

**CENTRO DE ESTUDOS JOSÉ DE BARROS FALCÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA**



Amanda Galdino Macolmes

Transtorno Parafílico – Relato de caso

Porto Alegre, 2017.



Amanda Galdino Macolmes

Transtorno Parafílico – Relato de caso

**Trabalho de Conclusão de Curso
Centro de Estudos José de Barros Falcão
Curso de Especialização em Psiquiatria**

Professor Orientador: Dr. Theobaldo Oliveira Thomaz

Porto Alegre, 2017.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pelo incentivo aos meus estudos e profissão e principalmente pelos seus ensinamentos.

A minha filha pela oportunidade de ser sua mãe e mesmo não tendo conhecimento ilumina de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

Ao meu esposo que de forma especial e carinhosa me dá força e coragem, me apoiando irrestritamente.

Agradeço ao Centro de Estudos, a todos supervisores especialmente ao meu orientador, por toda ajuda e paciência durante as supervisões. As secretarias do ambulatório, pela dedicação e amizade.

RESUMO

O presente relato tem por objetivo descrever o caso de um paciente com transtorno travéstico e transtorno do masoquismo, comorbido com dependência química, encontra-se em acompanhamento psicoterápico e psicofarmacológico para controle de sintomas impulsivos bem como manutenção da abstinência do uso de substâncias. Propondo, a partir desta descrição, discussão sobre as metas para o tratamento psicoterápico nestes casos onde há prejuízo significativo.

Palavras-chave: parafilia, psicoterapia, psicofarmacoterapia

ABSTRACT

The present report aims to describe the case of a patient with transvestitic disorder and disorder of masochism, comorbid with chemical dependence, under psychotherapeutic and psychopharmacological follow-up to control impulsive symptoms as well as maintenance of abstinence from substance use. Proposing, from this description, discussion on the goals for psychotherapeutic treatment in these cases where there is significant impairment.

Keywords: Paraphilia, psychotherapy, psychopharmacotherapy

SUMÁRIO

Conflitos de Interesse.....	6
Introdução.....	7
Método.....	8
Apresentação do Caso Clínico.....	9
Discussão.....	20
Considerações finais.....	22
Referências Bibliográficas.....	24

CONFLITOS DE INTERESSE

A autora declara não haver potenciais conflitos de interesse que possam interferir na imparcialidade deste estudo. O atual estudo não teve fontes de financiamento externas.

INTRODUÇÃO

As parafilias, segundo DSMV representam qualquer interesse sexual intenso e persistente que não aquele voltado para estimulação genital ou para carícias preliminares com parceiros humanos que consentem e apresentam fenótipo normal e maturidade física. Em algumas circunstâncias as parafilias baseiam-se em preferências por alvo anômalo, sendo descritas, portanto como interesse sexual preferencial e não como interesse sexual intensos.

Atualmente alguns autores¹ consideram as classificações dos transtornos da sexualidade como representações de padrões contemporâneos e relações de gênero e observa que o tratamento médico das parafilias evoluiu de um modelo de patologização de todo comportamento sexual “não reprodutivo” a um modelo que oferece o bem-estar sexual e o consenso dos relacionamentos, e considera patológico a ausência de consentimento de cada parte nas práticas sexuais.

A investigação sobre as parafilias floresceu durante a última década, promovida pelo desenvolvimento de um maior número de atividades e possibilidades sexuais além do acesso ao uso da tecnologia para as mesmas. Apesar do acúmulo de estudos, no entanto, as evidências coletadas em amostras clínicas de pessoas que procuram tratamento ainda são escassas.

Em grande parte dos estudos os doentes são do sexo masculino (80-94%) entre idade de 20-76 anos. Os resultados dos estudos sobre parafilia mostraram perfis altamente heterogêneos em termos de preferências e comportamentos sexuais, bem como de comorbidades envolvidas. Estes achados destacam a necessidade de desenvolver intervenções psicoterapêuticas sob medida, levando em conta a complexidade e heterogeneidade de cada caso.

Durante o acompanhamento de um caso de transtorno parafílico devemos estar atentos para questões legais, duas das condições mentais diagnósticas mais importantes do ponto de vista forense incluem pedofilia e sadismo sexual.

