

SEXSÔNIA: QUE SEXO É ESSE?

Glauray A. Coelho¹, Luciana Palombini²

SEXSOMNIA: WHAT SEX IS THIS?

SEXSOMNIA : ¿QUÉ SEXO ES ÉSTE?

Resumo: O comportamento sexual atípico durante o sono, denominado *sexsônia*, é uma *parassonia* pouco descrita na literatura científica. Apresento características e fatores desencadeantes da *sexsônia* elencando estudos realizados até a presente data. O diagnóstico é um desafio clínico, e já são reconhecidas suas implicações clínicas, conjugais e, mais relevantes, implicações criminais. Especialistas em distúrbios de sono e da sexualidade se associam para melhor conduzir e tratar este transtorno do sono.

Palavras-chave: *Sexsônia*. Sono. Sexo. *Parassonia*. Sonambulismo. Estresse.

Abstract: The atypical sexual behavior during sleep, called *sexsomnia*, is a *parasomnia* that still poorly described in the scientific literature. I present features and triggers of *sexsomnia*, listing studies conducted to date. Diagnosis is a clinical challenge, and its clinical, marital and, more important, criminal implications are already recognized. Experts on sleep disorders and sexuality are join forces to better manage and treat this sleep disorder.

Keywords: *Sexsomnia*. Sleep. Sex. *Parasomnia*. Sleepwalking. Stress.

Resumen: El comportamiento sexual atípico durante el sueño, denominado *sexsomnia*, es una *parassomnia* poco descrita en la literatura científica. Presentamos características y factores desencadenantes de la *sexsomnia* enumerando estudios realizados hasta la presente fecha. El diagnóstico es un desafío clínico, y ya se reconocen sus implicaciones clínicas, conyugales y, más relevantes, implicaciones criminales. Especialistas en trastornos del sueño y de la sexualidad se asocian para conducir mejor y tratar este trastorno del sueño.

Palabras clave: *Sexsomnia*. Dormir. El sexo. *Parasomnia*. Sonambulismo. El estrés.

Introdução

O sono compreende um estado fisiológico de alteração de consciência que ocorre de maneira cíclica com o estado de vigília. A arquitetura do sono envolve dois padrões elementares que se repetem alternadamente durante a noite do sono, de cinco a seis vezes: padrão sem movimento rápido dos olhos (NREM) e padrão com movimento rápido dos olhos (REM). O sono NREM por sua vez é subdividido em três estágios: sono mais superficial (N1), sono com progressiva redução de movimentos corporais (N2) e sono mais profundo, sono de ondas lentas,

ou sono delta (N3) (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE, 2017). A Figura 1 representa o Hipnograma que mostra a distribuição dos estágios do sono de uma noite inteira a partir de uma polissonografia (PSG).

O estudo do sono possibilita compreender cada vez mais a importância da qualidade do sono para a saúde humana e esclarecer seus diversos distúrbios, dentre estes, as *parassonias* que são transtornos comuns nem sempre relacionadas com doenças psiquiátricas subjacentes (FLEETHAM; FLEMING, 2014). As *parassonias* são eventos físicos ou experiências indesejáveis que ocorrem nos estágios de sono NREM, sono REM,

¹ Psicóloga, psicoterapeuta e educadora sexual, psicodramatista. Doutoranda do Programa de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Mestre em Medicina e Biologia do Sono - Departamento de Psicobiologia da Unifesp. Certificada como notório saber em Psicologia do Sono pela Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) e Associação Brasileira do Sono (ABS). Email: glaurayac@hotmail.com

² Médica especialista em Medicina do Sono pela American Academy of Sleep (AAS) e pela Associação Brasileira do Sono (ABS). Médica do Instituto do Sono de São Paulo.

