

# ***Sexsomnia: Uma Realidade Escondida?***

**Cláudia Micaela da Costa Resende**

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

Orientador: Dr. Bruno Alexandre Guerra Jorge Pereira  
Coorientador: Dr. José Nuno Nova Araújo Sá Trovão

**maio de 2020**



## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Doutor Bruno Alexandre Guerra Jorge Pereira, e coorientador, Doutor José Nuno Nova Araújo Sá Trovão, pelo profissionalismo e por todo o apoio prestado, condições vitais para que me fosse possível elaborar a presente dissertação.

Aos meus pais.

Aos meus amigos e amigas.



## **Prefácio**

“(...) in all of us, even in good men, there is a lawless wild-beast nature, which peers out in sleep.”

Plato (1941). *The Republic*. New York: The Modern Library, pp 330-331.



## **Resumo**

As parassónias são um grupo que se caracteriza por eventos anormais que ocorrem durante o sono. Estão classificadas de acordo com a fase do sono em parassónias associadas ao sono “Non-Rapid Eye Movement” (NREM), associadas ao sono “Rapid Eye Movement” (REM) e em outras parassónias, quando não enquadradas nas anteriores.

A *sexsónia*, também apelidada de sonambulismo sexual, é um tipo de parassónia NREM em que o indivíduo inicia comportamentos sexuais enquanto dorme, sem que se recorde quando acorda. Os episódios costumam ocorrer nas primeiras horas do sono e podem repetir-se várias vezes na mesma noite.

A prevalência desta perturbação é ainda desconhecida, mas parece afetar mais os jovens adultos do sexo masculino e com história prévia de outros tipos de parassónias relacionadas com o sono NREM.

Apesar de não ser clara a sua etiologia, conhecem-se alguns fatores de risco associados à má qualidade e fragmentação do sono.

A *sexsónia* pode ser um problema difícil de gerir, pelas consequências pessoais e interpessoais, físicas e psicológicas, podendo assumir critérios de disfunção sexual. Merecem atenção especial as implicações médico-legais desta patologia, em contexto de casos de comportamento sexual violento e/ou não consentido.

Esta dissertação pretende reunir exaustivamente a evidência atual da investigação sobre a epidemiologia e a abordagem clínica e psicossocial da *sexsónia*.

## **Palavras-chave**

*Sexsónia*; disfunção sexual; perturbação do sono; parassónia; sonambulismo sexual.



## **Abstract**

Parasomnias are a group of disorders characterized by abnormal events occurring during sleep. They are classified according to the sleep phase as “Non-Rapid Eye Movement” (NREM) parasomnias, “Rapid Eye Movement” (REM) parasomnias and Other parasomnias, if not fitting the former.

Sexsomnia, also known as sexual somnambulism, is a kind of NREM parasomnia in which the subject initiates sexual acts during sleep, with no memory of it when waking up. Such episodes usually happen in the early hours of sleep and may recur several times in the same night.

The prevalence of this condition is still unknown, but it seems to affect young adult male with previous history of other NREM parasomnias more often. Despite the unclear aetiology, several risk factors associated with poor quality and fragmentation of sleep were observed.

Sexsomnia can be a difficult issue, due to its personal and relational, physical and psychological consequences, or even fulfil criteria for a sexual dysfunction. Forensic implications deserve special concern, in the context of violent and/or non-consented sexual behaviour.

This dissertation aims to comprehensively assemble the current research evidence on the epidemiology, clinical and psychosocial management of sexsomnia.

## **Keywords**

Sexsomnia; sexual dysfunction; sleep disorder; parasomnia; sexual somnambulism



# Índice

Agradecimentos.....	iii
Prefácio .....	v
Resumo e Palavras-chave .....	vii
Abstract and Keywords .....	ix
Lista de Acrónimos e Siglas .....	xiii
Capítulo 1. Introdução .....	1
Capítulo 2. Materiais e Métodos .....	2
Capítulo 3. Parassónias.....	3
3.1. Contextualização .....	3
3.2. Parassónias NREM, Sonambulismo e Sexsónia .....	4
Capítulo 4. Sexsónia.....	6
4.1. Contextualização .....	6
4.2. Epidemiologia: Uma Realidade Escondida? .....	7
4.3. O Comportamento na Sexsónia .....	8
4.4. Fatores Precipitantes .....	9
4.5. Sexsónia - Comorbilidades e Diagnósticos Diferenciais .....	10
4.6. Como se Diagnostica?.....	12
4.7. Abordagem e Tratamento da Sexsónia.....	14
Capítulo 5. Implicações sociais da Sexsónia.....	15
Capítulo 6. Discussão .....	18
Capítulo 7. Conclusão .....	20
Referências Bibliográficas .....	21



## **Lista de Acrónimos e Siglas**

**AASM** *American Academy of Sleep Medicine*

**CPAP** *Continuous Positive Airway Pressure*

**DSM-5** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

**EEG** *Eletroencefalograma*

**ICD-10** *International Classification of Diseases*

**ICSD-3** *International Classification of Sleep Disorders*

**NREM** *Non-rapid eye movement*

**PSG** *Polissonografia*

**REM** *Rapid eye movement*

**SAOS** *Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono*

**VNI** *Ventilação Não Invasiva*

**VPSG** *Videopolissonografia*



## **Capítulo 1. Introdução**

O comportamento sexual anormal durante o sono foi descrito, pela primeira vez, por *Motet*, em 1897, quando documentou o caso de um homem que tentara seduzir um agente da polícia mostrando os seus genitais, não tendo qualquer memória do episódio posteriormente.(1,2) Contudo, só no início do século XXI foi publicada a primeira classificação para esta perturbação, apelidada de *sexsónia*, impulsionando o relato de mais casos nos anos que se seguiram., a nível mundial.(3)

