

Transtornos relacionados ao sono e comportamentos sexuais anômalos

Carmita Helena Najjar Abdo¹

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

Esse artigo se baseia nas publicações de Schenck, especialista no assunto. Parassonias são comportamentos sexuais anômalos relacionados ao sono, caracterizados por movimentos complexos, emoções, percepções, sonhos e atividade do sistema nervoso autônomo. Podem provocar lesões, interrupção do sono, efeitos adversos à saúde e psicossociais. O diagnóstico é clínico: história médica e antecedentes (relatos de parcerias ou familiares e vídeos domésticos). Polissonografia é reservada para casos atípicos. O tratamento inclui medidas protetivas, esclarecimento ao familiar/cônjuge, controle dos fatores precipitantes, medicamento (clonazepam) e psicoterapia. A sexônia é uma parassonia (subtipo não REM), melhor estudada. Masturbação e tentativas inadequadas de obter relações sexuais (seguidas de amnésia ou lembrança vaga) são frequentes. A frequência em clínicas do sono é de 7,6% (homens 11,0%; mulheres 4,0%). Esses comportamentos surgem no curso de longa história de parassonia, desencadeando despertares confusionais. Terapia nasal com pressão positiva contínua nas vias aéreas pode controlar. Em homens, ereção peniana, associada à sexônia, é referida pela parceria. Providência importante é inquirir sobre sexônia, quando houver suspeita, uma vez que o paciente e/ou sua parceria não costumam falar, a menos que sejam solicitados ou por questões legais. Revisão de 18 casos médico-legais sobre violência relacionada ao sono e comportamento sexual durante o sono encontrou 9 casos em que sexônia foi alegada pela defesa. Foram apresentadas avaliações dos réus, as quais diferiram de caso para caso, alertando para a necessidade de consento internacional. Abuso de álcool desqualifica a “defesa baseada em parassonia [sexônia]” em casos médico-legais.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento sexual, despertar confusional, epidemiologia, medicina legal, parassonias, transtornos do sono-vigília

INTRODUÇÃO

O artigo em tela se baseia especialmente nas publicações do Professor Schenck, especialista no assunto.

De acordo com a Classificação Internacional de Transtornos do Sono, 3ª edição, parassonias são comportamentos sexuais anômalos relacionados ao sono, fenômenos físicos ou

vivenciais, que surgem a partir do sono, com movimentos complexos, comportamentos, emoções, percepções, sonhos e atividade do sistema nervoso autônomo. Podem provocar lesões, interrupção do sono, efeitos adversos à saúde e efeitos psicossociais desagradáveis.¹

Comportamentos instintivos podem ser inapropriadamente liberados pelas parassonias, incluindo deslocamento,

¹Psiquiatra, professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

<https://orcid.org/0000-0002-6312-8306>

Editora responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, professora da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.

Contribuição da autora: Abdo CHN: pesquisa, análise dos dados coletados e redação do manuscrito.

Endereço para correspondência:

Carmita Helena Najjar Abdo
Rua Borges Lagoa, 74 — São Paulo (SP) — CEP 04038-000
Tel. (11) 5092-5345 — E-mail: carmita.abdo@uol.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 25 de fevereiro de 2023. Última modificação: 1 de março de 2023. Aceite: 1 de março de 2023.

agressão, alimentação e sexo, que se manifestam como sonambulismo, distúrbio comportamental do sono REM (com encenação de sonhos), distúrbio alimentar relacionado ao sono e sexônia.¹ Os comportamentos sexuais anômalos que ocorrem durante as parassonias se apresentam como: vocalizações sexuais/gemidos/gritos, masturbação, carícias em outra pessoa, relação sexual, comportamentos agitados/agressivos com características sexuais.²

O diagnóstico das parassonias é essencialmente clínico: história médica e antecedentes (parceria de quarto ou familiares que presenciaram os eventos e vídeos domésticos). A polissonografia é reservada para casos atípicos ou quando há suspeita de comorbidades (como apneia do sono).³

O tratamento inclui: medidas protetivas (retirada de objetos potencialmente perigosos do quarto, vedação de janelas e portas); esclarecimento ao familiar/cônjuge sobre o quadro; controle dos fatores precipitantes (higiene do sono); medicamentos, como clonazepam (0,25 até 4 mg) ao deitar-se; psicoterapia para manejo do estresse.⁴

