

UM CASO DE EXIBICIONISMO E A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Graziele Zwielewski Gomes*
Vânia Sant'ana**

RESUMO: Este artigo refere-se a um estudo de caso de um sujeito compulsivo por sexo pela internet, em que sua maior excitação era momentos em que emitia comportamento exibicionista. Foram realizadas 14 sessões semanais com enfoque cognitivo comportamental, com duração de 50 minutos cada sessão. Durante a intervenção, utilizaram-se algumas ferramentas como a Saciação Masturbatória, Sensibilização Encoberta, Inventário Vantagens/Desvantagens, Dessensibilização Sistemática e o Auto Registro, que aceleraram o processo de extinção do comportamento parafilico.

PALAVRAS-CHAVE: Exibicionismo; Parafilia; Terapia Cognitivo Comportamental.

A CASE OF EXHIBITIONISM AND BEHAVIORAL COGNITIVE THERAPY

ABSTRACT: Current analysis deals with a case-study of an internet sex-addicted subject whose highest excitations consisted in exhibitionist behavior. Fourteen weekly sessions focused on behavioral cognition were undertaken employing Masturbatory Satiation, Covert Sensitiveness, Advantages/Disadvantages inventory, Systematic desensitiveness and Self-register. The above tools accelerated the extinction of paraphilia behavior.

KEY WORDS: Exhibitionism; Paraphilia; Behavioral Cognition Therapy.

* Administradora e Psicóloga; Especialista em Psicologia Cognitivo Comportamental; Mestranda pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC/SC; E-mail: grazizw@gmail.com.

** Doutora em Psicologia Clínica; Orientadora de Estágio em Psicologia Clínica pela Universidade Estadual de Maringá – UEM/PR; E-mail: vlpsantana@gmail.com

INTRODUÇÃO

Parafilias são padrões de comportamentos sexuais nos quais a fonte de prazer não está na cópula, mas em outras atividades. São comportamentos caracterizados por anseios, fantasias ou outros comportamentos sexuais incomuns, que causam prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas da vida do indivíduo. Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV, 2000), as características essenciais para diagnóstico de uma parafilia consistem em: “fantasias, anseios sexuais, comportamentos recorrentes intensos e sexualmente excitantes, em geral envolvendo objetos não humanos; sofrimento ou humilhação próprio ou do parceiro; criança ou outras pessoas sem seu consentimento”.

É válido lembrar que o diagnóstico de parafilia em diferentes culturas e países pode se tornar um pouco contraditório, pois o que é considerado um desvio em um contexto cultural pode ser mais aceitável em outro. Na Inglaterra, a prática do *topless* é considerada normal; em Cali, na Colômbia, as mulheres só podem ter a primeira relação sexual com seus maridos se a sua mãe estiver presente para testemunhar o ato; no Líbano, os homens podem ter relações sexuais com animais desde que sejam fêmeas; na Indonésia, a masturbação é inaceitável e a pena para quem a pratica é a decapitação (ROCHA, 2010).

O importante é considerar que uma parafilia se torna patológica quando os comportamentos parafilicos levam a sofrimento ou prejuízos significativos (incitam a rituais obrigatórios; acarretam disfunções sexuais; exigem participação de pessoas sem o seu consentimento; trazem complicações sociais e legais). Um dos tipos de parafilia é o exibicionismo, que se caracteriza pelo desejo incontrolável de obter satisfação sexual através da exposição dos órgãos genitais ou de ser observado durante o ato sexual. Trata-se de uma parafilia em que o indivíduo não tem autocontrole sobre a sua vontade de exibir os seus genitais e, como consequências, ele tem prejuízos no ambiente social, profissional e afetivo. Às vezes o indivíduo se masturba durante a exposição dos seus órgãos (ou enquanto fantasia que se expõe), mas dificilmente o exibicionista tenta qualquer atividade sexual com o estranho. Ainda são poucas as publicações sobre tratamento de pacientes exibicionistas fundamentados

na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), abordagem que, conforme Abreu e Guilhaardi (2004) visam à modificação do comportamento e o ajuste cognitivo através de técnicas de reestruturação cognitiva.