MÉTODO

Este estudo se trata de um relato de caso que aborda transtorno parafílico. O paciente faz acompanhamento no Centro de Estudos José de Barros Falcão desde fevereiro de 2014 primeiramente atendido por colega cursista seguimento com colega em seu consultório particular retorno ao ambulatório em julho de 2016 onde iniciou atendimento quinzenal com cursista redator até dezembro de 2016.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO:

C.Z. masculino, divorciado, 34 anos, branco, natural de Porto Alegre/RS e procedente de Canoas/RS, católico não praticante, ensino superior completo, cursou logística empresarial.

QUEIXA PRINCIPAL:

“Parei meu tratamento, preciso de um médico para revisar minhas medicações pois tenho tremores”

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

INÍCIO E CURSO DA DOENÇA ATUAL:

O paciente procurou o ambulatório de psiquiatria do Centro de Estudos José de Barros Falcão (CEJBF) em fevereiro de 2014 a fim de dar seguimento ao tratamento iniciado em internação na clínica pinel, internação esta para desintoxicação, apresentando adição à múltiplas drogas, principalmente cocaína e álcool. Durante acompanhamento terapêutico iniciou processo de abstinência do uso de substâncias o qual se manteve, porém com aumento significativo da busca por atividades sexuais frequentes e intensas com transexuais, apresentando prejuízo significativo já que sua vida moldava-se a busca por prazer sexual, culminando com a impossibilidade de manter qualquer atividade laboral e por vezes dificuldade de manter atividades da vida diária.

Após um ano em atendimento no CEJBF realizou seguimento eventual com mesmo terapeuta em seu consultório particular quando abandonou tratamento por pelo menos 6 meses, porém, mantendo acompanhamento da mesma psicóloga desde 2014.

A piora da ansiedade e aumento do comportamento de risco para recaídas bem como a mudança de padrão e frequência sexual fez com que C.Z. buscasse novamente acompanhamento médico.

Apresentou comportamento sexual intenso, por vezes agressivo desde os 15 anos, refere primeira relação transexual aos 16 anos, nunca apresentou interesse sexual por homens apenas por transexuais e preferencialmente sexo profissional, neste período apresentou dificuldades escolares significativas e início do uso de maconha e álcool eventual.

Paciente apresentou algumas manifestações parafilias diferenciadas durante o acompanhamento transitando por relações do tipo masoquista em envolvimento hetero/transsexual, bem como experienciou prostituição, sempre retornando à relações preferencialmente transexuais envolvendo profissionais do sexo. Por diversas vezes colocou-se em risco físico sendo agredido e roubado inúmeras vezes bem como se expondo a fazer atividades ilícitas quando como submisso em suas relações.

Através de seu acompanhamento no NA (Narcóticos Anônimos) foi introduzido por um amigo ao DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos), no qual realiza acompanhamento concomitante.

Atualmente paciente aderente ao tratamento em uso de lítio 1800mg/dia (litemia 1,0), bupropiona 150mg/dia; quetiapina 50mg/dia, consultas mensais no ambulatório CEJBF, semanais com sua psicóloga, permanece frequentando as reuniões do NA e DASA.

HISTÓRIA PREGRESSA:

Acompanhamentos irregulares com psicólogas desde início da adolescência, por dificuldades escolares, brigas e uso de substâncias. Primeira tentativa de acompanhamento com psiquiatra se deu após alta da primeira internação em 2012, parou após apenas dois atendimentos.

Uso de drogas desde adolescência refere álcool como primeira droga porém não sabe precisar como se deu o uso de outras substâncias (maconha, cocaína, crack, solventes...). Uso preferencial de cocaína e álcool pelos quais internou por duas vezes para desintoxicação.

HISTÓRIA FAMILIAR PREGRESSA:

Mãe com história de depressão sem qualquer acompanhamento. Pai hígido.

Primo dependente químico.

ESTUDO BIOGRÁFICO:

HISTÓRIA FAMILIAR:

Pais casados donos de um café.

Tem três filhos de oito, seis e cinco anos, o mais jovem proveniente do segundo relacionamento e os demais do primeiro.

HISTÓRIA PESSOAL:

DESENVOLVIMENTO INFANTIL:

Não relata e/ou não recorda alterações de grande impacto ou traumas de infância, refere que os pais trabalhavam muito e permanecia muito tempo sozinho ou com amigos. Refere que seu pai sempre foi muito distante emocionalmente. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado em cada faixa etária.