A sexônia é uma parassonia (subtipo não REM), melhor estudada nas últimas décadas. Masturbação e tentativas inadequadas de obter relações sexuais (seguidas de total amnésia dos eventos ou lembrança vaga) são frequentes. Outros distúrbios do sono (incluindo apneia do sono) podem desencadear episódios de sexônia, a qual pode se apresentar associada a outras parassonias (sonambulismo, por exemplo).²

Os comportamentos sexuais mais observados são: intercurso sexual ou tentativa (49%); carícias na parceria (40%); comportamentos sexuais agressivos (37%); masturbação (23%); vocalizações sexuais (19%); orgasmo espontâneo (4%).⁵

Esses comportamentos surgem tardiamente no curso de longa história de parassonia, desencadeando despertares confusionais. Terapia nasal com pressão positiva contínua nas vias aéreas pode controlar a sexônia.⁶

QUADRO CLÍNICO DA SEXÔNIA

As duas causas mais comuns de sexônia são: uma parassonia do sono não REM (distúrbio do despertar), consistindo em despertares confusionais na maioria dos casos e sonambulismo, em número menor de casos. Há geralmente longa história de parassonias, com início na infância, precedendo a sexônia; e apneia obstrutiva do sono, desencadeando despertares confusionais com sexônia associada. A história típica se inicia com o aparecimento ou o aumento de ronco e apneia, juntamente com sonolência diurna.⁷

Apenas 6,1% dos casos de sexônia envolvem episódios de sonambulismo. Em 93,9% dos notificados, os indivíduos acometidos permanecem no leito durante os despertares confusionais, quando se envolvem em sexônia.⁸ Além disso, o papel

da apneia obstrutiva do sono, desencadeando o despertar confusional com sexônia, está de acordo com o que se sabe sobre reações de despertar respiratório desordenado do sono, que predis põem a eventos de parassonia por apneia obstrutiva do sono, durante o sono não REM.⁵

Consequentes à sexônia pode haver perturbação do sono da parceria; lesão física à parceria ou a si mesmo, por comportamentos sexuais agressivos; perturbação da parceria por falas sexuais ofensivas durante o sono; perturbação, devido ao momento inadequado para relação sexual, ao sexo inadequado e à natureza não consensual do comportamento sexual (já que a parceria está dormindo).⁹

São decorrências psicológicas negativas para a parceria: preocupação, raiva, aborrecimento e perplexidade. Além disso: agressão sexual/estupro, mesmo no casamento. Alguns dos sintomas psicológicos do paciente incluem vergonha, culpa, confusão e até desespero, experimentados no contexto da amnésia para o evento.⁹ Ser informado sobre seus comportamentos sexuais involuntários e até agressivos durante o sono, após acordar, pode ser perturbador. E muitas vezes gera grande impacto negativo para o relacionamento íntimo.⁵

Por outro lado, a sexônia também pode ter consequências positivas. O sexo pode ser experimentado como mais prazeroso, menos apressado e mais criativo. O paciente pode ser mais gentil e amoroso, e mais orientado a satisfazer o outro, quando está dormindo do que quando acordado. Infelizmente, o paciente não reconhece esses comportamentos positivos, porque tem amnésia subsequente.²

Não se observa associação de sexônia com aumento do desejo, privação ou perversão sexual.¹⁰

A farmacoterapia é aquela relacionada à parassonia não REM ou terapia nasal com pressão positiva contínua nas vias aéreas para apneia obstrutiva do sono.⁶ Deve-se considerar o encaminhamento de paciente e parceria ao psiquiatra, para explorar o relacionamento conjugal/interpessoal como possível fator para a parassonia sexual e abordar de forma otimizada quaisquer consequências adversas (pessoais e interpessoais) da sexônia.² Amnésia completa e encaminhamento clínico (quase sempre conduzido pela parceria) podem explicar a recusa ocasional do paciente em se envolver na terapia proposta. Também pode haver negação, além da amnésia, para essa condição.¹¹