Este artigo trata de um estudo de caso clínico de um cliente que procurou a psicoterapia relatando ter compulsão por sexo pela internet, em que sua maior excitação era momentos em que emitia comportamento exibicionista. Os motivos que o levaram a buscar a internet desde sua adolescência foram: *déficits* comportamentais relacionados à sua timidez; fantasias sexuais que não tinha com quem compartilhar; momentos livres em casa e sozinho; não tinha namorada; além do relacionamento conflituoso com o pai na adolescência. Abreu et al. (2008) afirmam que, com a inclusão de tecnologias contemporâneas, a internet tornou-se uma ferramenta de uso amplo, que até hoje favorece a comunicação e o contato social, principalmente por pessoas mais tímidas e introvertidas, como no caso de *E*. Os mesmos autores afirmam também que psiquiatras consideram que o uso abusivo da internet é caracterizado como falta de controle e pode causar severos impactos na vida cotidiana dos usuários, como percebemos também no caso de *E*.

Pretende-se, neste artigo, apresentar a descrição da conduta terapêutica e das ferramentas utilizadas durante o tratamento para os comportamentos exibicionistas do cliente, assim como relatar a evolução do caso clínico. Acredita-se que este caso tenha grande relevância científica, pois poderá colaborar com outros profissionais e pesquisadores que estejam tentando avaliar a eficácia de técnicas da TCC em transtornos sexuais.

2 METODOLOGIA

Os atendimentos aconteceram na Clínica de Psicologia em Florianópolis, durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2011 com um total de 14 sessões. Foi através da Psicologia Cognitivo Comportamental que a psicóloga se fundamentou para o atendimento e tratamento do caso de *E*. O consentimento do sujeito para a publicação do seu caso foi obtido durante o seu tratamento.

2.1 QUEIXA

E. tem 31 anos, é do sexo masculino, casado, fisioterapeuta e professor de Pilates em uma cidade do sul do país. Procurou a psicoterapia com a queixa de compulsão por “sexo pela internet”, dizendo que já estava afetando sua vida afetiva, tanto que, no momento em que procurou a psicoterapia, estava separado de sua esposa. E. relatou que seu comportamento compulsivo consistia em procurar pela internet pessoas para conversar e manter relações sexuais virtuais com o auxílio da *webcam*. Contou que tinha fantasias de ser observado por outras pessoas enquanto mantinha relação sexual com sua esposa e chegou a sugerir a ela a troca de casais. E. morava com sua esposa e seu sogro no apartamento deste, porém, o seu comportamento compulsivo chegou a invadir o espaço da sua relação conjugal, o que, para sua esposa, foi interpretado como motivo para a separação do casal: ele manteve relações sexuais virtuais pela internet com o auxílio da *webcam*, com uma das melhores amigas da sua esposa, que inclusive fora madrinha de casamento do casal. Quando E. procurou a terapia, estava morando no apartamento de um amigo, enquanto o casal resolvia qual caminho pretendia seguir com relação ao matrimônio.

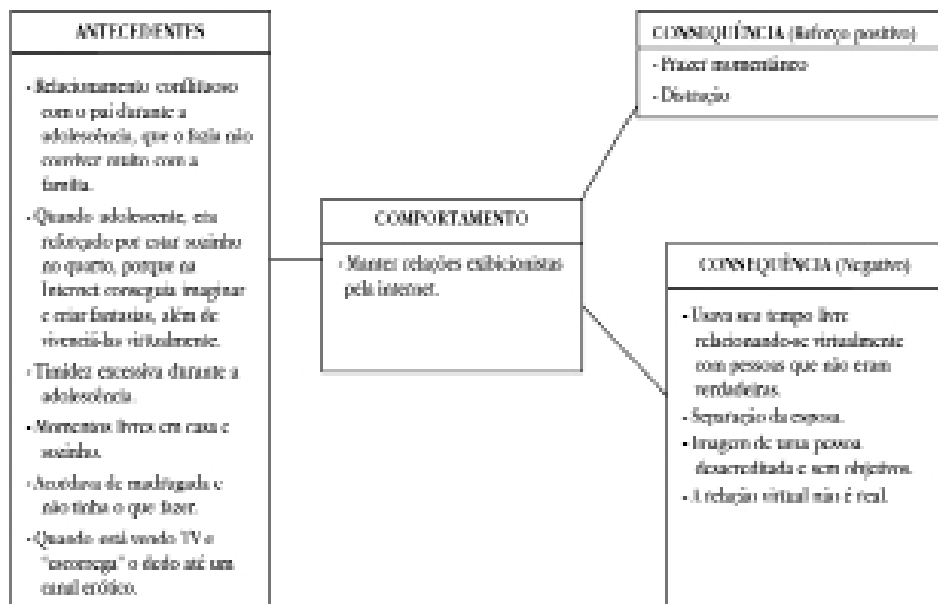
E. chegou ao consultório dizendo não conseguir controlar sua vontade de buscar o sexo virtual e que inclusive havia contado para sua família (pais, esposa e sogro) sobre sua compulsão, com a intenção de que eles o ajudassem. A reação dos familiares foi de compreensão e da conscientização de que E. precisava de ajuda psicoterápica. Os pais de E. afirmaram já desconfiar desse comportamento do filho, uma vez que desde adolescente E. permanecia muito tempo no seu quarto, conectado à internet.