durante as transições entre os estágios e no despertar. Caracterizam-se por movimentos, comportamentos, percepções, sonhos e emoções derivados da ativação do Sistema Nervoso Central (SNC) durante o sono ou a partir dos despertares do sono (ICSD-3). Durante a infância, as parassônias são consideradas normais e apresentam prevalência em 15% e, na vida adulta considera-se uma prevalência maior que 6% (PARTINEM; HUBLIN et al., 2000). Esses transtornos do sono costumam estar associados sobretudo a fatores hereditários. De acordo com descrição dos distúrbios de sono (ICSD-3), somente estas condições são consideradas parassônias do sono NREM: sonambulismo, terror noturno, sonilóquio, despertar confusional, comer noturno e sexsônia. Nesse grupo de parassônias a pessoa volta a dormir após o episódio de comportamentos motores inadequados e apresenta amnésia sobre o fato, só sendo informado do ocorrido por testemunhas, por acordar em lugar diferente, por ter se ferido ou ter ferido alguém.

Sexsônia é uma parassônia do sono NREM nomeada por Shapiro, Trajanovic e Fedoroff (2003) após relatarem 11 casos de homens e mulheres que apresentaram comportamentos sexuais anormais/atípicos durante o sono. Essa parassônia apresenta características diferentes do distúrbio comportamental do sono REM (DCREM) e poderia ser uma variante do sonambulismo (DSM-5). A principal característica da sexsônia é o comportamento sexual inadequado a partir de reações fisiológicas espontâneas de ativação autonômica (lubrificação vaginal, ereção noturna, ejaculação e resposta cardiorrespiratória) como se a pessoa estivesse acordada (ARIÑO et al., 2014; SCHENCK et al., 2015), seguido de amnésia e despertar confusional.

Para Andersen e outros (2007), tanto a tumescência peniana noturna (TPN) quanto a lubrificação vaginal, são fenômenos de excitação que emergem do sono NREM e estão associados à sudorese e ao aumento da função cardiorrespiratória (ZOU et al., 2019). Entretanto, estes fenômenos fisiológicos e espontâneos são considerados normais e não fazem parte da sexsônia.

Excitação e orgasmos durante o sono foram citados por Kinsey, Pomeroy e Martin (1948) no capítulo sobre emissões noturnas e descritos como um quadro típico da resposta sexual masculina. No entanto, não houve explanação sobre os mecanismos fisiológicos da ereção e da ejaculação associados ao sono.

Na pesquisa do comportamento sexual feminino, Kinsey e outros (1953) revelaram que os orgasmos vivenciados durante o sono estavam 99% associados aos sonhos sexuais, mas não associaram especificamente a ejaculação noturna a sonhos sexuais. No entanto, o sono não foi incluído entre as possibilidades de se alcançar o orgasmo (HITE, 1979), nem mesmo quando associado aos sonhos sexuais.

Até os dias atuais, a tumescência peniana noturna é considerada um marcador de função erétil preservada (ZOU et al., 2019), e foi considerada como uma ação involuntária e independente que surge do sono REM (KARACAN, 1966). Contudo, a tumescência peniana emerge do estágio NREM e se prolonga por cerca de 10-15 minutos além do SREM (SCHMIDT; SCHMIDT, 2004). Portanto, o comportamento sexual inadequado associado a uma reação fisiológica durante o sono, característico da sexsônia, surge a partir do sono NREM de ondas lentas - N3 (DEBUSSY et al., 2017; SCHENCK et al., 2015).

Este artigo pretende apresentar de forma geral, as informações atuais sobre a sexsônia, incluindo características, fatores desencadeantes e relatos de caso. Nesta última década, menos de cem casos envolvendo sexsônia foram registrados na literatura científica internacional (MIOC et al., 2017; SOCA; KEENAN; SCHENCK, 2016). Os casos foram predominantemente oriundos do sistema judiciário ou de clínicas de sono (DEBUSSY et al., 2017; SCHENCK et al., 2015).