Em homens, ereção peniana (tumescência peniana noturna) associada à sexônia é observada pela parceria durante a atividade sexual, podendo resultar em relação sexual com orgasmo. Vale lembrar que a tumescência peniana noturna é um fenômeno de sono REM,¹² o que surpreende, uma vez que a sexônia é predominantemente um distúrbio relacionado ao sono não REM.¹ Para explicar esse paradoxo, foi proposto que a sexônia seja considerada um fenômeno de

excitação, *a partir* do sono não REM, e não *durante* o sono não REM, com tumescência peniana noturna nos homens (e lubrificação vaginal nas mulheres), surgindo no contexto de outras ativações do sistema nervoso autônomo, em despertares multifacetados, como respostas cardiorrespiratórias melhoradas e sudorese. Essa ativação do sistema nervoso autônomo, impulsionada pela excitação do sono não REM poderia explicar a ereção peniana (e o ingurgitamento clitoriano/vaginal) na sexônia como um transtorno da excitação do sono não REM.¹¹

EPIDEMIOLOGIA DAS PARASSONIAS

Estudo epidemiológico estimou a prevalência atual e ao longo da vida de várias parassonias na população geral (indivíduos que experimentaram parassonias específicas, pelo menos uma vez, durante os últimos três meses). Mil adultos selecionados aleatoriamente (51% do sexo feminino), com 18 anos ou mais, participaram de entrevista por telefone. A prevalência de atos sexuais ao longo da vida e atual, durante o sono, foi de 7,1% e 2,7%, respectivamente. Cerca de 12% de todos os respondedores relataram ter cinco ou mais parassonias.¹³ Esses dados devem ser interpretados com cautela, devido a questões metodológicas (baixa taxa de respostas e perguntas únicas) próprias dessa pesquisa.

A frequência de sexônia em pacientes de clínicas do sono foi relatada pela primeira vez em um resumo.¹⁴ Nele, a sexônia foi definida como um comportamento semelhante à parassonia, caracterizado por atos sexuais (por exemplo, masturbação, relação sexual com parceria), durante o sono. Foi realizada revisão retrospectiva de prontuários de pacientes submetidos à polissonografia, os quais foram questionados sobre vários sintomas relacionados ao sono. Pacientes que responderam ter iniciado atividade sexual com parceria, durante o sono, foram considerados portadores de sintomas de sexônia. Prontuários de 832 pacientes (428 homens e 404 mulheres) foram revisados. A frequência de sexônia relatada foi de 7,6% (homens 11,0% *versus* mulheres 4,0%). Apenas 6% dos que relataram sexônia também referiram outros sintomas de parassonia, o que é altamente divergente de outros estudos sobre sexônia, sendo difícil de explicar. Aqueles pacientes que relataram sexônia admitiram maior uso de drogas ilícitas (15,9% *versus* sem sexônia 7,7%) e de álcool (41,3% *versus* sem sexônia 27,4%).¹⁴ Esses resultados sobre uso de drogas e álcool, mais comuns em pacientes que relatam sexônia, merecem estudos prospectivos, pois esse tem limitações pelo seu desenho retrospectivo.

É difícil detectar a epidemiologia real da sexônia, uma vez que não é bem conhecida pelos profissionais de saúde, falta clareza aos critérios diagnósticos, além de não especialistas

em medicina do sono não investigarem rotineiramente esse distúrbio enquanto obtêm o histórico do paciente. Some-se a isso que o paciente e/ou a parceria não compartilham os sintomas sexuais com o médico, por constrangimento.⁵

ABORDAGEM DO PACIENTE COM SUSPEITA DE SEXÔNIA

Paciente e família devem ser avaliados quanto aos distúrbios do sono do passado e atuais. As informações devem ser da parceria ou de familiar: momento do comportamento sexual, frequência, traumas relacionados, nível de amnésia, atitude do paciente ao acordar, atitude do paciente em relação a distúrbios do sono anteriores (se houver), relação da sexônia com atividades diárias (estresse, álcool, drogas, privação de sono). Devido à possibilidade de comportamentos sexuais relacionados a crises parciais complexas, eletroencefalograma deve ser aplicado,¹⁵ assim como polissonografia.^{9,16} Providência importante é inquirir o paciente sobre sexônia, se houver suspeita dessa condição, uma vez que ele e/ou sua parceria não costumam falar, a menos que sejam solicitados ou se houver uma questão legal.¹⁵