A *sexsónia*, também descrita como *sonambulismo sexual*, pertence ao grupo das *parassónias*, mais precisamente as que decorrem na fase do sono NREM, em que uma anomalia do despertar culmina na execução de atos sexuais atípicos ainda em estado não vígil. Estes comportamentos podem ser inofensivos, como a masturbação e a vocalização de orgasmos, ou agressivos e violentos, com tentativa de penetração do/a companheiro/a de cama, por vezes não consentida. (1,2,4)

Apesar da gradual desmistificação da sexualidade humana durante o século XX, passando a ser alvo de interesse médico e científico — com destaque dos estudos de Sigmund Freud, que ainda mereceram reações indignadas da comunidade — o *sonambulismo sexual* mantém-se um tema pouco abordado e insuficientemente estudado.(5)

Esta entidade clínica apresenta, até à data desta revisão de literatura, poucos casos reportados à escala mundial. Contudo, pensa-se que a sua prevalência esteja largamente subestimada. Tal poderá dever-se à subvalorização dos sintomas por parte de doentes e dos profissionais de saúde, ou mesmo devido ao desconforto de ambos em relatá-los ou rastreá-los, respetivamente, dificultando o seu reconhecimento.(1) Embora pouco estudada, a *sexsónia* ganhou interesse crescente mais recentemente, em virtude das implicações psicológicas, sociais e legais graves que pode acarretar.(5)

Assim, esta dissertação torna-se pertinente para reunir toda a informação relevante disponível e mais atualizada sobre a *sexsónia*. Desta forma, pretende-se contribuir para a expansão de conhecimento sobre a epidemiologia desta doença e melhorar a prática clínica ao nível do diagnóstico e terapêutica.

## **Capítulo 2. Materiais e Métodos**

Realizou-se uma exaustiva revisão bibliográfica narrativa, com recurso à base de dados digital *PubMED* ([www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)), ao Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, quinta edição, e ao Código Penal Português. Foram incluídas nos critérios de pesquisa as publicações em inglês ou espanhol, entre os anos 2009 e 2019, a partir dos seguintes termos-chave: *sexsomnia*; *parasomnia*; *sexual somnambulism*. A pesquisa foi realizada entre setembro e novembro de 2019, com *cross-match* da lista de resultados entre os autores deste trabalho.

## Capítulo 3. Parassónias

### 3.1. Contextualização

O termo parassónia deriva do étimo grego “*para*”, que significa “ao lado [do que seria normal]”, e do latim “*somnus*”, portanto “dormir”.(6)

As parassónias caracterizam-se por eventos anormais, de carácter comportamental ou fisiológico, que ocorrem em estados específicos do sono ou a transições entre o sono e a vigília. Quanto à sua prevalência, são mais comuns em crianças do que em adultos, principalmente se falarmos das parassónias NREM.(4)

A fisiopatologia subjacente a tais doenças radica no facto de sono e vigília não serem estados de consciência exclusivos nem independentes, podendo qualquer sobreposição ou oscilação incompleta entres eles resultar numa série de manifestações anómalas: movimentos anormais, comportamentos motores, emoções ou alterações de atividade autonómica.(7,8). Estas doenças poderão relacionar-se com mudanças organizacionais do cérebro nas diferentes fases de vida.(7)

As parassónias têm lugar em dois sistemas de classificação: a quinta edição do manual americano para as doenças mentais — *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) — e a *International Classification of Sleep Disorders*, atualmente na terceira edição (ICSD-3). Este último, desenvolvido especificamente pela Academia Americana de Sono, distingue estas doenças em três categorias:

- parassónias do despertar do sono NREM, caracterizadas por um despertar incompleto, que englobam o despertar confusional, o sonambulismo e o terror noturno.
- parassónias do sono REM, que englobam a chamada perturbação comportamental do sono REM, a paralisia isolada recorrente e os pesadelos.
- e as “outras parassónias”, que incluem entidades sindrômicas heterogêneas como cefaleias (“cabeça a explodir”), enurese e parassónias secundárias a outras patologias ou substâncias. (4,7,8)

É dentro da primeira categoria, a mais comum, que se inclui a sexsónia, enquanto comportamento inserido em estados de sonambulismo (tal como acontece com a ingestão alimentar durante o sono).(7,8)

### 3.2. Parassónias NREM, Sonambulismo e Sexsónia

O sono NREM começa na primeira metade da noite e está dividido em quatro fases: N1 (uma fase de transição), N2, N3 e N4. (4)

As parassónias do despertar do sono NREM isoladas são comuns na população, com maior incidência na infância e sofrendo depois uma diminuição com o avanço da idade.(8,9)

A clínica típica das parassónias NREM caracteriza-se pela ocorrência repetida de despertares incompletos, normalmente durante o primeiro terço do episódio principal de sono, que são breves, com tempo de duração de cerca de um a dez minutos, mas que se podem estender até uma hora. É comum, também, que, durante estes episódios, o doente se mantenha com os olhos abertos.(9)

Dentro deste leque de ocorrências de concomitância de sono e vigília, encontramos o sonambulismo. Este diz respeito a uma série de episódios repetidos de comportamento motor complexo que se iniciam durante o sono, entre eles o levantar da cama e a deambulação.(9) Epidemiologicamente, é mais frequente em idades jovens, tendo uma evolução decrescente ao longo da vida. Desta forma, em indivíduos que apresentem episódios de sonambulismo com início apenas numa idade adulta e sem história prévia na infância, deve ser motivada a pesquisa de condições médicas concomitantes e a indagação sobre eventual uso de medicamentos ou outras substâncias que possam agir como precipitantes.(8–10)

Se para alguns autores, o comportamento sexual (tal como o alimentar) decorre na sequência de estados de sonambulismo, merecendo à sexsónia a sub-inclusão na entidade do sonambulismo na DSM-5, com o código diagnóstico F51.3 atribuído pela 10ª revisão da *International Classification of Diseases (ICD-10)*, outros autores consideram que se tratam de perturbações bastante distintas, quer pela maior complexidade dos atos sexuais, quer pela faixa etária distinta, já adulta, dos indivíduos afetados por sexsónia.(1,9,11)