ESCOLARIDADE E SOCIALIZAÇÃO:

C.Z. repetiu o todos os anos do segundo grau, refere ter faltado muito, pouco lembra deste período escolar, não tinha amigos, refere uso intenso de drogas e descobertas sexuais, diz que era inicialmente tímido e retraído, porém sempre muito impulsivo, fazia amigos facilmente no ambiente de prostituição e drogas, “eu sempre era o que mais bebia, mais me drogava, que fazia qualquer coisa no sexo”

RELACIONAMENTO PESSOAL, HISTÓRIA PSICOSSEXUAL E DE VIDA CONJUGAL:

Paciente muito retraído e com poucos amigos, apresenta vínculo maior com amigo que conheceu no N.A. que também apresenta transtornos parafílicos.

C.Z. mora com os pais, refere relacionar-se bem com os mesmos, porém pouco tem a falar da relação, evidenciando o caráter bastante superficial da relação.

Paciente iniciou sua vida sexual aos 13 anos com profissional do sexo que conheceu através de um vizinho amigo da família.

Paciente teve dois relacionamentos estáveis, porém apenas no segundo relacionamento ocorreu maior envolvimento emocional ocorrendo término abrupto após esposa descobrir preferências transexuais do parceiro. Distante dos filhos, apresentando pouco e por vezes nenhum interesse em participar da vida dos mesmos.

Durante seus relacionamentos manteve sua vida sexual paralela com profissionais do sexo preferencialmente transexuais e envolvendo concomitantemente o uso expressivo de drogas.

Apresentou progressão do caráter compulsivo da atividade sexual buscando diariamente diversas vezes profissionais do sexo, iniciando processo de subtração de dinheiro dos seus pais para manter o processo. Demonstra pouca empatia e ausência de sofrimento ao relatar expressivos furtos aos seus pais.

VIDA PROFISSIONAL, OCUPAÇÕES E HÁBITOS:

Formou-se em logística empresarial trabalhando por três anos na área em uma empresa de transportes de bens de consumo, de onde foi afastado para internação pela dependência química.

Hoje trabalha no café do pai como garçom e caixa. Dificuldade significativa em estabelecer prioridades e uso adequado dos seus rendimentos. Seu salário é investido

quase que integralmente no planejamento e execução de sua parafilia. A pensão de seus filhos é paga pelo seu pai.

DOENÇAS E ACIDENTES:

Dependência química

IMPRESSÕES SOBRE A PACIENTE:

Paciente ansioso porém hipomodulado, descreve os relacionamentos e pessoas de forma muito distante e impessoal o que causa certa repulsa e estranheza por parte do terapeuta.

EXAME PSIQUIÁTRICO:

CONDIÇÕES DO EXAME:

As entrevistas ocorrem no ambulatório do CEJBF.

APRESENTAÇÃO E ASPECTO EXTERNO DO PACIENTE:

O paciente sempre vai sozinho às consultas. Apresenta tremor muito discreto em mãos por vezes diminuem quando o paciente encontra-se distraído em um relato. Veste-se de forma discreta e adequada para temperatura e sempre inicia a sessão.

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS SIMPLES:

1. AFERENTES:

1.1) CONSCIÊNCIA:

Lúcido.

1.2) ATENÇÃO:

Normovigil, por vezes hipertenaz durante relatos das suas atividades sexuais

1.3) ORIENTAÇÃO:

Orientado auto e alopsiquicamente.

1.4) SENSOPERCEPÇÃO:

Sem alterações. Não há alucinações ou ilusões.

2. CENTRAIS

2.1) INTELIGÊNCIA:

Clinicamente na média.

2.2) MEMÓRIA:

Clinicamente preservada.

2.3) PENSAMENTO:

Lógico, agregado. Sem pensamento de morte e/ou ideação suicida. Conteúdo de interesse sexual e busca do prazer.

3. EFERENTES:

3.1) AFETO:

Geralmente hipomodulado, inicialmente ansioso.

3.2) LINGUAGEM:

Apresenta velocidade da fala normais.

3.3) CONAÇÃO:

Colaborativo, cordial.

PADRÕES DE INTEGRAÇÃO:

A. RELAÇÕES CONSIGO MESMO:

1. EGO E SELF:

Apresenta autoestima fortalecida, refere preocupar-se com sua posição social, gostaria de possuir poder aquisitivo e não depender do emprego do pai, que acredita não estar a sua altura, porém não fica irritável com situação. Necessidade de manter o controle e domínio sobre relacionamentos.

