



Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista

Latinoamericana

E-ISSN: 1984-6487

mariaglugones@gmail.com

Centro Latino-Americano em Sexualidade e
Direitos Humanos
Brasil

Irvine, Janice M.

Paixões reguladas. A invenção da inibição do desejo sexual e da adicção sexual
Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 15, diciembre, 2013, pp. 148-177

Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
Río de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293328993007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.15 - dec. 2013 - pp.148-177 / Irvine, J. / www.sexualidadesaludysociedad.org

Paixões Reguladas. A invenção da inibição do desejo sexual e da adicção sexual

Janice M. Irvine

Doutora pela Brandeis University-EUA
Professora do Departamento de Sociologia
da University of Massachusetts
Amherst, Estados Unidos de América

> irvine@soc.umass.edu

Resumo: A partir de um olhar sociológico, o artigo trata da emergência das categorias de inibição do desejo sexual (IDS) e da adicção sexual no campo da sexologia norte-americana. O texto busca explicar tal emergência a partir da triangulação de imperativos e saberes médicos articulados a demandas e experiências individuais e ansiedades culturais. Além disso, nele se explora a constituição histórico-sócio-política do campo sexológico e médico neste contexto, bem como suas diferenças, mudanças, mediadores culturais, ambivalências e contenciosos.

Palavras chaves: sexologia; sexualidade; adicção sexual; inibição do desejo sexual

Pasiones reguladas. La invención de la inhibición del deseo sexual y de la adicción al sexo

Resumen: Desde una mirada sociológica, este artículo aborda la emergencia de las categorías inhibición del deseo sexual (IDS) y adicción al sexo, en el campo de la sexología norteamericana. El texto busca explicar tal emergencia a partir de la triangulación de imperativos y saberes médicos articulados a demandas y experiencias individuales, y a ansiedades culturales. Se explora la constitución histórico-socio-política del campo sexológico y médico en ese contexto, así como sus diferencias, cambios, mediadores culturales, ambivalencias y conflictos.

Palabras clave: sexología; sexualidad; adicción al sexo; inhibición del deseo sexual

Regulated Passions: The Invention of Inhibited Sexual Desire and Sex Addiction

Abstract: In this article the emergence of the categories Inhibited Sexual Desire (IDS), and Sex Addiction within North American sexology is explained as the result of the combination of medical imperatives and knowledge, articulated to individual experiences and demands, as well as to cultural anxieties. In that process the historical, social, and political constitution of the medical and the sexological field is also explored, as well as their differences, changes, cultural mediators, ambivalences, and conflicts.

Keywords: sexology; sexuality; sexual addiction; Inhibited sexual desire

Paixões Reguladas.

A invenção da inibição do desejo sexual e da adicção sexual¹

Nos últimos anos, diversas manchetes estamparam as capas da revista *Cosmopolitan*. Em novembro de 1988, “Quando você não tem interesse por sexo, ele não está interessado: como reavivar seu desejo”. Em julho de 1989, “Garotas viciadas em sexo: por que elas não conseguem parar”. E finalmente, em novembro de 1989, a angustiante pergunta: “Quanto sexo é o suficiente?”. A garota *Cosmo* se emaranhava no labiríntico debate contemporâneo sobre sexualidade e desejo sexual. Tais debates na cultura popular sobre a natureza e os limites do desejo sexual refletem um importante desenvolvimento profissional, a invenção, nos anos de 1970, de duas categorias diagnósticas: Inibição do Desejo Sexual (IDS) e Adicção Sexual.

Tanto o discurso médico quanto o popular operam como linguagens do sexo. Ambos existem em um campo discursivo, com aparatos como textos religiosos, práticas legais e educacionais, outras definições médicas, e outros artefatos da cultura popular, como a pornografia, a ficção romântica e a música popular: todos construindo, socialmente, a sexualidade. Pois se aceitamos que não existe sexualidade natural ou instintiva (sobre a qual possamos determinar o que é excessivo ou insuficiente), então está claro que nós inventamos o sexo. Ele é um produto social imbuído de um conjunto de significados, constituído por meio de várias linguagens. E já que a sexualidade é organizada pela regulação e pela definição, é útil examinar a invenção de categorias, conceitos e linguagens que nos dizem como ser sexuais; que delineiam o que é uma sexualidade boa, ruim, maligna ou aceitável.

Na segunda metade do século 20, a invenção de novas doenças性uais foi central na regulação da sexualidade. Em nossa cultura, doenças, assim como o sexo, não são simplesmente entidades orgânicas, pois também operam como paradigmas expandidos, imbuídos de diferentes significados. Doenças são artefatos com história e prática social. Na área da sexualidade, as práticas discursivas da medicina desde o século 19 deram origem àquilo que Foucault chamou de “proliferação de sexualidades” (1978:48), muitas das quais carregam a marca de perversão renascida como doença. Assim, a invenção da adicção sexual e da inibição do desejo

¹ Chapter 7, *Regulated Passions: The Invention of Inhibited Sexual Desire and Sexual Addiction from Disorders of Desire: Sexuality and Gender in Modern American Sexology* by Janice Irvine. Used by permission of Temple University Press. ©1991 by Temple University. All Rights Reserved. Tradução: Daniela Ferreira Araújo Silva. Revisão: Carolina Branco de Castro Ferreira.

sexual pode ser entendida à luz de dois fatores históricos relacionados ao fim do século 19. Primeiramente, uma gama de mudanças socioeconômicas impulsionou uma sexualidade comercializada em que o sexo é cada vez mais privilegiado como fundamental à identidade individual e à felicidade². Em segundo lugar, a profissão médica usurpou a autoridade moral e religiosa na área da sexualidade, gerou novos discursos altamente visíveis e promulgou a diversificação de novas identidades sexuais. Como sugere Foucault, “o Sexo foi levado para fora do esconderijo e forçado a assumir uma existência discursiva” (1978:33).