Sexsônia

O repertório de sexsônia inclui masturbação, sonilóquio de conteúdo sexual, sexo oral, tentativa e consumação de penetração vaginal/anal com outra pessoa até alcançar o orgasmo e, em alguns casos estupro (MUZA; LAWRENCE; DRAKATOS, 2016). É um comportamento preponderantemente dirigido para a região genital. A sexsônia tem sido considerada prevalecente no sexo masculino (DEBUSSY et al., 2017; SCHENCK, 2015). As mulheres costumam apresentar masturbação e sonilóquio sexual (ARIÑO et al., 2014) e os homens, carícias sexuais e penetração sexual como categorias desse comportamento (YEH; SCHENCK, 2016). A pessoa é, frequentemente, jovem adulta e relata outras parassônias NREM na infância. Ainda outros distúrbios de sono podem estar presentes e devem ser investigados. Até o momento, são identificados como fatores desencadeantes o contato físico na cama, a privação de sono, o estresse, o uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas (MUZA; LAWRENCE; DRAKATOS, 2016; TRAJANOVIC; MANAGAN; SHAPIRO, 2007).

Um jovem soldado de 20 anos, em serviço militar, relatou ao ambulatório do sono que seus colegas de quartel testemunharam episódios de sonambulismo e masturbação enquanto parecia estar dormindo. Esses episódios ocorreram após sua iniciação militar com turnos de guarda irregulares gerando privação de sono. As testemunhas lhe narraram sonilóquio de teor sexual e que ele caminhava enquanto dormia até os outros alojamentos e se masturbava. Ele não acreditava em nada disto e pensava estar sendo alvo de brincadeira dos companheiros. Ele sempre apresentou total amnésia sobre seus episódios desta natureza. Ao voltar para casa em férias, sua

mãe também presenciou episódios de sonambulismo e ele decidiu então procurar uma clínica de sono. Seu histórico médico, exames físico e neurológico não apresentaram qualquer comprometimento, da mesma forma não houve relato de traumas psicológicos ou referência a distúrbios de sono na família (YEH; SHENCK, 2016).

Um outro exemplo para ilustrar a *sexsônia* foi o relato de uma mulher de 40 anos, acompanhada do marido, que contou o seguinte histórico aos profissionais da clínica de sono: em sua adolescência, foi usuária de maconha e heroína. Em seu primeiro episódio de *sexsônia* (aos 35 anos) seu marido foi subitamente acordado, por volta das duas horas da manhã, porque ela estava manipulando violentamente seu pênis. Ela parecia não estar presente, parecia estar confusa não respondendo à comunicação do marido. Quando acordou não se lembrava do que acontecera. Em outra ocasião, seu marido acordou com muita dor, pois ela havia envolvido seu pênis em cadeados. Muitos outros episódios como este ocorreram – sempre um comportamento sexual violento e atípico –, em média um ao mês, sempre entre 1h e 3h da manhã. Seu marido também relatou episódios de sonilóquio sexual na forma de sussurros provocativos e pornográficos, que em nada condiziam com as atitudes de sua mulher em vigília. Todo este quadro gerava um sentimento de vergonha e culpa na paciente e muita preocupação de seu marido. Novamente, nada foi constatado em sua avaliação física e neurológica. Entretanto, ela apresentou um histórico de negligência emocional na infância, com mãe alcoolista e deprimida. Além disso, relatou o testemunho traumático do estupro de sua mãe quando estava com 15 anos de idade. A avaliação psiquiátrica revelou um quadro de personalidade *boderline*, sem transtorno dissociativo (BÉJOT et al., 2010).

Outro relato é de um homem de 43 anos, com frequentes episódios de sonilóquio e gritos associados a pesadelos angustiantes. Esse paciente buscou ajuda médica porque desde o último ano, ocasionalmente, duas horas após adormecer sentava-se de repente na cama e demonstrava que estava confuso e com medo. Ele nunca se lembrava dos episódios. Sua mulher também relatou quatro outros episódios que foram exclusivamente comportamentos sexuais. Nesses episódios ele a tocava e a acariciava; ela por sua vez o rejeitava, pois, considerava que ele não estava consciente. Após análise de vídeo-polissonografia (vPSG), apesar de não apresentar nenhum comportamento sexual, houve registro de atonia muscular no sono REM, além de roncos e Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) (ARIÑO et al., 2014).