ASPECTOS FORENSES DAS PARASSONIAS

Estudo que enfocou a interface entre sexônia e análise forense do sono reuniu dados de 2006 a 2013.¹⁷ Reconhecida equipe forense com contribuições no campo das parassonias foi consultada pela comunidade jurídica para analisar casos criminais envolvendo um possível distúrbio do sono (262 casos no total). As parassonias foram o subtipo mais prevalentemente envolvido (131 casos), sendo o comportamento sexual anômalo relacionado ao sono (sexônia) a condição mais comum, com 103 casos. Todos os perpetradores de sexônia, exceto um, eram do sexo masculino, com idades entre 18 e 55 anos, enquanto o sexo da vítima era majoritariamente feminino (99/103), com idades de 3 a 17 anos, em 70,9% dos casos. Para 86% das vítimas, o agressor era membro da família, parceiro ou amigo. O comportamento de sexônia foi dividido em três subtipos: toque inapropriado, isolado ou combinado ao toque nas mamas/regiões genitais (n = 65); contato sexual, isolado ou combinado, incluindo regiões oral/genital/anal (n = 37); e exposição inadequada (n = 1). A proximidade entre vítima e agressor durante o comportamento foi: confinado ao leito (n = 47); confinado ao quarto (n = 19); ou começou fora do quarto (n = 37).¹⁷ Essa foi a primeira análise publicada de parassonias em um cenário médico-legal, destacando as implicações forenses de parassonias violentas e fornecendo elementos para melhorar a compreensão do sistema legal a respeito de violência relacionada ao sono.

Revisão sistemática de 18 casos médico-legais sobre violência relacionada ao sono e comportamento sexual durante o sono encontrou 9 casos em que a sexônia (variando de toque sexual a estupro) foi alegada pela defesa, durante o julgamento, quando foram apresentadas avaliações forenses dos réus.¹⁸ As vítimas eram geralmente meninas ou adolescentes sem sexônia. Na maioria dos casos, os eventos ocorreram uma a duas horas após o início do sono do réu. Proximidade e outros fatores desencadeantes potenciais foram relatados. Oito dos nove casos resultaram em absolvição. O veredicto não foi declarado em um caso. As avaliações forenses diferiram amplamente de caso para caso, chamando a atenção para a necessidade de consenso internacional sobre o assunto.¹⁸

Evidências científicas falam a favor de que, inequivocamente, o abuso de álcool desqualifica a validade da “defesa baseada em parasomnia (sexônia),” em casos médico-legais.¹⁹⁻²¹

CONCLUSÃO

Comportamentos sexuais anômalos durante o sono frequentemente não são reportados, apesar de poderem prejudicar o paciente e a parceria. Conseqüentemente, a epidemiologia desses comportamentos ainda é pouco conhecida, necessitando ser estudada de forma sistemática e abrangente.

Portanto, casos suspeitos de parasomnia devem ser avaliados, com atenção especial aos comportamentos de alto risco (incluindo sexônia), conhecidos por precipitar sonambulismo, privação de sono, abuso de drogas, consumo de álcool e estresse.

Como é uma condição supostamente rara, pode passar despercebida na avaliação diagnóstica. Clínicos devem considerar o sofrimento pessoal que a sexônia pode causar aos pacientes e acrescentar questões sobre comportamentos relacionados às parasomnias, na anamnese sobre o sono. Dependendo das respostas a essas questões, pode ser necessário o encaminhamento a especialista.