2.2 ANÁLISE FUNCIONAL

Para identificar a função e o valor de sobrevivência de um determinado comportamento, foi aplicada a Análise Funcional como método de investigação da queixa apresentada pelo paciente em questão (MATOS, 1999). O objetivo foi, através desta análise, conseguir identificar os elementos do ambiente que estão ocasionando e mantendo o comportamento alvo de intervenção. Procurou-se identificar: a) o produto do comportamento; b) o seu contexto de ocorrências e c) as operações motivadoras desse comportamento.

A Figura 1 apresenta a análise funcional do comportamento de E. de procurar a internet como forma de emitir comportamento exibicionista.

Figura 1. Análise funcional do comportamento exibicionista pela internet



3 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS ADOTADOS NO CASO DE E.

O tratamento de E. com relação ao comportamento exibicionista teve um total de 14 sessões, nas quais foram utilizadas ferramentas da Terapia Cognitiva Comportamental: saciação masturbatória, sensibilização encoberta, inventário vantagens/desvantagens, dessensibilização sistemática e o autorregistro. A utilização desses procedimentos foi feita de forma integrada e será explicada a seguir, junto com o procedimento clínico.

3.1 AUTOCONTROLE

Durante as sessões, o cliente começou a perceber que não reconhecia as contingências que o levavam a ter o comportamento-problema e não conseguia ter

domínio sobre o seu comportamento. Portanto, foi trabalhado o desenvolvimento do autocontrole: procedimentos que o ensinavam a reconhecer e modificar seu próprio comportamento, para alcançar metas propostas (REHM, 2002). Este procedimento do autocontrole, mencionado por Rehm (2002), constitui-se de três etapas: autorregistro, autoavaliação e autorreforço, que formam um ciclo de *feedback*, em que o comportamento é registrado, avaliado em comparação a um modelo e regulado através de autorreforço. O mesmo autor menciona a importância da definição de metas e objetivos para ajudar o paciente a manter o comportamento assertivo. Dessa forma, durante as sessões foram investigadas as áreas de vida do paciente que estavam sendo afetadas pelo seu comportamento-problema (familiar, pessoal, conjugal, profissional, espiritual, social, de lazer, financeira, autoconceito) e estabelecidas metas em conjunto com o mesmo, que podem ser observadas no Quadro 1.

Quadro 1. Metas estabelecidas pelo paciente

METAS de E.

- Cessar 100% das conversas e comportamentos parafilicos.
- Cessar 100% das fantasias sexuais que não sejam com a minha esposa.
- Reconquistar a confiança de minha esposa.
- Aumentar meus horários no Pilates.
- Fazer Mestrado em 2012.
- Perder peso.

Ainda durante o período da análise funcional, foi solicitado, no segundo encontro com o paciente, que ele iniciasse o “Autorregistro das suas vontades e dos comportamentos parafilicos”. O objetivo da terapeuta foi conseguir uma identificação precisa do comportamento problema; identificar os antecedentes e consequentes; descobrir a frequência, quantidade, duração e intensidade com que o comportamento aparecia (ABREU; GUILHARDI, 2004). O autorregistro é um procedimento que corresponde à observação e ao registro do comportamento, o que, conforme os autores, traz para o paciente a possibilidade de perceber que as dificuldades de autocontrole não representam “fraquezas”, mas são efeito de contingências ambientais que foram reforçadas e punidas no seu passado. O autorregistro de E. pode ser visto na Quadro 2.