Presume-se que as anomalias do despertar do sono NREM ocorram devido a uma transição incompleta ou descoordenada entre a vigília e as diferentes fases do sono.(4) Podem surgir em qualquer momento do sono NREM, mas sobretudo durante a fase N3, caracterizada por ondas (polissonográficas) lentas, em que o doente se encontra num sono profundo, no primeiro terço da noite.(4,9,12)

Segundo os estudos realizados, a presença concomitante de atividade cerebral típica de sono e de vigília, em diferentes partes do cérebro, parece estar na base destas parassónias. Qualquer fator que possa prejudicar a qualidade do sono e prolongar a fase N3 é um potencial precipitante. Assim, a privação do sono, estados febris, os fármacos sedativos, o álcool etílico são fatores de risco reconhecidos.(12) Comorbilidades frequentemente associadas são a síndrome das pernas inquietas e — a mais comum — a

Apneia Obstrutiva do Sono, que provoca fragmentação do sono e, dessa forma, piora a sua qualidade.(4)

## **Capítulo 4. Sexsónia**

### **4.1. Contextualização**

Como já referido, a sexsónia foi descrita sob vários epítomos (sonambulismo sexual, comportamento sexual durante o sono, comportamento sexual atípico durante o sono, ou, em inglês, *sleepsex*). É classificada como um subtipo de parassónia associada ao sono NREM, caracterizada por comportamentos sexuais que decorrem durante estados de despertar parcial.(4,5,8,13–15)

Os episódios de sexsónia ocorrem, maioritariamente, na primeira metade da noite, tendo uma frequência muito variável, de apenas um episódio na vida até vários episódios por semana.(13)

Tal como o que acontece nos outros subtipos de parassónias associadas ao sono NREM, a fisiopatologia é desconhecida, apenas sendo especulado que poderá advir de um transtorno nos mecanismos do despertar.(1,13)

Em diversos estudos, com recurso a eletroencefalograma (EEG) e polissonografia (PSG), observaram-se frequentes despertares concomitantemente com atividades eletroencefalográficas lentas e rápidas, sugerindo a ocorrência de despertares parciais, especialmente durante a fase N3 do sono, caracterizada por ondas lentas. Estes achados corroboram a sua inclusão nas perturbações do sono NREM.(14)

## **4.2. Epidemiologia: Uma Realidade Escondida?**

A prevalência da sexsónia é, ainda, desconhecida já que não tem sido reportada tão frequentemente quanto os outros subtipos pertencentes à mesma classe destes distúrbios do sono. Poderá ser feita uma estimativa com base na prevalência das parassónias em geral, o que, para os adultos, estará entre 2% e 6%.(2,5,16)

A sexsónia parece ter uma predominância em indivíduos do sexo masculino, cerca de 67% a 81%, com um início das suas manifestações em idade jovem, por volta dos 26-33 anos de idade.(1,2,4,13,14,17) Um estudo feito a partir de inquéritos *online* concluiu que este início sintomático poderá aparecer mais cedo em doentes com história prévia de sonambulismo.(17)

Apenas cerca de 115 casos foram reportados na literatura, contudo, a teoria de que existirão muitos mais não parece estar descontextualizada.(17) É muito provável que este transtorno esteja subestimado, podendo estar na sua causa sentimentos de vergonha e humilhação por parte dos doentes e dos seus companheiros/as, que escondem esta situação dos profissionais de saúde.(1) Também o facto de uma amnesia dos episódios estar associada a este tipo de distúrbio sexual do sono, como reportado em diversos casos, poderá estar a favor deste baixo reconhecimento da condição.(14)

Tais argumentos favorecem a hipótese do subdiagnóstico, em detrimento da raridade epidemiológica da sexsónia.(14)

### **4.3. O Comportamento na Sexsónia**

Os comportamentos sexuais mais comuns, aquando dos episódios de sexsónia, são: a tentativa de iniciar relações sexuais, tentativa de penetração, o acariciamento do companheiro/a de cama, masturbação, vocalização de orgasmos e até mesmo, violação, entendida como submissão a um ato sexual não consentido, durante o sono.(1,2,4,8,18) Em casos já reportados, em mulheres que tiveram episódios de sexsónia, a masturbação e os orgasmos espontâneos são as manifestações mais frequentes e, quase exclusivas, durante o sono.(1,13)

O comportamento sexual que o doente com sexsónia tem durante o sono pode ser, por vezes, diferente do da vigília. Alguns indivíduos são mais delicados e carinhosos com as suas parceiras, ou parceiros, enquanto outros se tornam mais diretos e rudes, podendo mesmo ser violentos e agressivos, forçando aqueles a atos sexuais diferentes dos que habitualmente praticam. Por norma, durante o período de vigília, os doentes têm uma vida sexual normal, sem histórias de abusos sexuais, traumas, parafilias ou alterações psiquiátricas. É característica a perplexidade dos/as parceiros/as quando são abordados a meio da noite, sendo que, na maioria das vezes, rejeitam estes comportamentos sexuais ao compreender que não é um ato voluntário dos seus companheiros.(13) Uma particularidade deste comportamento sexual anómalo durante o sono prende-se com o facto de que os doentes têm estes comportamentos apenas consigo próprios ou com o/a parceiro/a de cama. Não é comum, no caso da sexsónia, o indivíduo abandonar a cama e procurar pela parceira, ou parceiro, levando a pensar que o contacto físico poderá despertar um episódio.(5,13)

Em regra, todos os doentes acordam com amnésia completa do episódio ocorrido durante a noite anterior, sendo interpelados por quem os acompanhava. Não parece haver associação com sonhos de conteúdo erótico, pelo que o doente, nestes episódios de sexsónia, não está a imitar ou a representar algum sonho que esteja a ter no momento, ao contrário do que pode acontecer noutras parassónias, como no sonambulismo ou no transtorno do comportamento associado ao sono REM.(13)