A privação de sono costuma estar associada aos pacientes portadores de AOS e pode representar um fator desencadeante para episódios de *sexsônia*. Um caso de AOS acentuada com relatos de *sexsônia*, que já duravam cerca de oito anos, foi descrito por Soca e outros (2016);

entretanto somente o tratamento da AOS não reverteu o quadro de *sexsônia*, necessitando de acompanhamento psicológico complementar.

Outros distúrbios de sono além da AOS, Síndrome das Pernas Inquietas (SPI) e Movimentos Periódicos das Pernas (MPP) costumam estar associados aos despertares e, muitas vezes também podem apresentar uma sensação confusional destes despertares.

Diagnóstico

Por se tratar de uma *parassonia*, nem sempre um episódio de *sexsônia* é revelado numa vPSG. O laboratório do sono não reflete o ambiente real do quarto de casa. Pode-se sugerir duas noites de exame com 36 horas de privação de sono para melhores resultados da vPSG. A sugestão de Shapiro, Trajanovic e Fedoroff (2003) é de que o parceiro conjugal esteja presente na vPSG, já que a incidência de *sexsônia* em laboratório é baixa.

O que podemos analisar a partir de um hipnograma são as ocorrências de despertares seguidos de ativação autonômica no estágio N3 do sono NREM como sinais de uma *parassonia* do sono NREM (mudanças no EEG e despertares confusionais). Alguns critérios têm sido respeitados, mas ainda não há um consenso de diagnóstico entre os especialistas. Recentemente, Muza, Lawrence e Drakatos (2016) elencou algumas características principais: i) indivíduo adulto jovem, com relato de outra *parassonia* do sono NREM na infância; ii) geralmente manifesta outro distúrbio de sono que deve ser investigado; iii) histórico de uso abusivo de drogas; iv) há sempre amnésia do comportamento sexual e um sincero sentimento de vergonha e culpa ao ser informado do fato.

Segundo Schenck (2015), a partir de um levantamento de dados da justiça americana, o comportamento na *sexsônia* costuma se apresentar em três subcategorias: i) O agressor é do gênero masculino com idade entre 18 e 55 anos; a vítima é mulher com idade entre 3 a 17 anos. As vítimas conhecem o agressor como um membro da família ou alguém muito próximo/amigo; ii) O comportamento costuma ser através de toque inadequado isolado ou juntamente com toque nas mamas, contato sexual isolado com sexo oral/anal/genital, exposição sexual inadequada/indecente; e iii) A proximidade física da vítima durante o episódio na mesma cama, ou no mesmo quarto, ou ainda fora do quarto.

Na prática clínica, as investidas sexuais durante o sono são subnotificadas e, portanto, subdiagnosticadas. Frequentemente, o indivíduo dorme sozinho na cama, ou a(o) parceria(o) conjugal consente com a investida sexual. Como demonstrado na Tabela I algumas características podem ser identificadas para um diagnóstico diferencial entre as duas *parassonias* que costumam ser erroneamente confundidas.

É relevante avaliar que não há evidências de que a parassônia se trate de um transtorno parafílico. Os episódios de sexsônia são comportamentos involuntários e de ordem autonômica. Geralmente, associados ao despertar confusional, seguidos de amnésia e sentimento de vergonha/culpa diante do conhecimento da experiência sexual anormal. Assim, faz-se necessário cuidados na avaliação dos casos para discriminá-los dos casos de violência sexual. Portanto, é necessário considerar o uso dos testes psicológicos que investiguem a personalidade, o humor, a função sexual e o nível de estresse, além do uso de drogas, como importantes aliados no diagnóstico da sexsônia.