Quadro 2. Autorregistro das vontades e dos comportamentos parafilicos

(continua)

Autorregistro do Comportamento Problema	
27/09	* Fui olhar umas fotos de mulheres nuas e não resisti, me masturbei.
28/09	Eu estava sozinho em casa durante o dia. Tive intervalo entre as aulas. Senti tesão, fiquei olhando pela janela para ver se via alguém se trocando ou tendo relação.
03/10	Eu estava sozinho em casa durante o dia. Tive intervalo entre as aulas. Senti tesão, fiquei olhando pela janela para ver se via alguém se trocando ou tendo relação.
07/10	Eu estava sozinho em casa durante o dia. Tive intervalo entre as aulas. Senti tesão, fiquei olhando pela janela para ver se via alguém se trocando ou tendo relação.
08/10	Eu estava sozinho em casa durante o dia. Tive intervalo entre as aulas. Senti tesão, fiquei olhando pela janela para ver se via alguém se trocando ou tendo relação.
10/10	Tive vontade, senti tesão. Fui para a TV e assisti mulheres se beijando, sexo anal. Mas não me masturbei, pensei nas consequências do que eu estou fazendo.
11/10	Tive vontade de me masturbar, mas lembrei das vantagens e desvantagens do que eu estou fazendo. Fui assistir TV, ler uns artigos, e a vontade passou.
13/10	Sozinho em casa, fiquei procurando pela janela para ver se conseguia ver alguém se masturbando.
14/10	Eu estava sozinho em casa durante o dia. Tive intervalo entre as aulas. Senti tesão, fiquei olhando pela janela para ver se via alguém se trocando ou tendo relação.
15/10	Eu estava sozinho em casa durante o dia. Tive intervalo entre as aulas. Senti tesão, fiquei olhando pela janela para ver se via alguém se trocando ou tendo relação.
16/10	Trocando os canais, eu acabei vendo um canal de lésbicas. Minha esposa estava junto, me senti excitado, mas logo pensei que ela não gosta e nas consequências do meu comportamento. Mudei de canal e a excitação passou.
16/10	Fui selecionar fotos para levar para a terapia e me senti excitado em nível 3, mas minha esposa estava do lado e eu acabei ficando com vontade de ter relação com ela.
17/10	Não senti vontade, mas fiquei olhando pela janela para ver se via alguém se trocando.
19/10	* Eu estava sozinho em casa, lendo artigos pela internet, me cansei e pensei: “hora de dar uma pausa, vou olhar fotos”. Olhei as fotos, e a excitação aumentou muito, não consegui resistir. Eu não estava com o inventário vantagens/desvantagens do lado. Quando terminei, consegui pensar nas consequências e eu nunca me senti tão mau. Pensei: “consigo fazer tantas coisas, mas não consigo me livrar disso”. À noite, fui assistir TV e deixei um produto fedido do lado, eu via as mulheres na TV mas cheirava o produto químico. Tive vontade, mas não me masturbei.

(conclusão)

21/10	Eu estava sozinho em casa e fiquei procurando pela janela, para ver se conseguia ver alguém se trocando.
24/10	Senti tesão e vontade de ver as fotos. Peguei o inventário vantagens/desvantagens e fui olhar as fotos. Eu olhei e me senti excitado nível 4, mas, depois de ler o inventário vantagem/desvantagem, reduziu em 70%.
09/11	Tive vontade de ver fotos, mas li o inventário de vantagens/desvantagens e a vontade passou.

Nota: * indica as recaídas do paciente.

Na quarta sessão, com a intenção de iniciar a segunda etapa do procedimento de autocontrole, a autoavaliação, foi aplicado o “inventário vantagens/desvantagens”, que trabalhou com o paciente as consequências de continuar emitindo o comportamento problema (Quadro 3). Em seguida, foi instruído ao paciente que digitasse e imprimisse várias cópias, para que as pudesse ter por perto sempre que sentisse a excitação. Na sessão anterior, fora determinado um padrão de comportamento aceitável e o padrão de comportamento não aceitável referente a comportamentos sexuais. E. concluiu que, para atingir suas metas, não lhe seria permitido, em seu meio social e familiar, casos extraconjugais e fantasias que envolvessem terceiras pessoas.