#### **4.4. Fatores Precipitantes**

Vários fatores precipitantes foram descritos, incluindo o contacto físico com outra pessoa na cama, o *stress*, a fadiga, o abuso de álcool e drogas ilícitas, a privação do sono, o trabalho por turnos e o consumo de alguns medicamentos.(1,4,8,13) Alguns exemplos de medicamentos, descritos na literatura como estando associados a episódios de *sexsomnia*, são os inibidores seletivos da recaptção da serotonina, o pramiprexole e o oxibato de sódio.(2,4,13)

O papel do álcool tem sido controverso: recentemente, a ICSD-3 sugere uma falta de correlação com as perturbações do despertar, sendo até a intoxicação alcoólica um critério de exclusão. Também a DMS-5, vem de encontro a esta ideia, tendo excluído o álcool da lista dos possíveis precipitantes do sonambulismo.(19)

A privação do sono e o trabalho por turnos são situações cada vez mais frequentes na atualidade. Os profissionais de saúde, quando perante suspeita de *sexsomnia*, devem inquirir o doente quanto ao seu regime de trabalho e tentar perceber se há privações ou uma higiene de sono deficitária.(20)

## **4.5. Sexsónia – Comorbilidades e Diagnósticos Diferenciais**

A grande maioria dos casos de sexsónia reportados na literatura não se apresenta como uma parassónia isolada, bem pelo contrário. Os episódios manifestam-se, frequentemente, alguns anos após uma história prévia de uma ou mais parassónias associadas ao sono NREM. Assim sendo, a sexsónia é, por norma, a última parassónia a manifestar-se.(13,14,18,20)

Patologias como a Síndrome das Pernas Inquietas ou a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono estão frequentemente associadas à ocorrência de episódios de sexsónia, na medida em que prejudicam a qualidade do sono dos doentes e expõem-nos, mais facilmente, a despertares mais recorrentes e a uma fragmentação do sono, que estão na base da ocorrência deste tipo de parassónia do sono NREM.(2,13,16)

Em certos casos, a sexsónia ocorre concomitantemente com uma ou mais perturbações do sono. Estão relatados dois casos de sexsónia e bruxismo. Este último caracteriza-se por uma atividade dos músculos mastigatórios durante o sono. O mecanismo de comorbilidade não foi ainda totalmente determinado, mas suspeita-se que se deva ao risco de fragmentação de sono e despertar.(16)

Até ao momento, não há também associações conhecidas entre a sexsónia e alguma disfunção sexual.(1)

É importante na avaliação médica conhecer e excluir a presença de algumas patologias suscetíveis de confusão com a sexsónia.

Pode ser difícil fazer o diagnóstico diferencial dentro dos subtipos de parassónias. Os despertares confusionais podem ser confundidos com a sexsónia, pelos movimentos e gemidos.(1) A perturbação do comportamento no sono REM difere no facto de se manterem fechados os olhos, de existir uma atitude algo confusa, por parte dos doentes, em relação ao uso do ambiente que os rodeia, sem objetivo definido nem um propósito. Contudo, as ereções penianas ocorrem, por norma, no sono REM. Teoriza-se que as ereções possam persistir e prolongar-se pela fase de sono NREM, bem como durante os despertares confusionais e até mesmo no despertar completo.(5,14,15)

Os automatismos sexuais podem fazer parte de estados convulsivos epiléticos focais, como a epilepsia do lobo frontal noturna. A incidência de parassónias NREM em doentes com epilepsia do lobo frontal noturna é de 34%, o que se revela uma percentagem relativamente alta. Torna-se, assim, muito importante que os profissionais de saúde que lidam com estes casos tenham este diagnóstico diferencial presente e que as saibam distinguir. Para tal, é crucial ter em mente critérios clínicos característicos que ajudem nesta diferenciação. Se, num contexto de comportamento sexual associado ao sono, características como a ocorrência dos eventos apenas durante o sono, história prévia de

parassónias em criança, baixo grau de estereotipia e a possibilidade de interromper o episódio, estiverem presentes, um diagnóstico de parassónia associada ao sono NREM será o mais provável.(18,21) Para exclusão ou confirmação de uma origem epilética deve, para além da avaliação clínica, ser feita uma avaliação eletrofisiológica por forma a validar e reforçar a veracidade do diagnóstico.(18)

Uma outra questão pertinente é perceber se os comportamentos sexuais do indivíduo representam verdadeiramente um episódio patológico e involuntário, ou se, pelo contrário, se relacionam com algum interesse sexual parafílico ou abuso consciente do parceiro/a. (1)

## **4.6. Como se Diagnostica?**

Uma anamnese completa é imperativa, apurando antecedentes patológicos do sono, pessoais ou familiares. É necessária uma recolha detalhada de informação sobre o episódio recente: a que horas ocorreu, a sua frequência, algum trauma que possa estar associado, o nível de amnésia, a atitude do doente quando acordado do incidente, a relação do episódio de sexsomnia com as rotinas e atividades diárias, episódios de *stress*, consumos de álcool ou privação do sono. Esta entrevista deve ser feita tanto ao doente como ao/a companheiro/a.(4–6,9)

O diagnóstico deve incluir, também, uma avaliação neurológica e psiquiátrica, que se revelam de especial importância para fazer o diagnóstico diferencial de patologias que envolvam uma afetação do sono, tais como depressão, ansiedade generalizada, *stress* pós-traumático, doença de Parkinson, entre outras.(1)

