

DEPRESSÃO E SEXUALIDADE

Jorge José Serapião¹

Resumo

O autor chama a atenção para importância de se estudar as relações entre os transtornos do humor e entre esses - notadamente os quadros depressivos - e as disfunções sexuais.

Tais relações se explicam pelo fato que, em ambas as situações, vão ocorrer alterações nos neurotransmissores atuando ao nível de sinapses. Alguns desses neurotransmissores modulam tanto o humor quanto a resposta sexual, embora nem sempre na mesma direção.

Assim, alguns antidepressivos podem comprometer mais ou menos a resposta sexual, enquanto que algumas substâncias, que atuam como neurotransmissoras, podem facilitar a resposta sexual. Uma análise cuidadosa dessas situações se faz indispensável, para os que lidam com fármacos ativos, nessa área.

Em relação ao humor, embora não seja surpreendente admitir que uma pessoa triste esteja menos propensa para atividade sexual que uma outra alegre, pouca atenção tem sido dada à relação entre o humor e a

¹Médico e Psicólogo. Professor do Mestrado de Sexologia da UGF Rio.
E-mail: serapius@unisys.com.br

sexualidade. Na medida que entendemos depressão como algo ligado ao humor, o estudo de suas relações com a sexualidade passa a representar um capítulo importante para o entendimento das disfunções sexuais, embora tais relações sejam, ainda, pouco conhecidas.

A depressão reduz a qualidade de vida do indivíduo de diversas maneiras: desestabiliza o relacionamento familiar, altera o desempenho profissional, compromete o convívio social, etc., sendo que todas essas limitações interferem em sua resposta sexual.

Mesmo os clínicos mais experientes reconhecem a dificuldade de estabelecer, com rigor, a diferença entre a normalidade e a depressão havendo, pois, a necessidade, na prática, de uma permanente atenção quanto a seu diagnóstico. O humor depressivo (triste) é uma reação normal a frustrações ou perdas. Não deve ser confundido com o transtorno depressivo maior, que é uma das formas de depressão clínica e uma condição médica grave.

Há uma relação nítida entre o ciclo vital, o humor e a sexualidade dos indivíduos. Sabemos que, genericamente, os sentimentos de natureza sexual variam de acordo com as sensações de bem-estar geral do indivíduo. Nas mulheres, tais sensações sofrem ainda as modulações cíclicas da menstruação e da gravidez que, de alguma forma, explicam as diferenças de variação de humor de um sexo para o outro.

Disfunção sexual e doenças depressivas

O humor de um indivíduo pode estar normal, exaltado ou deprimido. No humor normal, o indivíduo mantém o controle sobre os estados afetivos. No humor exaltado, apresenta expansividade, fuga de idéias, sono diminuído, auto-estima elevada, idéias de grandeza, etc.

No humor deprimido, objeto atual de nossos estudos, o indivíduo

apresenta perda de energia e interesse, sentimento de culpa, dificuldade de concentração, perda de apetite e da atividade sexual, pensamento de morte e suicídio. O suicídio é a conseqüência mais grave da depressão maior, quando não tratada.

A denominação dos quadros depressivos é muito variável. Uma sinonímia ampla dificultava, até certo ponto, seu entendimento. Modernamente, buscando-se uma uniformização, tende-se a classificar os quadros de depressão em:

1. Transtorno Depressivo Maior, também conhecido por Depressão Unipolar: caracterizando quadros com episódios depressivos graves.
2. Transtorno Bipolar: incluem aqueles pacientes que alternam quadros depressivos e quadros maníacos.
3. Ciclotimia: são formas menos graves de transtorno bipolar.
4. Distímia: são formas menos graves de depressão maior.

Os quadros depressivos em geral acometem, segundo a Organização Mundial de Saúde-OMS, 3% a 5% da população mundial (Cunha e Costa, 1991). Considerando-se os casos mais leves, 15 a 20% da população adulta experimentaram episódios depressivos ao longo da vida. Predomina no sexo feminino até os 65 anos, igualando-se depois, em sua distribuição, em ambos os sexos.

- 16% permanecem deprimidos cronicamente por mais de 5 anos;
- 24% ficam curados, sem recidiva;
- 60% experimentam recidivas que duram de 2 semanas a mais de 5 anos.