Quadro 3. Inventário Vantagens/Desvantagens

(continua)

Vantagens de ter comportamento problema - distração; - satisfação momentânea.	Desvantagens de ter comportamento problema - posso voltar a ter comportamento parafilico; - voltar a perder tempo com isso; - esse tipo de relação virtual ou de observação é uma mentira; - a relação verdadeira é com a minha esposa; - vou me sentir uma pessoa sem palavras; - vou me sentir uma pessoa desfocada dos meus objetivos.
--	--

(conclusão)

<p>Vantagens de não ter o comportamento</p> <ul style="list-style-type: none"> - não perderei meu tempo; - não vou abrir brecha para a parafilia; - não vou correr risco de magoar a minha esposa; - não vou viver uma mentira; - não vou causar mal para ninguém, nem para mim mesmo; - não vou gerar culpas desnecessárias na minha cabeça; - vou me sentir no trilho dos meus objetivos, focado; - não vou me sentir mentiroso. 	<p>Desvantagens de não ter o comportamento</p> <ul style="list-style-type: none"> - nenhuma.
---	--

No autorregistro do paciente foi identificado que este não se controlava diante dos estímulos. Assim, foram ensinadas para E. algumas técnicas de “distração e comportamentos de fuga-esquiva”. Os comportamentos definidos por E. como eficazes foram: ler o Inventário de Vantagens/Desvantagens, fechar o *notebook* e sair da frente do computador, fazer um exercício abdominal de Pilates chamado *hundred*, sair de casa para correr, ir para a TV e pegar um livro interessante.

3.2 TÉCNICAS AVERSIVAS

Para auxiliar o paciente no alcance de suas metas, foram introduzidas duas técnicas de caráter aversivo, que, conforme Caballo (2002) tentam associar um padrão de reação comportamental não desejado e socialmente não aceito a uma estimulação desagradável, esperando que assim seja estabelecida uma conexão entre o comportamento a eliminar e a reação aversiva de tal forma que o indivíduo pare totalmente de agir de acordo com o comportamento a ser eliminado. As técnicas descritas a seguir foram observadas no trabalho de Fukahori, Silveira e Costa (2005) como eficazes no tratamento de um caso de exibicionismo: a saciação masturbatória e a sensibilização encoberta.

LoPiccolo (1994) descreve a saciação masturbatória como uma técnica que expõe o paciente ao evento que evoca a resposta exibicionista para ele logo após

a masturbação relacionada a situações que não são consideradas parte do comportamento parafilico. Fukahori, Silveira e Costa (2005) descrevem que o paciente é instruído a masturbar-se em casa imaginando cenas ou situações que não estejam relacionadas às respostas parafilicas, até que o paciente chegue à ejaculação ou perca a ereção e entre no período refratário. O paciente é instruído a, logo em seguida, imaginar e/ou ler em voz alta situações que envolvam os eventos que evocam respostas parafilicas, enquanto continua a se masturbar por mais 45 a 60 minutos.

Já na sensibilização encoberta, conforme LoPiccollo (1994), o cliente elabora uma lista de situações nas quais há risco de estimular o comportamento parafilico e outra lista com possíveis conseqüências negativas desse comportamento. A instrução é que o paciente leia as situações de risco para estimular a excitação, feche os olhos e as descreva em voz alta até o início da excitação sexual. Em seguida, ele é instruído a inalar uma substância nociva, como o sal amoníaco, e imediatamente visualizar-se no contexto das conseqüências aversivas.

Ambas as técnicas foram adotadas no tratamento de E., porém, a técnica da saciação masturbatória foi indicada como tarefa de casa, muito comum em terapia comportamental cognitiva. O paciente a praticou até a sessão de número 10 e depois disso relatou já estar cada vez mais aversivo à ideia de pensar nos comportamentos parafilicos. A técnica da sensibilização encoberta foi realizada dentro do consultório, porém em conjunto com a técnica da dessensibilização sistemática, escolhida por se tratar de um procedimento de contracondicionamento¹, em que são apresentados estímulos reforçadores e aversivos, simultaneamente (ABREU; GUILHADI, 2004). Conforme os autores, o resultado obtido com o uso dessa técnica é uma diminuição da frequência das respostas-problema na presença de um estímulo, ou seja, o paciente passa a desenvolver respostas alternativas e contrárias às emitidas anteriormente.