Consequências

A sexsônia é uma real condição clínica que compromete o paciente e quem está dormindo ao seu lado. O relato de 17 casos em clínica de sono (DEBUSSY et al., 2017) considera o impacto psicossocial na vida dos envolvidos (depressão, tentativa de suicídio, pedidos de divórcio, perda da custódia de filhos, acusação de estupro). Desta forma, muitos dos casos podem resultar em ações criminais como é o caso de um mecânico de 32 anos, desempregado e usuário constante de drogas. Ele havia perdido seu pai em situação violenta e teve que fazer o reconhecimento do corpo. Após esta situação traumática, ele foi para a casa de amigos após ter bebido muito e fumado maconha. Ele foi dormir com as duas crianças da família e, subitamente, foi acordado pelo amigo que lhe disse que a menina de dez anos afirmou que ele colocou o dedo em sua vagina. Ele referiu que não se lembrava de nada, mas foi acusado de estupro de vulnerável. Ele foi encaminhado a uma clínica de sono e a investigação clínica apontou para um histórico de sonilóquio e um episódio de sonambulismo, além de relatos de outras parassônias na família. O registro de vPSG não apontou qualquer comportamento atípico, contudo, ele foi absolvido da acusação de estupro (SHAPIRO; TRAJANOVIC; FEDOROFF, 2003). O entendimento dos jurados foi de que ele não estava consciente durante o episódio de sexsônia, e que estava vivendo sob condições de estresse e abuso de drogas.

Os casos criminais de comportamento sexual atípico durante o sono demandam uma avaliação multidisciplinar e abrangente para melhor compreensão de sua forma multifacetada e ações dirigidas ao melhor encaminhamento caso a caso.

Tratamento

Como condutas já padronizadas para as outras parassônias do sono NREM, é recomendado iniciar tratamento com benzodiazepínicos associados à abordagem psicoeducativa. As técnicas de higiene do sono, compreensão da arquitetura do sono e manejo do estresse

somadas à diminuição do consumo abusivo/inadequado de substâncias psicoativas oferecem suporte para as mudanças desejadas no padrão do sono (WILL; GARCIA, 2002). Nos casos que envolvam outros distúrbios como AOS, SPI e MPP, segue-se com as condutas já consideradas de consenso na medicina do sono: i) o tratamento reconhecido como eficaz para AOS, especialmente nos graus moderada e grave é o tratamento de ventilação com pressão positiva contínua em via aérea superior, denominado Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) (SULLIVAN et al., 1981; WEAVER; CHASENS, 2007; WEAVER; SAWYER, 2010); outro tratamento proposto, o Aparelho Intra-Oral (AIO), tem como objetivo aumentar o volume da via aérea superior por meio de uma manobra mecânica, sendo a tração anterior da mandíbula e consequentemente da língua o mecanismo mais provável para um aumento do diâmetro da via aérea superior. O AIO é indicado para o tratamento do ronco primário e para o controle da AOS de grau leve (DAL-FABBRO et al., 2010; HOFFSTEIN, 2007); ii) o tratamento mais usual das SPI e MPP são os Agonistas Dopaminérgicos (AD), seguidos do uso da levodopa/benserazida e da pregabalinina (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO; RIZZO, 2013; PAVLOVA; LATREILLE, 2019).

Conclusão

Até o presente, o que sabemos sobre sexsônia se baseia nos relatos dos estudos de casos e em algumas revisões. São necessárias novas pesquisas de modo a melhorar os critérios para o diagnóstico e para a elaboração de protocolo para o tratamento da sexsônia.

Referências

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO SONO; RIZZO, G. (coord.). *Síndrome das pernas inquietas: consenso brasileiro 2013*. São Paulo: Omnifarma, 2013.
- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. *International Classification of Sleep Disorders*. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. *The AASM Manual for scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications*. Version 2.4, 2017.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ANDERSEN, M. A. et al. Sexsomnia: Abnormal sexual behaviour during sleep. *Brain Research Review*, v. 56, n. 2, p. 271-282, 2007.