Apesar do diagnóstico ser maioritariamente feito tendo, como base, uma adequada e detalhada história clínica, o recurso a videopolissonografia (VPSG) pode ser esclarecedor.(9,10) A *American Academy of Sleep Medicine* (AASM) sugere que o recurso à VPSG deve ser reservado para os casos em que os comportamentos se apresentem violentos, com potencial dano para o doente ou para os que o rodeiam, com uma apresentação atípica no que toca à frequência, duração e idade de aparecimento. Também está indicado nos casos em que os episódios surgem associados a queixas sugestivas de outro transtorno concomitante, como a síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), síndrome das pernas inquietas, convulsões, distúrbios do sono REM, ou quando não se observa qualquer resposta ao tratamento instituído.(1,5,12,14)

Em alguns estudos, com recurso a EEG durante episódios de parassónias NREM, foram encontrados diferentes estados de vigília, simultaneamente, em diferentes regiões do cérebro, com atividade alfa de vigília em zonas posteriores e atividade delta de persistência do sono de ondas lentas em zonas frontais.(18) A PSG monitoriza uma série de parâmetros fisiológicos, entre eles, as ondas cerebrais, o tónus muscular e os movimentos dos braços e pernas, o movimento ocular, o ritmo cardíaco, avalia os parâmetros respiratórios, os movimentos peitorais e abdominais e a posição corporal. Atualmente, é já aceitável que um aumento no número de despertares, instabilidade durante o sono, a presença de despertares característicos, bem como níveis diminuídos de atividade do sono de ondas lentas, possa ser indicativo de presença de parassónias, incluindo a sexsomnia.(15) A sensibilidade pode ser aumentada, elevando-se o número de gravações repetidas de PSG e podendo esta mesma ser feita em casa, com recurso a fatores precipitantes como o consumo de álcool antes de deitar, privação do sono ou pedindo ao indivíduo para dormir com a sua parceira, ou parceiro. Por norma, os episódios de sexsomnia, tal como acontece no

sonambulismo, têm lugar durante as fases 3 ou 4 do sono NREM e, muito raramente, durante a fase 2.(1,21)

Apesar da importância destes exames complementares para o diagnóstico diferencial destas patologias com a sexsónia, no que respeita à confirmação do diagnóstico desta parassónia, eles não se revelam assim tão eficazes. Isto deve-se ao facto de que é extremamente raro conseguir um registo de um episódio de sexsónia, quer em laboratório quer mesmo durante as tentativas de fazer estes registos em casa. Até ao momento, apenas se conseguiram documentar dois casos por VPSG.(20,21) Perante tudo isto, questiona-se a sensibilidade e a especificidade de alguns dos seus marcadores.(14)

## 4.7. Abordagem e Tratamento da Sexsónia

Os dados em relação à abordagem e ao tratamento da sexsónia são ainda limitados.(8) Até à data, o tratamento é baseado nos tratamentos que se revelaram ser eficazes noutros tipos de parassónias.(15)

O tratamento não farmacológico assenta fundamentalmente na educação do doente, nomeadamente:

- o ensino de técnicas para uma boa higiene do sono.
- a evicção de todas as situações que possam provocar uma fragmentação do sono ou prejuízo da qualidade do sono (ruído, meio ambiente, eletrodomésticos).
- medidas de controlo do *stress*, como exercícios de relaxamento.
- o afastamento dos fatores precipitantes.

O tratamento de patologias concomitantes, como no caso da SAOS, em que o tratamento com Ventilação Não Invasiva (VNI) se tem relevado eficaz, é de extrema importância. Existem, também, alguns estudos a favor do uso de psicoterapias específicas, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental e a hipnose.(2,3,6,15,17)

Uma abordagem terapêutica farmacológica deverá ser considerada em determinados casos, se persistentes, disruptivos para o funcionamento psicossocial do indivíduo e potencialmente perigosos. Atualmente, não há ensaios controlados e randomizados que validem o tratamento farmacológico da sexsónia, e das parassónias em geral. Contudo, a classe de fármacos mais reportada, até ao momento, são as benzodiazepinas, particularmente o clonazepam (4,8,12,13,17) — curiosamente utilizado com algum sucesso no tratamento de outra perturbação do sono, a síndrome de pernas inquietas. Devido aos seus efeitos adversos, podem considerar-se outras alternativas, tais como o recurso antidepressivos com mecanismos sedativos e ansiolíticos, tais como a trazodona, mirtazapina, com base na experiência clínica. Há referências na literatura ao uso de lamotrigina e valproato de sódio, também eles com ação estabilizadora de membrana neuronal, contudo com efeitos laterais possíveis semelhantes aos do clonazepam.(1,14)

## **Capítulo 5. Implicações sociais da Sexsónia**

A sexsónia acarreta uma série de implicações a nível físico, psicológico, ou mesmo jurídico, tanto para o doente como para as pessoas que o rodeiam.(2,14)

Entre as possíveis consequências físicas enumeram-se escoriações e lacerações genitais ou de outras partes do corpo, ou até a fratura dos corpos cavernosos penianos com resolução em curvatura anormal.(1)

O indivíduo com sexsónia frequentemente perturba o sono do/a parceiro/a, podendo ofender verbalmente ou perturbar psicologicamente com a tentativa de ter relações sexuais inadequadas, violentas e de natureza não consensual.(5) Sendo surpreendido posteriormente com o relato do sucedido, sofre sentimentos de vergonha, culpa, confusão, desespero, podendo perpetuar-se em sintomas ansiosos, depressivos e insónias — com risco acrescido de prejudicar a qualidade do sono. Na parceira (geralmente de sexo feminino) podem surgir sentimentos de alarme, irritação e perplexidade. Face a todo este cenário, muitas vezes, estas relações podem sofrer uma rotura. (1,5) Em raras situações, a companheira do doente com sexsónia pode revelar-se satisfeita com estes episódios e preferir o tipo de comportamento sexual neste contexto. Contudo, o doente não tem consciência e, por isso, mantém-se o risco de perturbação da satisfação com a relação. (5)

