sex Med*. 2011; 8(11):3008-3029. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02393.x
12. Kafka MP. The DSM diagnostic criteria for paraphilia not otherwise specified. *Arch Sex*

Behav. 2010; 39(2):373-6. DOI 10.1007/s10508-009-9552-0

13. Aggrawal A. A new classification of necrophilia. *J Forensic Leg Med.* Elsevier Ltd and Faculty of Forensic and Legal Medicine. 2009; 16(6):316-20. DOI:10.1016/j.jflm.2008.12.023
14. Aggrawal A. A new classification of zoophilia. *J Forensic Leg Med.* 2011; 18(2):73-8. DOI:10.1016/j.jflm.2011.01.004
15. Långström N, Zucker KJ. Transvestic fetishism in the general population: prevalence and correlates. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31:87-95. DOI:10.1080/00926230590477934
16. Balon R. Controversies in the Diagnosis and Treatment of Paraphilias. *J Sex Marital Ther.* 2013; 39:7-20. DOI: 10.1080/0092623X.2012.709219
17. Assumpção AA, Garcia FD, Garcia HD, Bradford JMW, Thibaut F. Pharmacologic Treatment of Paraphilias. *Psychiatr Clin North Am.* 2014; 37(2):173-81. DOI:10.1016/j.psc.2014.03.002
18. Thibaut F. Pharmacological treatment of paraphilias. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2012; 49(4):297-305.
19. Andreasen N, Black D. *Introdução à Psiquiatria.* 4ª Edição. Brasil: Artmed; 2009.
20. Silva P. Paraphilias. *Psychiatry.* 2006; 6(3):130-134.
21. Garcia FD, Delavenne HG, Assumpção A, Thibaut F. Pharmacologic treatment of sex offenders with paraphilic disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2013; 15(5):356. DOI:10.1007/s11920-013-0356-5
22. Holoyda BJ, Kellaher DC. The Biological Treatment of Paraphilic Disorders: an Updated Review. *Curr Psychiatry Rep.* 2016; 18(2):19. DOI:10.1007/s11920-015-0649-y
23. Guay DRP. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clin Ther. Excerpta Medica Inc;* 2009; 31(1):1-31. DOI:10J 016!J-clinthera_2009_01_009
24. Thibaut F, De La Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JMW. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World J Biol Psychiatry.* 2010; 11(4):604-655. DOI:10.3109/15622971003671628
25. McNally MR, Fremouw WJ. Examining risk of escalation: A critical review of the exhibitionistic behavior literature. *Aggress Violent Behav.* Elsevier Ltd. 2014; 19(5):474-485. DOI:10.1016/j.avb.2014.07.001

26. Pascoal M, Oliveira L, Raposo C. Sexualidade e meios de comunicação. In: Barros Figueiredo R, editors. Manual de Medicina Sexual - Visão Multidisciplinar. HSJ; 2014.
27. Sfoggia A, Kowacs C. Sexualidade e novas tecnologias. 2014; 16(2):4-17.
28. Carvalheira A, Gomes F. Sexo online em Portugal - Uma investigação sobre comportamentos sexuais em chats portugueses. *Psiquiatria Clínica*. 2002 Jan-Mar. 23(1):43-50.
29. Cooper A. Sexuality and the Internet. *CyberPsychology Behav*. 1998; 1(2):187-93.
30. Young KS. Internet Sex Addiction: Risk Factors, Stages of Development, and Treatment. *Am Behav Sci*. 2008; 52(1):21-37. DOI:10.1177/0002764208321339
31. Whittle H, Hamilton-Giachritsis C, Beech A, Collings G. A review of online grooming: Characteristics and concerns. *Aggress Violent Behav*. Elsevier Ltd. 2013; 18(1):62-70. DOI:10.1016/j.avb.2012.09.003
32. Rosenmann A, Safir M. Forced Online: Push Factors of Internet Sexuality: A preliminary study of online paraphilic empowerment. *J Homosex*. 2006; 51(3):71-92. DOI:10.1300/J082v51n03_05
33. Adams MS, Oye J, Parker TS. Sexuality of older adults and the Internet: From sex education to cybersex. *Sex Relatsh Ther*. 2003; 18(3):405-415. DOI:10.1080/1468199031000153991
34. Kafka MP. The Paraphilia-Related Disorders: A Proposal for a Unified Classification of Nonparaphilic Hypersexuality Disorders. *Sex Addict Compulsivity*. 2001; 8(3-4):227-239. DOI:10.1080/107201601753459937
35. Quayle E, Newman E. The Role of Sexual Images in Online and Offline Sexual Behaviour With Minors. *Curr Psychiatry Rep*. 2015; 17(6). DOI:10.1007/s11920-015-0579-8
36. Jones MT. Mediated Exhibitionism: The Naked Body in Performance and Virtual Space. *Sex Cult*. 2010; 14(4):253-269. DOI:10.1007/s12119-010-9075-9
37. Faccio E, Casini C, Cipolletta S. Forbidden games: the construction of sexuality and sexual pleasure by BDSM "players." *Cult Health Sex*. 2014; 16(7):752-764. DOI:10.1080/13691058.2014.909531
38. Hawkinson K, Zamboni BD. Adult baby/diaper lovers: An exploratory study of an online community sample. *Arch Sex Behav*. 2014; 43(5):863-877. DOI:10.1007/s10508-013-0241-7

39. Bell D. Bodies, Technologies, Spaces: On “Dogging.” Sexualities. 2006; 9(4):387-407. DOI:10.1177/1363460706068040
40. Wright S. Kinky parents and child custody: the effect of the DSM-5 differentiation between the paraphilias and paraphilic disorders. Arch Sex Behav. 2014; 43(7):1257-1258. DOI:10.1007/s10508-013-0250-6
41. Klein CA. Digital and Divergent: Sexual Behaviors on the Internet. J Am Acad Psychiatry Law. 2014; 42(4):495-503.
42. Sansone R, Wiederman M. Sexuality training for psychiatry residents: a national survey of training directors. J Sex Marital Ther. 2000; 26(3):249-256.
43. Wise TN. Teaching psychiatric residents about paraphilic disorders. Acad Psychiatry. 2010; 34(5):373-377.