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. Westchester: American Academy of Sleep Medicine, 2014; p. 225-39.
2. Schenck CH, Arnulf I, Mahowald MW. Sleep and sex: what can go wrong? A review of the literature on sleep related disorders and abnormal sexual behaviors and experiences. *Sleep*. 2007;30(6):683-702. PMID: 17580590; <https://doi.org/10.1093/sleep/30.6.683>.
3. Malhotra RK, Avidan AY. Parasomnias and their mimics. *Neurol Clin*. 2012;30(4):1067-94. PMID: 23099130; <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2012.08.016>.
4. Neves GS, Giorelli AS, Florido P, Gomes MM. Transtornos do sono: visão geral. *Rev Bras Neurol*. 2013;49(2):57-71.
5. Schenck CH. Update on sexsomnia, sleep related sexual seizures, and forensic implications. *NeuroQuantology*. 2015;13(4):518-41. <https://doi.org/10.14704/nq.2015.13.4.873>.
6. Schenck CH, Mahowald MW. Parasomnias associated with sleep-disordered breathing and its therapy, including sexsomnia as a recently recognized parasomnia. *Somnologie*. 2008;12:38-49. <https://doi.org/10.1007/s11818-008-0332-1>.
7. Pressman MR. Disorders of arousal from sleep and violent behavior: the role of physical contact and proximity. *Sleep*. 2007;30(8):1039-47. PMID: 17702274; <https://doi.org/10.1093/sleep/30.8.1039>.
8. Espa F, Dauvilliers Y, Ondze B, Billiard M, Besset A. Arousal reactions in sleepwalking and night terrors in adults: the role of respiratory events. *Sleep*. 2002;25(8):871-5. PMID: 12489893.
9. Guilleminault C, Moscovitch A, Yuen K, Poyares D. Atypical sexual behavior during sleep. *Psychosom Med*. 2002;64(2):328-36. PMID: 11914450; <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00017>.
10. Cankardas S, Schenck CH. Sexual Behaviors and Sexual Health of Sexsomnia Individuals Aged 18–58. *Int J Sexual Health*. 2021;33(1):29-39. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1850597>.
11. Andersen ML, Poyares D, Alves RS, Skomro R, Tufik S. Sexsomnia: abnormal sexual behavior during sleep. *Brain Res Rev*. 2007;56(2):271-82. PMID: 17706786; <https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2007.06.005>.
12. Schmidt MH, Schmidt HS. Sleep-related erections: neural mechanisms and clinical significance. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2004 Mar;4(2):170-8. PMID: 14984691; <https://doi.org/10.1007/s11910-004-0033-5>.
13. Bjorvatn B, Grønli J, Pallesen S. Prevalence of different parasomnias in the general population. *Sleep Med*. 2010;11(10):1031-4. PMID: 21093361; <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.07.011>.
14. Chung SA, Yegneswaran B, Natarajan A, Trajanovic N, Shapiro CM. Frequency of sexomnia in sleep clinic patients. *Sleep*. 2010;33:A226.
15. Yılmaz H. Uykuda Seks Hastalığı. *Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları içinde*, Kaynak H, Ardiş S (editörler). Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını, 2011:345.
16. Pelin Z, Yazla E. Abnormal sexual behavior during sleep in temporal lobe epilepsy: a case report. *Balkan Med J*. 2012;29(2):211-3. PMID: 25206999; <https://doi.org/10.5152/balkanmedj.2011.031>.
17. Cramer Bornemann MA, Mahowald MW, Schenck CH. Sexsomnia and sleep forensics: the interface between sleep-related abnormal sexual behaviors and the law. *Sleep*. 2014;37:A210.

18. Ingravallo F, Poli F, Gilmore EV, et al. Sleep related violence and sexual behavior in sleep: a systematic review of medical-legal case reports. *J Clin Sleep Med*. 2014;10(8):927-35. PMID: 25126042; <https://doi.org/10.5664/jcsm.3976>.
19. Pressman MR, Mahowald MW, Schenck CH, Bornemann MC. Alcohol-induced sleepwalking or confusional arousal as a defense to criminal behavior: a review of scientific evidence, methods and forensic considerations. *J Sleep Res*. 2007;16(2):198-212. PMID: 17542950; <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2007.00586.x>.
20. Pressman MR, Mahowald MW, Schenck CH, et al. Alcohol, sleepwalking and violence: lack of reliable scientific evidence. *Brain*. 2013;136(Pt 2):e229. PMID: 23065483; <https://doi.org/10.1093/brain/aws248>.
21. Pressman MR, Grunstein RR, Mahowald MW, et al. Alcohol and sleep review: flawed design, methods, and statistics cannot support conclusions. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(5):941-3. PMID: 25871341; <https://doi.org/10.1111/acer.12712>.