A contextualização jurídica das consequências da sexsónia requer especial atenção. Importa, primeiramente, ter presente os conceitos de automatismo e de insanidade.(22) Aplica-se o conceito de automatismo quando uma pessoa com prejuízo grave da consciência, ou que se encontra em estado de inconsciência, consegue realizar atos que não são produto de qualquer vontade própria, mas de um reflexo neurológico. Insanidade é um conceito legal e da arte na língua inglesa, muitas vezes presente na literatura, mas não um diagnóstico ou uma classificação médica. (15,22)

Em Portugal, tem lugar a legislação sobre a imputabilidade ou inimputabilidade criminal (Art.º 20 do Decreto-Lei n.º 48/95 do Código Penal). (23) A responsabilidade criminal, na Lei portuguesa, requer que um ato seja ilícito, punível e culposo. Em regra, o Tribunal pede uma avaliação pericial médico-legal, com os requisitos específicos para se apurar se existe uma relação entre uma condição patológica diagnosticável e a capacidade de o indivíduo compreender e determinar o seu comportamento. Só se for livre de o praticar, será também responsável e, portanto, culposo. Isto inclui incorrer em comportamentos que compreende poderem resultar em episódios de sexsónia de acordo com a experiência prévia.

A avaliação do estado mental do indivíduo acusado é crucial. (15,22) Pode ser pertinente, além da imputabilidade, avaliar a perigosidade para o futuro, traduzida no risco de reincidência. Toda esta avaliação forense é bastante complexa, em torno da transição dos

diagnósticos médicos para os conceitos jurídicos de anomalia psíquica. (22) Hoje em dia, o pedido pelos Tribunais de uma opinião especializada na área do sono tem aumentado, considerando-se as patologias do sono como um fator importante no contexto judicial. Contudo, esta é uma área complexa, com pouca evidência que possa ser usada como suporte.(22) Carece-se ainda de protocolos concretos e jurisprudência em casos suspeitos de crimes cometidos no contexto de uma parassônia.(22)

Dadas estas circunstâncias, alguns especialistas do sono desenvolveram um conjunto de indicações para a avaliação forense. Deve incluir uma anamnese minuciosa e uma história descritiva dos comportamentos motores apresentados durante o sono. Deve ser feita, também, uma avaliação física, neurológica e psiquiátrica, incluindo o recurso a questionários e um estudo com VPSG.(24)

Este escasso conhecimento cria um desafio para os peritos forenses.(24) São várias as preocupações levantadas pelo uso do diagnóstico de sexsônia como argumento de defesa. Na grande maioria, os acusados são do sexo masculino e idade jovem, e as vítimas um indivíduo único, do sexo feminino e conhecida do arguido, podendo ser menor de idade.(24,25) É importante ter em consideração que, quando o indivíduo padece verdadeiramente desta doença e lhe é relatado tal episódio de violência, comportamento anormal ou mesmo de violação, este, geralmente, fica de igual forma traumatizado e perplexo, como acontece com as vítimas.(26)

O propósito dos estudos feitos com recurso a PSG, num contexto médico-legal, é apenas a tentativa de observação do comportamento durante o sono, num ambiente controlado, não estando as polissonografias concebidas para determinar o estado mental e de consciência do acusado, no momento em que ocorreu o episódio de crime. Por este motivo, não devem ser usadas como argumento isolado na condenação de um indivíduo. (15,19,22,24,27)

Um item fulcral desta avaliação é perceber se os comportamentos poderão inserir-se num interesse parafilico — uma atração sexual por um alvo não-genital ou estimulação não corporal e consentida por outra pessoa, que pode variar em algum grau de sofrimento para o indivíduo enquanto o pratica — ou mesmo um ato antissocial, desprovido de empatia pela pessoa que é vítima.(15)

Os indivíduos afetados devem tomar medidas que previnam a ocorrência destes incidentes. Desta forma, é razoável esperar da sua parte o discernimento e preocupação com a segurança alheia.(24)

Como acontece com outras abordagens sobre estas temáticas do foro sexual, também a sexsônia é capaz de iniciar um amplo debate no que diz respeito à sua conduta, risco, prejuízo, disposição e responsabilidade criminal.(26) Revela-se assim necessária a

educação das comunidades e a formação dos profissionais de saúde, juízes e júris acerca destas perturbações do sono.(22,24)

## **Capítulo 6. Discussão**

Surpreendentemente, a *sexsónia*, apesar de ser uma patologia da qual ainda pouco se sabe e muito pouco se fala, parece ser mais prevalente do que aquilo que seria expectável.

A sua prevalência tem sido estimada tendo em conta os dados já conhecidos da prevalência das *parassónias* NREM, não representando assim a realidade da doença. Durante a pesquisa feita, foi bastante difícil obter dados quantitativos e fidedignos, que permitissem ter uma noção concreta do número de casos de *sexsónia*, tanto a nível nacional como internacional, bem como em relação à sua epidemiologia em geral. Ficou apenas evidente o modelo típico do doente em que ocorre o primeiro episódio deste distúrbio, sendo, por norma, um indivíduo do sexo masculino, jovem, com história pessoal ou familiar de algum outro tipo de *parassónia* na infância e sem qualquer distúrbio mental ou psiquiátrico associado.

Para além da falta de investigação científica, também a falta de abertura e a vergonha ainda associadas ao sexo bem como a falta de comunicação competente e relação de confiança entre o médico e o paciente, poderão estar na causa deste subdiagnóstico e subestimação da *sexsónia*. É importante que o profissional de saúde esteja atento para esta condição, crie empatia na relação com o doente e transmita a confiança necessária para que este se abra, criando, assim, espaço para que todos os problemas e angústias sejam falados em consulta. Da mesma forma, revela-se crucial, e com o devido consentimento do doente, que se interrogue e ouça o/a companheiro/a, já que o indivíduo com *sexsónia* pode sentir-se desconfortável ou reticente em abordar o assunto.