Principais mecanismos de defesa: projeção, negação

2. IDEAL DE EGO:

Um ego idealizado e inatingível que apresenta características irreais de extremo valor, capacidade e poder.

3. SUPEREGO:

Um superego imaturo permitindo que C.Z persiga gratificação, independentemente dos meios ou consequências.

4. CORPO:

Satisfeito.

RELAÇÕES COM OUTRAS PESSOAS:

Poucas relações sociais, convive mais com os profissionais do sexo e frequentadores do NA e DASA. Sente-se por vezes ambivalente em relação aos “amigos”, ao mesmo tempo que lhe trazem muito prazer colocam-no em risco de recaída, de agressão, de violência.

RELAÇÃO COM O TERAPEUTA:

TRANSFERÊNCIA:

Paciente repete comportamento ambivalente e tentativa de dominação na relação com terapeuta, marca consultas e desmarca, procura decidir o padrão de frequência que

vai as consultas, tenta impressionar terapeuta com suas experiências sexuais e mostra-se como um “expert” nas suas experiências sexuais peculiares.

CONTRATRANSFERÊNCIA:

Inicialmente despertou no terapeuta sentimentos de repulsa não só pelo conteúdo do discurso (por vezes detalhando minuciosamente suas relações sexuais) bem como pela insistência por mudança de horários ou frequência nas consultas. Após algumas consultas despertou curiosidade sobre o tema e o terapeuta entendeu esta oportunidade como única em aprendizado.

RELAÇÃO COM COISAS E IDEIAS:

Desorganizado sem qualquer controle sobre sua vida financeira.

RELAÇÃO COM A SITUAÇÃO PRESENTE (INSIGHT):

O paciente tem dificuldade de perceber a gravidade de alguns dos seus sintomas, parece reconhecer as consequências de seu comportamento porém não consegue modificar o comportamento devido ao caráter predominantemente compulsivo das relações.

RELAÇÃO COM A REALIDADE GERAL:

Sua sintomatologia prejudica sua vida e seus relacionamentos, porém, o paciente não tem juízo crítico em relação a isto. Mantém avaliação da realidade restrita a uma possível correspondência com suas metas idealizadas.

EXAME SOMÁTICO:

A) GERAL:

Satisfeito com seu corpo, frequentemente reclama de tremores imperceptíveis remete estes as medicações, sem alterações nos exames solicitados para investigação clínica, mantém acompanhamento regular com psicóloga

B) NEUROLÓGICO:

Não realizado.

VII. EXAMES CLÍNICOS:

Exames de controle sem alterações

Litemia fevereiro 0,3, Litemia outubro 1,0

Exames de imagem não foram realizados.

VIII. PESQUISAS PSICOLÓGICAS PSICOMÉTRICAS:

Não foram realizadas.

IX. AVALIAÇÃO DE PERSONALIDADE:

Paciente com traços antissociais, não demonstra empatia ao relatar furtos aos pais, bem como não apresenta afeto ao falar dos filhos, tampouco culpa por não conviver com os mesmos, comportamento impulsivo iniciaram no início da adolescência.

X. EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

No início do acompanhamento o paciente apresenta ansiedade e comportamento compulsivo em relação à modalidade de sexo dominação x submissão, busca profissional feminina a qual se vincula rapidamente e lhe causa dano financeiro importante bem como completa incapacidade de realizar suas atividades diárias.

Inicialmente buscou tal relação por acreditar que poderia exercer dominação sobre profissional feminina, já que por vezes relação masoquista transexual era por vezes agredido de forma intensa e não conseguia praticar dominação.

Apresentando pensamento completamente focado na relação com esta profissional, relata sofrimento importante por sentir-se completamente dominado pela relação, porém não consegue se desvincular devido ao prazer sexual que lhe traz, fica impressionado com prazer em relação sexual com uma mulher sendo esta experimentada igualmente apenas com transexuais, fica refém da relação e sente-se preso. Neste momento em terapia o terapeuta pela primeira vez observa alguma modulação maior do humor ao falar deste relacionamento.

Refere ter medo do que esta mulher lhe peça para fazer pois terá ele que se submeter mesmo que seja algo ilícito e grave, quando questionado diretamente sobre o que poderia

fazer paciente fala “se me pedisse para matar alguém faria, se pedisse que usasse drogas faria...”