Os quadros depressivos afetam a qualidade de vida dos indivíduos, sua saúde (na medida em que os indivíduos deprimidos são mais propensos a desenvolver outros tipos de doenças, por baixa de imunidade sistêmica ou pela imobilidade a que tendem), e mesmo sua vida (os indivíduos deprimidos têm um risco maior de suicídio).

Quadro 1 - Etiologia dos quadros depressivos

1. Fatores biológicos

- I. ALTERAÇÃO NA PRODUÇÃO DE AMINAS BIOGÊNICAS
- II. ALTERAÇÃO NA REGULAGEM NEUROENDÓCRINA
- III. ANORMALIDADES DO SONO
- IV. ATIVAÇÃO DOS LOBOS TEMPORAIS
- V. REGULAGEM ANORMAL DOS RITMOS CIRCADIANOS
- VI. FATORES GENÉTICOS

2. FATORES PSICOSSOCIAIS

- I. ACONTECIMENTOS VITAIS (PERDAS) E STRESS AMBIENTAL
- II. PERSONALIDADE PREMÓRBIDA

3. FATORES PSICANALÍTICOS (PERDA DO OBJETO LIBIDINAL)

4. FATORES COGNITIVOS COMPORTAMENTAIS (AUTO-AVALIAÇÃO NEGATIVA - DESAMPARO APRENDIDO)

Relação entre depressão e sexualidade

Quanto à experiência clínica, observa-se que, das disfunções sexuais secundárias associadas a quadros depressivos leves, 70% relacionam-se à fase de desejo.

Outras observações, constantes do quadro 2, nos alertam para a redução das fantasias sexuais, da proceptividade dos indivíduos portadores de quadros depressivos.

Quadro 2 - Depressão leve e disfunção sexual

1. GRAU DE DEPRESSÃO E GRAU DA DISFUNÇÃO SEXUAL
2. 70% DAS DISFUNÇÕES RELACIONAM-SE COM A FASE DO DESEJO
3. EM GERAL OS DEPRESSIVOS SENTEM-SE POUCO GRATIFICADOS
4. REDUÇÃO DOS PENSAMENTOS E FANTASIAS SEXUAIS
5. REDUÇÃO DA PROCEPTIVIDADE E PRESERVAÇÃO DA RECEPTIVIDADE

Doenças em geral e disfunção sexual

As doenças em geral relacionam-se também com a sexualidade, entre outras razões, por seus mecanismos determinantes de perdas. Por outro lado, os lutos decorrentes dessas perdas interferem sobremodo na resposta sexual dos indivíduos, através da instalação de quadros depressivos. Também está presente o temor da morte, principalmente da morte súbita como, por exemplo, nas patologias cardiovasculares.

Numerosos outros fatores, ligados às doenças, relacionam-se aos quadros depressivos e interferem na sexualidade desses pacientes: a depressão que se segue à consciência da gravidade de um diagnóstico, como por exemplo, nos casos de câncer; a impotência decorrente das limitações à produtividade do indivíduo em suas ações sociais, no caso da maioria das doenças crônicas; a perda da auto-estima nas cirurgias mutiladoras, como por exemplo nas mastectomias; a depressão conseqüente à perda da atratividade, nas patologias dermatológicas e nas seqüelas dos grandes queimados; a perda da confiança na imagem corporal, nos amputados e até nos obesos, etc.

Todas essas perdas levam à depressão, ao longo desse processo de luto, que é variável, no tempo e na intensidade, para cada indivíduo. (Quadro 3).

Quadro 3 - Sexualidade, doenças e depressão

CAUSAS BÁSICAS	DETERMINANTES
TEMOR DE MORTE SÚBITA	DOENÇAS CARDIOVASCULARES
GRAVIDADE DO DIAGNÓSTICO	CÂNCER
LIMITAÇÕES FÍSICAS	CIRURGIAS EM GERAL
PERDA DE AUTO-ESTIMA	MASTECTOMIAS
PERDA DE AUTO-CONFIANÇA	LESÕES DERMATOLÓGICAS
PERDA DE ATRATIVIDADE	AMPUTAÇÕES

Tratamento da disfunção sexual, da depressão e a relação entre elas

Como vimos, os quadros depressivos relacionam-se com a etiopatologia de muitas das disfunções sexuais humanas. Por outro lado, também o tratamento dos quadros depressivos pode interferir na resposta sexual.