ARIÑO, H. et al. Una forma de parasomnia con conductas sexuales durante el sueño. *Neurología*, v. 29, n. 3, p. 146-152, abr. 2014.

BÉJOT, Y. et al. Sexsomnia: An uncommon variety of parasomnia. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, v. 112, n. 1, p. 72-75, Jan. 2010.

DAL-FABBRO, C. et al. Clinical and polysomnographic assessment of the BRD Appliance in the treatment of Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Dental Press Journal Orthodontics*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 107-117, jan./fev. 2010.

DEBUSSY, A. L. et al. Sexsomnia: A Specialized Non-REM Parasomnia? *Sleep*, v. 40, n. 2, p. 1-9, Feb. 2017.

FLEETHAM, J. A.; FLEMING, J. A. E. Parasomnias. *CMAJ*, v. 186, n. 8, p. E273-8, 2014.

HITE, S. *O Relatório Hite: um profundo estudo sobre a sexualidade feminina*. 5. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1979.

HOFFSTEIN, V. Review of oral appliances for treatment of sleep-disordered breathing. *Sleep & Breathing*, Heidelberg, v. 11, n. 1, p. 1-22, Mar. 2007.

KARACAN, I. Erection cycle during sleep in relation to dream anxiety. *Archives of General Psychiatry*, v. 15, n. 2, p. 183-189, 1966.

KINSEY, A. C.; POMEROY, W. B.; MARTIN, C. E. *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: WB Saunders, 1948.

KINSEY, A. C. et al. *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: WB Saunders, 1953.

MIOC, M. et al. Sexsomnia: a diagnostic challenge, a case report. *Sleep Medicine*, v. 43, p. 1-3, 2017.

MUZA, R.; LAWRENCE, M.; DRAKATOS, P. The reality of sexsomnia. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, Philadelphia, v. 22, n. 6, p. 576-82, 2016.

PARTINEM, M.; HUBLIN, C. *Epidemiology of sleep disorders*. In: KRYGER, M. H.; ROTH, T.; DEMENT, W. C. (ed.). *Principles and practice of sleep medicine*. 3rd ed. New York: WB Saunders, 2000. p. 558-579.

PAVLOVA, M. K.; LATREILLE, V. Sleep Disorders. *The American Journal of Medicine*, v. 132, n. 3, p. 292-299, 2019.

SCHENCK, C. H. Update on Sexsomnia, Sleep Related Sexual, Seizures, and Forensic Implications. *NeuroQuantology*. v. 13, n. 4, p. 518-541, 2015.

SCHMIDT, M. H.; SCHMIDT, H. S. Sleep-related Erections: Neural Mechanisms and Clinical Significance. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, v. 4, n. 2, p. 170-178, Mar. 2004.

SHAPIRO, C. M.; TRAJANOVIC, N. N.; FEDOROFF, J. P. Sexsomnia: A New Parasomnia? *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 48, n. 5, p. 311-317, June, 2003.

SOCA, R.; KEENAN, J. C.; SCHENCK, C. H. Parasomnia overlap disorder with sexual behaviors during sleep in a patient with obstructive sleep apnea. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, Darien, IL, v. 12, n. 8, p. 1189-1191, 2016.

SULLIVAN, C. E. et al. Reversal of obstructive sleep apnoea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *Lancet*, v. 317, n. 8225, p. 862-865, Apr. 1981.

TRAJANOVIC, N. N.; MANAGAN, M.; SHAPIRO, C. M. Sexual behaviour in sleep: an internet survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, [Berlin], v. 42, n. 12, p. 1024-1031, Dec. 2007.