O diagnóstico da *sexsónia* baseia-se numa anamnese completa e detalhada, tendo em consideração a história familiar e pessoal de distúrbios do sono do doente. Devem ser feitas questões direcionadas, tanto ao doente como ao/à parceiro/a, para que seja possível recriar o episódio o mais detalhado e próximo da realidade possível. Uma avaliação neurológica e psiquiátrica de ser feita de modo a excluir qualquer perturbação que possa estar a mitigar uma patologia do sono. Quanto ao uso da videopolissonografia noturna, e todo o restante estudo do sono, não há evidência de que seja credível para o diagnóstico definitivo da *sexsónia*, contudo, reconhece-se a sua importância no que diz respeito ao estudo de outras patologias do sono concomitantes nestes doentes, estando portanto recomendada.

São reconhecidos de forma consistente vários fatores de risco para a *sexsónia*, nomeadamente, a sua relação com a SAOS. Esta é o tipo mais comum de apneia do sono e é causada por obstruções completas ou parciais da via aérea superior. É caracterizada por pausas respiratórias durante o sono, com despertares concomitantes e redução dos níveis de oxigénio no sangue arterial. As *parassónias* associadas ao sono NREM ocorrem

associadas ao sono de ondas lentas, sono este que está frequentemente reduzido em doentes com SAOS e que provoca despertares parciais. Desta forma, revela-se importante inquirir os doentes com sexsónia, bem como as suas companheiras ou companheiros, quanto a sintomas relacionados com distúrbios da respiração associados ao sono, principalmente em casos que ocorrem de novo. Da mesma forma, será pertinente fazer a questão ao contrário e tentar perceber se, nos pacientes com SAOS, há queixas de sintomas de sexsónia.(2,28) Está descrito, em diversos casos publicados, que a resolução da SAOS pode levar a uma redução eficaz dos episódios de sexsónia ou, até mesmo, levar à sua resolução total sendo, portanto, aconselhada em praticamente todos os casos concomitantes com parassónias do sono NREM.(29) Para o tratamento da SAOS podem ser adotadas duas formas terapêuticas. Através de VNI, usando terapia de pressão positiva contínua (CPAP), ou de aparelhos de avanço mandibular que têm sido usados mais recentemente e com boas taxas de sucesso.(16,28,30) Por fim, seria relevante realizar mais estudos do sono formais em indivíduos do sexo masculino, com idades mais avançadas, obesos, com queixas de sonolência durante o dia e que apresentem um episódio, ou vários, aparentemente relacionados com parassónias NREM.(10)

O tratamento da sexsónia ainda não está devidamente esclarecido, baseando-se apenas nos poucos estudos e na experiência de alternativas já utilizadas para o tratamento de certas parassónias NREM. O fármaco mais descrito com alguma eficácia é a benzodiazepina anticonvulsivante clonazepam. Contudo, a evidência ainda é escassa para validar o seu uso. Assim, ganham relevo as estratégias comportamentais e psicoeducativas, além da resolução de precipitantes e comorbilidades que possam propiciar a sexsónia.

Pelas implicações apuradas, revela-se essencial disponibilizar ao doente uma abordagem aberta, empática, que o deixe confortável e com segurança na relação médico-doente. A abordagem pode requerer também uma observação em equipa multidisciplinar, nomeadamente incluindo as especialidades médicas de Pneumologia, Urologia, Psiquiatria, Neurologia e a Psicologia. Deve incluir também o/a parceiro/a, para que seja possível uma comunicação completa e eficaz e um controlo adequado da doença. A sexsónia não tratada pode acarretar risco de disfuncionalidade psicossocial, perda de qualidade de vida e, conseqüentemente, patologia mental depressiva ou ansiosa, compreensivelmente decorrente. O doente deve ser encorajado a não se culpar a si próprio, mas sim focar-se em manter uma atitude positiva e autoconfiante em relação a si mesmo e à sua doença.(3,5,17)

No que respeita às implicações legais, pode ser necessário incluir no apoio multidisciplinar a intervenção de técnicos de área social e jurídica que possam enriquecer o leque de medidas comportamentais para prevenção de riscos.

## **Capítulo 7. Conclusão**

A *sexsomnia* não tem sido tão reportada na literatura quanto as outras parassônias, estando a sua prevalência claramente subestimada.

É crucial que os profissionais de saúde, em especial a classe médica, entendam as características desta parassônia, saibam como reconhecê-la na sua prática clínica e tenham presente as consequências desastrosas que dela poderão advir. Como médicos, é importante que se aborde em detalhe a história de sono do paciente e que se assegure o melhor seguimento possível, atentando numa avaliação completa e organizada, para que seja possível o diagnóstico correto. Uma boa e eficaz comunicação entre o médico e o doente, baseada em confiança e abertura, é a pedra basilar para uma adequada abordagem ao doente com *sonambulismo sexual*.

Não há tratamento específico e direcionado para esta patologia, sendo de extrema importância a prevenção e o controlo dos fatores de risco e precipitantes daquela, por forma a evitar que, em casos mais graves, haja implicações legais com consequente dano para o próprio e para terceiros. É de ressaltar a grande importância de uma equipa multidisciplinar, que vise o acompanhamento direcionado destes doentes e assente numa boa gestão das suas expectativas, bem como contribua para reduzir os seus anseios e todo o estigma existente à volta do doente e da sua doença.

A *sexsomnia* traz consigo uma série de implicações, quer a nível social, familiar, pessoal, laboral e criminal, exibindo uma enorme carga emocional e retirando, assim, a qualidade de vida dos pacientes e suas respetivas companheiras, ou companheiros. Desta forma, todos os esforços devem ser feitos para que uma maior atenção seja dada a este distúrbio do sono e deve ser incentivada a literacia em saúde sobre esta temática.