Um número considerável de pacientes com disfunção sexual, decorrente de quadros depressivos leves, se beneficiam com psicoterapia. Por outro lado, a prática clínica nos fala da frequência com que se observa o aparecimento de quadros depressivos secundários ao desenvolvimento de disfunção sexual de variadas naturezas e que também se beneficiam da psicoterapia, associada ou não a outra forma de tratamento da disfunção sexual. O objetivo terapêutico é, pois, uma abordagem ampla da questão, visando a remissão completa e não a atenuação dos sintomas.

Em relação ao quadro depressivo, se não ocorrer melhora alguma, ao final de 6 semanas, o plano de tratamento deverá ser reavaliado. Em pacientes que apresentam melhora, mas permanecem sintomáticos após 12 semanas, deve-se considerar a possibilidade de associação com medicamentos.

Alguma compreensão do que acontece na sinapse é necessária, se nós quisermos compreender melhor os mecanismos fisiológicos e farmacológicos que influenciam a resposta sexual e sua relação com os quadros depressivos. A transmissão do estímulo nervoso se dá através da sinapse. Na placa neuromuscular, ou no botão sináptico, são encontradas várias pequenas vesículas, que contêm neurotransmissores.

A chegada do potencial de ação, até o botão sináptico, libera esses transmissores, de dentro dessas pequenas vesículas, para dentro do espaço sináptico, fazendo com que haja um contato com um receptor após a sinapse, denominado receptor pós-sináptico, que se encontra no dendrito receptor.

O complexo receptor-transmissor inicia, então, uma ação potencial na célula receptora, freqüentemente através da abertura de canais de íons.

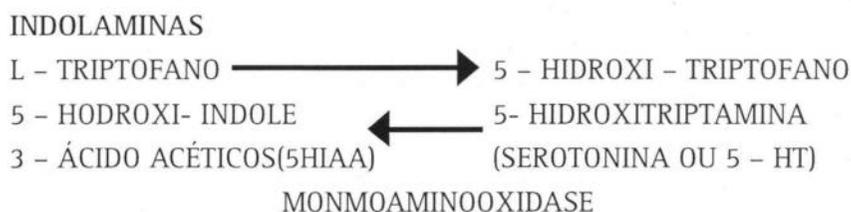
Essa transmissão sináptica é controlada de uma maneira sutil e complexa. O neurotransmissor se liga somente momentaneamente ao receptor pós-sináptico. Uma vez que é liberado, três coisas podem acontecer. O neurotransmissor poderá:

- ser destruído por enzimas apropriadas (ex: monoamina oxidase)
- ser reabsorvido pelo botão sináptico e reciclado (por um mecanismo chamado recaptção)
- ligar-se ao receptor num botão sináptico, denominado de receptor pré-sináptico .

Às vezes fica muito difícil entender o mecanismo de ação de uma determinada droga, porque ela pode agir em qualquer um desses momentos do funcionamento do complexo receptor-transmissores pós-sinápticos. Por exemplo: um neurotransmissor ia ser destruído por uma determinada enzima. Se utilizarmos uma droga que bloqueie esta enzima, o neurotransmissor terá sua ação potencializada. Outro exemplo: um neurotransmissor ia ser reabsorvido e reciclado. Se utilizarmos uma droga que bloqueia esta reabsorção, o neurotransmissor terá sua ação potencializada. Tudo isso explica a complexidade que é o estudo da ação de drogas no complexo receptor transmissor pós-sináptico.