WILLS L.; GARCIA J. Parasomnias, epidemiology and management. *CNS Drugs*. Auckland, v. 16, n. 12, p. 803-10, 2002.

WEAVER, T. E.; CHANSENS, E. R. Continuous positive airway pressure treatment for sleep apnea in older adults. *Sleep Medicine Reviews*, London, v. 11, n. 2, p. 99-111, 2007.

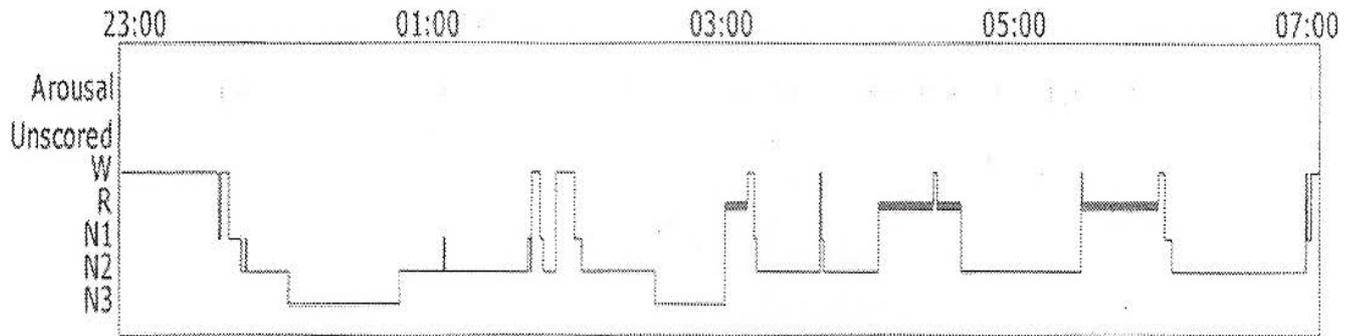
WEAVER, T. E.; SAWYER, A. M. Adherence to Continuous Positive Airway Pressure Treatment for Obstructive Sleep Apnea: Implications for Future Interventions. *The Indian Journal of Medical Research*, Mumbai, n. 131, p. 245-258, Feb. 2010.

YEH, S. B.; SCHENCK, C. H. Sexsomnia: A case of sleep masturbation documented by video-polysomnography in a young adult male with

sleepwalking. *Sleep Science*. v. 9, n. 2, p. 65-68, Apr./June 2016.

ZOU, Z. et al. The Role of Nocturnal Penile Tumescence and Rigidity (NPTR) Monitoring in the Diagnosis of Psychogenic Erectile Dysfunction: A Review. *Sexual Medicine Reviews*, Amsterdam, v. 7, n. 3, p. 442-454, July, 2019.

Figura I – Hipnograma



Legenda: Wake (W)= despertares; REM (R)= sono com movimento dos olhos; N1 = sono superficial; N2= sono com redução de movimentos; N3= sono profundo.

Tabela I – Características distintas entre DCREM e Sexsônia

DCREM	SEXSÔNIA
Indivíduos mais velhos	Indivíduos jovens
Segunda metade da noite	Primeira metade da noite
Olhos costumam estar fechados	Olhos costumam estar abertos
Atividade motora associada ao conteúdo dos sonhos (luta – fuga)	Despertar confusional
Comportamento violento	Comportamento voltado para a região genital
Lembrança do sonho	Amnésia
Associado a doenças neurológicas, TEPT	Associado a outros transtornos de sono (roncos, AOS, SPI)
Associado a medicações específicas; retirada abrupta de substância psicoativa	Histórico de uso de drogas psicoativas
	Relato prévio de outra parassonia do sono NREM

Legenda: DCREM: Distúrbio Comportamental do sono com movimento rápido dos olhos; TEPT: Transtorno de Estresse Pós-traumático; AOS: Apneia Obstrutiva do Sono; SPI: Síndrome das Pernas Inquietas; NREM: sono sem movimento rápido dos olhos.