As consultas então são aproximadas, bem como manter acompanhamento com sua psicóloga a qual havia faltado as consultas por pelo menos um mês. Por algumas semanas o paciente trabalha em reduzir a dominação da paciente sobre sua vida buscando “ilhas” em que ela não domina, a exemplo o processo psicoterápico e redução dos “presentes” (gratificações financeiras além do contrato profissional estabelecido “programa”).

O paciente consegue desvincular-se completamente da profissional ao que parece mais por desinteresse dela que dele, já que ocorreu redução da dominação dela sobre ele. C.Z. lamenta que perdeu o prazer sexual que tinha porém não demonstra esta modulação em consulta e relata a perda de maneira muito natural e com nenhum sofrimento.

Neste momento se aproxima muito do amigo do grupo D.A.S.A. , este um abusador de menores e com práticas masoquistas, paciente trás em consulta a possibilidade de interesse por relações com menores, porém nunca praticou este tipo de relação e esta encontrava-se apenas no campo das ideias . Terapeuta psicóloga entra em contato com cursista para saber se este esta mantendo consultas e sinalizo sobre possível interesse sexual em menores, assim como em supervisão onde ficamos vigilantes quanto a esse tipo de pratica, bem como identificamos a necessidade do paciente “impressionar” o terapeuta com sua sintomatologia florida.

Em consulta seguinte C.Z. informa que conforme o grupo D.A.S.A. orienta ele está abstinente de qualquer tipo de relação sexual, porém seus pensamentos permanecem agitados o que lhe faz buscar literatura massiva sobre parafilias em geral. Nas próximas consultas sempre vem acompanhado de livro sobre parafilia e cita trechos para o terapeuta, numa espécie de prazer por pelo menos entrar em contato com sexo através da descrição de casos na literatura.

Paciente em acompanhamento em psicoterapia semanal, avaliações mensais no CEJBF em uso de lítio 1800mg/dia (litemia 1,0), bupropiona 150mg/dia; quetiapina 50mg/dia, seguimento em grupo N.A. e D.A.S.A.

Paciente em tentativa de manutenção de abstinência sexual total conforme propõe o D.A.S.A., porém sem sucesso, mantém processo de furtos aos pais, abstinente do uso de drogas.

Os objetivos do tratamento são de forma abrangente: manter uso de psicofármacos para conter a impulsividade do paciente, reduzir exposição e riscos do paciente e de outros por ele, reduzir danos possíveis de seu comportamento.

DISCUSSÃO:

O conceito de parafilia ainda carrega um peso importante devido a patologização de algumas práticas sexuais e diferenciação entre parafilia e transtornos parafilicos. A liberação do DSM-5 em 2013 introduziu uma distinção entre parafilias e transtornos parafilicos, implicando uma desestigmatização de adultos consentindo com comportamento sexual incomum. De acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5, o transtorno pedófilo é o único transtorno parafilico sem um especificador "em remissão". Assim o terapeuta sempre deve estar atento para a diferenciação entre estas duas entidades.

Embora houvesse descrições de tratamento para vários transtornos parafilicos antes do século XX as abordagens estruturadas começaram na década de 1960⁴, essas abordagens iniciais se limitaram a tentativas de reduzir ou extinguir a excitação sexual desviada, sem levar em conta um potencial de vida mais satisfatório.

Na última parte do século XX, e nos primeiros anos do século XXI, emergiram dentre tantas, três novas linhas de tratamento^{4,5} para maioria, senão todos, transtornos parafilicos e como consequencia alguns destes também infratores .

Três princípios que orientaram o tratamento efetivo não só para parafilias em geral bem como para as que caracterizam aspectos legais, como os crimes sexuais

Primeiramente destaca-se o Princípio de Risco: indica que os recursos devem ser distribuídos de acordo com o nível de risco de incidencia e reincidência de delito, onde obviamente os já criminosos devem receber programas mais limitados. O Princípio da Necessidade direciona o foco do tratamento para os déficits mutáveis que são conhecidos por predizer piora, mudanças estressoras ou de comportamento sexual migratório, que não seguem o desvio sexual preferencial do paciente. O princípio de Responsividade aborda a forma como tratamento se impõe, terapeutas próximos, empáticos e não-julgadores que empregam princípios cognitivos de aprendizagem social e ajustam o tratamento ao paciente.

A literatura clínica tem há muitos anos apresentado um foco no papel do terapeuta no tratamento das parafilias e assim a personalização do tratamento. A aliança terapêutica é

o aspecto chave da terapia e a qualidade dessa aliança decorre de aspectos muito subjetivos da dupla terapêutica.