Durante muito tempo se admitiu a existência de somente dois grupos de neurotransmissores, representados por substância do grupo das aminas: as indolaminas e as catecolaminas. Na cadeia metabólica das indolaminas, a 5-hidroxytriptamina (Serotonina ou 5 HT) é a sua principal representante

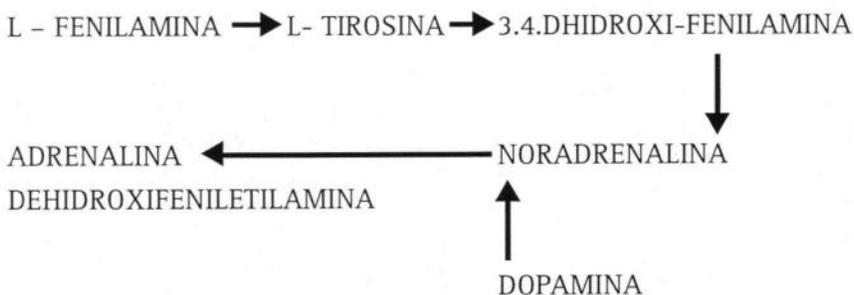
Figura 1



Já no grupo das catecolaminas temos, como principais substâncias, a dopamina, a adrenalina e a nor-adrenalina

Figura 2

CATECOLAMINAS



As amins do grupo indolaminas teriam uma ação predominantemente inibidora e, as do grupo catecolaminas, uma ação predominantemente estimuladora. Isto explicaria o fato de que um paciente com síndrome de Parkinson, tenha desejo sexual aumentado, quando tratado com L - dopa, que é um precursor de dopamina.

Por outro lado, a serotonina (5- Hidroxitriptamina) é tida como tendo um efeito inibidor da sexualidade. Atualmente, admite-se que existem centenas de neurotransmissores, alguns deles nitidamente relacionados ao despertar do desejo sexual.

Hoje, admite-se que uma grande quantidade de neurotransmissores explique a 'química do amor'. Algumas pessoas descrevem que, em fases de intenso apaixonamento, são envolvidas por sensação de embriaguês. Tais sensações podem ter, pelo menos em parte, uma explicação bioquímica. Essas sensações estariam relacionadas à elevação

dos níveis de três neurotransmissores: noradrenalina, dopamina e feniletilamina. Estas substâncias, especialmente a FEA (feniletilamina), produziriam efeitos semelhantes às anfetaminas, dando a essas pessoas sensação de euforia, bem-estar e exaltação.

Infelizmente, os altos níveis desses neurotransmissores não os mantêm eternamente apaixonados, talvez pelo fato de que, aos poucos, o organismo desenvolve uma tolerância à feniletilamina. Esta é uma plausível explicação biológica para o fato de que o apaixonamento tem, freqüentemente, tão efêmera duração, o que nos faz tentados a concordar com o inesquecível Vinícius . Afinal, "O Amor é eterno... enquanto duram os nossos neurotransmissores".

Referências Bibliográficas

- CRENSHAW T.L. & GOLDBERG, J.P. *Sexual Pharmacology*. London: W. W. Norlon & Company, 1996.
- DENNERSTEIN, L. & BURROWS, G.D. *Hormone Replacement Therapy and Sexualidaty in women. Clinics in Endocrinology and Metabolism* 11:661-679,1982
- HAWKES, C.H. Endorphins: The basis of pleasure? *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 55, 247-250, 1992.
- KAPLAN, H.S. *The new Sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction*. New York: Brunner/Mazel, 1974.
- KAPLAN, H.L. & SADOCK, B.J. *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993
- KOLODNY, R., MASTERS, W. e JOHONSON, V.E. *Textbook of Sexual Medicine*. Boston: Litle Book Brow & Co., 1979.
- LIEBOWITZ, M .*The Chemistry of love*. Doslon : Title, Brown, 1983.
- MASTERS, W.H., JOHNSON, V.E.,& KOLODNY, R.C. *Human sexuality* (3rd ed.). New York: Harper Collins, 1988.
- MICHAEL R.P. ; BONSALL, R.W. & WAGNER, P. Human Vaginal Secretions : volatile fatty acid content. *Science*. 186 : 1217- 1219, 1974

ROOSE, S.P; GLASSMAN, A.H; WALSH, B.T; CULLEN, K. Reversible loss of nocturnal penile tumescence during depression: a preliminary Report. *Neuropsychobiology* 8; 284 - 288, 1982.

SCHREINER - ENGEL, P., SCHIAVI, R.C. Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 174: 646 - 651, 1986.

WALSH,A . *The Science of Love: Understanding love and its effects on mind and Body*. Buffalo,NY : Prometeus, 1991.