Em jeito de conclusão, fica clara a necessidade de mais evidência científica, mais estudos quantitativos e fiáveis, bem como de diretrizes nacionais e internacionais, para que seja possível um conhecimento alargado desta temática. É necessária a obtenção de dados concretos acerca da epidemiologia e verdadeira prevalência da *sexsomnia*, das suas características clínicas, quais os melhores métodos de diagnóstico e medidas terapêuticas e preventivas eficazes. Toda esta informação mostra-se igualmente essencial para o justo julgamento dos que dela padecem e incorrem em atos criminosos e para que seja feita uma correta e bem estruturada gestão multidisciplinar destes doentes.

## **Referências Bibliográficas**

1. Béjot Y, Juenet N, Garrouy R, Maltaverne D, Nicollet L, Giroud M, et al. Sexsomnia: An uncommon variety of parasomnia. *Clin Neurol Neurosurg*. 2010;112(1):72–5.
2. Muza R, Lawrence M, Drakatos P. The reality of sexsomnia. *Curr Opin Pulm Med*. 2016;22(6):576–82.
3. Irfan M, Schenck CH. Sleep-related orgasms in a 57-year-old woman: A case report. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(1):141–4.
4. Singh S, Kaur H, Singh S, Khawaja I. Parasomnias: A Comprehensive Review. *Cureus*. 2018;10(12):1–9.
5. Schenck CH. Update on sexsomnia, sleep related sexual seizures, and forensic implications. *NeuroQuantology*. 2015;13(4):518–41.
6. Galbiati A, Rinaldi F, Giora E, Ferini-Strambi L, Marelli S. Behavioural and Cognitive-Behavioural Treatments of Parasomnias. *Behav Neurol*. 2015;
7. Avidan AY. Parasomnias and movement disorders of sleep. *Semin Neurol*. 2009;29(4):372–92.
8. Irfan M, Schenck CH, Howell MJ. Non-Rapid Eye Movement Sleep and Overlap Parasomnias. *Contin Lifelong Learn Neurol*. 2017;23(4):1035–50.
9. American Psychiatric Association. DSM-5, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 5ª edição. Climepsi Editores, editor. Lisboa; 2014. 478–484 p.
10. Rodriguez CL, Foldvary-Schaefer N. Clinical neurophysiology of NREM parasomnias. 1st ed. Vol. 161, *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier B.V.; 2019. 397–410 p.
11. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10). Fifth edit. World Health Organization. 2016.
12. Drakatos P, Marples L, Muza R, Higgins S, Nesbitt A, Dongol EM, et al. Video polysomnographic findings in non-rapid eye movement parasomnia. *J Sleep Res*. 2019;28(2):1–8.
13. Ariño H, Iranzo A, Gaig C, Santamaria J. Sexsomnia. Una forma de parasomnia con conductas sexuales durante el sueño. *Neurologia*. 2014;29(3):146–52.

14. Dubessy A, Leu-semenescu S, Attali V, Maranci J, Arnulf I. Sexsomnia : A Specialized Non-REM Parasomnia ? Sleep. 2017;40(2).
15. Organ A, Fedoroff JP. Sexsomnia: Sleep Sex Research and Its Legal Implications. Curr Psychiatry Rep. 2015;17(5).
16. Martynowicz H, Smardz J, Wieczorek T, Mazur G, Poreba R, Skomro R, et al. The Co-Occurrence of Sexsomnia, Sleep Bruxism and Other Sleep Disorders. J Clin Med. 2018;7(9).
17. Contreras JB, Richardson J, Kotagal S. Sexsomnia in an adolescent. J Clin Sleep Med. 2019;15(3):505–7.
18. Voges BR, Schmitt FC, House PM, Stodieck SR, Schenck CH. Complex sexual behaviors during sleep as a manifestation of epilepsy: A case series. Sleep. 2019;42(3).
19. Ingravallo F, Poli F, Gilmore E V., Pizza F, Vignatelli L, Schenck CH, 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.
20. Yeh S Bin, Schenck CH. Sexsomnia: A case of sleep masturbation documented by video-polysomnography in a young adult male with sleepwalking. Sleep Sci. 2016;9(2):65–8.
21. Mioč M, Antelmi E, Filardi M, Pizza F, Ingravallo F, Nobili L, et al. Sexsomnia: a diagnostic challenge, a case report. Sleep Med. 2018;43:1–3.
22. Morrison I, Rumbold JMM, Riha RL. Medicolegal aspects of complex behaviours arising from the sleep period: A review and guide for the practising sleep physician. Sleep Med Rev. 2014;18(3):249–60.
23. Decreto-Lei nº 48/95 de 15 de março do Ministério da Justiça. Diário da República n.º 63/1995, Série I-A; 1995.
24. Mohebbi A, Holoyda BJ, Newman WJ. Sexsomnia as a defense in repeated sex crimes. J Am Acad Psychiatry Law. 2018;46(1):78–85.
25. Cramer Bornemann MA, Schenck CH, Mahowald MW. A Review of Sleep-Related Violence: The Demographics of Sleep Forensics Referrals to a Single Center. Chest. 2019;155(5):1059–66.
26. McRae L. Blaming rape on sleep: A psychoanalytic intervention. Int J Law Psychiatry. 2019;62(December 2018):135–47.
27. Idzikowski C, Rumbold J. Sleep in a legal context: The role of the expert witness. Med Sci Law. 2015;55(3):176–82.

28. Khawaja IS, Hurwitz TD, Schenck CH. Sleep-related abnormal sexual behaviors (sexsomnia) successfully treated with a mandibular advancement device: A case report. *J Clin Sleep Med.* 2017;13(4):627–8.
29. Meira E Cruz M, Soca R. Sexsomnia and REM- predominant obstructive sleep apnea effectively treated with a mandibular advancement device. *Sleep Sci.* 2016;9(3):140–1.
30. Soca R, Keenan JC, Schenck CH. Parasomnia overlap disorder with sexual behaviors during sleep in a patient with obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med.* 2016;12(8):1189–91.