Estudos² mostram que a aliança terapêutica representa cerca de 25 a 30% dos benefícios do tratamento. Os relatos de pacientes com desvios sexuais indicam que os maiores benefícios decorrem de terapeutas que são próximos, empáticos, e principalmente continentos.

Em um extenso exame sobre características dos terapeutas que previam o sucesso programas de redução da agressão sexual³, foi demonstrado que em mais de 30% das mudanças benéficas foram explicadas pelas características do terapeuta, que eram: empáticos e continentos, e que ofereceram alguma orientação mais determinada a fim de produzir maiores mudanças positivas em contrapartida os terapeutas que tomaram como conduta uma agressiva confrontação foram os que tiveram maiores efeitos negativos em seus pacientes.

Embora a terapia cognitiva comportamental tenha sido a mais popular nas últimas décadas em se tratando de abordagem para transtornos parafílicos, percebe-se que se o terapeuta direciona a fundamentação teórica sem levar em conta aspectos dinâmicos pouco ou nada contribuirá a técnica terapêutica para melhora clínica.

Infelizmente programas ampliados no estudo de parafilias não se baseavam em evidências claras pela heterogenicidade dos grupos e comorbidades associadas bem como o número crescente porém ainda restrito de estudos específicos sobre cada transtorno.

Fica claro a importância da proximidade da terapia bem como o emprego das técnicas verificando caso a caso, sendo fundamental a supervisão pois se trata de um caso delicado em que devemos sempre estar atentos para os riscos e exposições bem como delitos possíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escolhi o caso do paciente C.Z. por ser um paciente com sintomatologia rica e para mim como cursista uma oportunidade única de aprendizado sobre parafilias e a tênue fronteira entre normal e patológico. Ao me aprofundar no estudo sobre esta área me deparei com a evolução no diagnóstico das parafilias no decorrer do tempo e como o muitas vezes a alguns anos era considerado patológico pode ser hoje classificado de forma diferente, impactando significativamente no tratamento do paciente.

Acreditando que os pacientes nos trazem conhecimento expressivo sobre o que aprendemos teoricamente, este paciente me fez perceber que devemos esperar o melhor possível para cada paciente de forma particular e reduzir os riscos para ele e outrem o que não necessariamente significa ausência de sintomas.

REFERÊNCIAS:

1. GIAMI, A. "**Between DSM and ICD: Paraphilias and the transformation of sexual norms**". Archives of Sexual Behavior. 2015.
2. MARSHALL W. L. & MARSHALL L. E. **Psychological Treatment of the Paraphilias: a Review and an Appraisal of Effectiveness** 2015.
3. MARSHALL W. L. & MARSHALL L WL, BURTON DL. **Features of treatment delivery and group processes that maximize the effects of offender programs. In: Wood JL, Gannon TA, editors. Crime and crime reduction: The importance of group processes.** London: Routledge; 2013. p. 160–76
4. LAWS D. R. , MARSHALL W. L. **A Brief History of Behavioral and Cognitive Behavioral Approaches to Sexual Offenders: Part 1. Early Developments;**2003
5. LAWS DR, O'DONOHUE W, editors. **Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment.** New York: Guilford Press;1997.
6. A.BDO C.H.N.. **The Evolution of the Concept of Paraphilias;** Revista debates em psiquiatria - Jul/Ago 2016
7. BEECH AR, MINER MH, THORNTON D; **Paraphilias in the DSM-5; Annual Review of Clinical Psychology;** 2015 Nov;28
8. BRIKEN P., BOURGET D, DUFOUR M. ;**Sexual sadism in sexual offenders and sexually motivated homicide.** 2014

9. CLARKIN, J.F.; FONAGY P.; GABBARD, G.O. **Psicoterapia Psicodinâmica para transtornos da personalidade: um manual clínico.** Porto Alegre: Editora Artmed, 2013.
10. EIZIRIK, C.L.; AGUIAR, R.W.; SCHESTATSKY, S.S. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.** 3.ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2015.
11. CORDIOLI, A.V. **Psicoterapias: abordagens atuais.** 3.ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2008.
12. Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID10: Direções Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.** Editora Artmed, Porto Alegre, 1993.
13. American Psychiatric Association, APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-V.** Editora Artmed, Porto Alegre, 2014.