O primeiro passo da dessensibilização sistemática foi construir, com o paciente, uma Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedade (SUDS) relacionadas ao seu comportamento-problema, que pode ser observada no Quadro 4.

¹ Contracondicionamento: consiste em condicionar uma resposta contrária àquela produzida pelo estímulo condicionado.

Quadro 4. Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedade (SUDS)**SUDS**

- 1 me imaginar no computador tendo conversa / sexo virtual com alguém.
- 2 ver canal de tv fechada, erótico com a minha esposa do lado
- 3 olhar fotos pornográficas
- 4 selecionar as fotos para trazer para terapia
- 5 ver as fotos depois de selecionar e ficar me imaginando naquelas situações.
- 6 ver canal erótico sozinho
- 7 procurar contos eróticos na internet (porque têm muitos estímulos visuais)
- 8 estar sozinho em casa, com tempo livre e ver fotos ou ouvir conversas eróticas
- 9 ver as fotos e ouvir contos eróticos
- 10 eu ler os contos e ver as imagens

A terapeuta introduziu os estímulos de forma gradual: imaginação e visualização de cenas e fotos; procura de fotos e contos eróticos; ouvir contos enquanto olha imagens e leitura de contos enquanto olha as imagens. À medida que o paciente se sentia excitado, era trabalhada a técnica da sensibilização encoberta: o paciente precisava ler o seu inventário de vantagens e desvantagens contendo as consequências aversivas, e imediatamente inalar o sal amoníaco. Após a inalação, o terapeuta aplicava uma técnica de relaxamento incluindo hiperventilação.

A técnica da sensibilização encoberta foi aplicada de forma aleatória, até à última sessão do paciente, com um total de sete aplicações. Nas duas últimas sessões em que foi aplicada a técnica, o paciente não conseguiu terminar de ler os contos, dizia sentir-se aversivo e estar se sentindo muito mal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente conseguiu ter controle do seu comportamento, uma vez que, mesmo sendo estimulado por canais de TV, contos eróticos, tempo livre e de estar sozinho em casa, não teve recaídas. O autocontrole do paciente foi trabalhado e alcançado de forma que, mesmo diante dos estímulos que eliciam a excitação, E. consegue agora se controlar, além de sentir aversão quando é forçado a manter-se em contato com os estímulos.

O paciente trouxe, em sessão, um *feedback* referente ao tratamento, em que menciona que a TCC o ajudou a controlar sua compulsão por sexo virtual e

agora se sente enjoado em pensar em procurar sexo pela internet, além de entender isso como uma perda de tempo.

Pode-se dizer que o comportamento parafílico condicionado, que eliciava excitação sexual, foi contracondicionado e emparelhado a comportamentos de perda de tempo. Para que toda essa mudança comportamental fosse possível, conclui-se que a relação terapêutica que foi estabelecida entre o paciente e a terapeuta foi fundamental para mudança de comportamento e aumento dos reforçadores do paciente.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. **Terapia comportamental e cognitivo comportamental: práticas clínicas**. São Paulo: Roca, 2004.

ABREU, C. N. et al. Dependência de internet e de jogos eletrônicos: uma revisão. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 2, p. 156-167, 2008.

CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos, 2002.

DSM IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Psiquiatria Geral. São Paulo: Artes Médicas Sul, 2000. Disponível em: <www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm>. Acesso em: 11 jan. 2012.

FUKAHORI, L.; SILVEIRA, J. M.; COSTA, C. Exibicionismo e procedimentos baseados na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): um relato de caso. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 67-76, 2005.

LOPICOLLO, J. Acceptance and broad spectrum treatment of paraphilias. In: HAYES, S. C. et al. (Eds.) **Acceptance and change: content and context in psychotherapy**. Reno, NV: Context Press, 1994.

MATOS, M. A. Análise funcional do comportamento. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v.16 n.3, p.8-18, set./dez. 1999.

REHM, L. P. Métodos de autocontrole. In: CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos, 2002.

ROCHA, A. M. **Leis estranhas ao redor do mundo**. 2010. Disponível em: <<http://mais.uol.com.br/view/e8h4xmy8lnu8/leis=-estranhas-ao-redor-do-mundo04021-336CA0E133B6A?types-A&>>. Acesso em: 11 jan. 2012.

Enviado em: 26 de março de 2012

Aceito em: 18 de março de 2013