A inibição do desejo sexual e a adicção sexual são duas das mais recentes construções médicas de doença e transtorno sexual. A medicalização destas duas condições, através de elaborados sistemas de categorias diagnósticas e intervenções terapêuticas, modela uma condição sexual ou um “papel de doente”³ e, no caso da adicção sexual, toda uma identidade construída em torno de um padrão sexual específico.

Seria um erro, contudo, atribuir poder absoluto e incontestável à profissão médica na invenção dos novos transtornos. Ao contrário, outras doenças emergem da triangulação entre imperativos médicos, demandas e experiências de indivíduos, e tradições e ansiedades culturais. Este artigo pretende examinar estes três eixos de influência. Em primeiro lugar, apresenta-se uma análise da história da intervenção profissional sobre comportamentos problemáticos subsequentemente definidos como disfunções do desejo. Em segundo lugar, exploram-se as complexidades de definição e tratamento e as implicações para os indivíduos afetados. Finalmente, a ênfase recai sobre as formas em que doenças refletem o estilo cultural de determinado período (Cf. Fee, 1989). Sugere-se que, no final do século 20, essas novas doenças mapeiam as fronteiras medicamente legítimas da experiência sexual contemporânea considerada aceitável, e servem de significantes para ansiedades culturais sobre sexualidade e desejo.

Narrativas de doença

A construção de categorias de doença gera um complexo conjunto de negociações entre profissionais, o público em geral e os indivíduos afetados, sempre mediado por ideologias culturais mais amplas. A configuração particular de circunstâncias muito distintas para o surgimento de ideias sobre inibição do desejo

² Sobre este debate no contexto norte-americano ver: D’Emilio & Freedman (1988).

³ A referência conceitual encontra-se em: Parsons (1975:257-78).

sexual e adicção sexual, em meados dos anos de 1970, fornece pistas sobre seu poderoso valor social e individual.

Embora clínicos modernos tenham registrado anedoticamente casos de baixo desejo sexual ainda em 1972, a IDS foi primeiramente descrita na literatura médica, em 1977, por dois sexólogos trabalhando de forma independente: Harold Leif e Helen Singer Kaplan (Leiblum & Rosen, 1988). Terapeutas sexuais renomados, reportaram a crescente prevalência de queixas de baixa libido em sua prática clínica. Esta foi uma guinada digna de nota nas queixas iniciais apresentadas pela maioria dos pacientes neste apogeu da terapia sexual. Com a publicação, em 1970, de *A Inadequação Sexual Humana*, de Masters e Johnson, a terapia sexual sofreu um incremento ao longo da década, para se tornar o mais visível, lucrativo e disseminado empreendimento da sexologia.⁴ Baseando-se em sua pesquisa e em sua experiência clínica, Masters e Johnson identificaram categorias amplas de problemas性uais que eventualmente foram adotadas pela terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IIIR).

Para homens, as disfunções性uais básicas incluíam ejaculação precoce, impotência primária e secundária, e incompetência ejaculatória (uma condição rara em que o homem não consegue ejacular intravaginalmente). As disfunções性uais femininas incluíam disparesunia (dor durante a relação sexual), vaginismo (contração dos músculos vaginais que impede a penetração peniana) e vários tipos de disfunções orgâsticas, subdivididas em categorias primárias e secundárias, relativas ao coito ou à masturbação.⁵ Tais disfunções englobavam uma gama de dificuldades técnicas a que um casal poderia estar vulnerável e, inegavelmente, o programa de terapia sexual de Masters e Johnson auxiliou inúmeras pessoas a melhorarem sua vida sexual. O tratamento breve e sintomático proposto por eles parecia perfeito para aqueles com pouca experiência ou informação sobre sexo.

A simples descoberta da existência do programa era suficiente para instilar esperança e confiança em alguns casais. No final dos anos 70, sexólogos, com seu apelo à legitimidade científica e à autoridade médica, beneficiavam-se de uma onda de popularidade em um vasto mercado, ávido por uma nova abordagem dos problemas性uais. Rumores de dramáticas, quase miraculosas taxas de sucesso para intervenções em problemas性uais eram tão persuasivas que clientes passaram a relatar curas apenas por sentarem na sala de espera. Ao fim da década, contudo,

⁴ A respeito do debate a cerca das discussões referentes à história da sexologia norte-americana ver: Irvine, (1990).

⁵ Para maiores detalhes acerca de tais classificações médicas conferir a obra de William Masters e Virginia Johnson (1970).

terapeutas sexuais lamentavam o desaparecimento dos “casos fáceis” – particularmente aqueles problemas resultantes da ignorância ou da desinformação, e que respondiam bem aos métodos comportamentais simples de Masters e Johnson. As novas dificuldades eram enunciadas de diversas formas: tédio sexual, baixa libido, mal-estar sexual, e mesmo aversão e fobia sexual.

Harold Leif recomendou que o diagnóstico de inibição do desejo sexual se aplicasse àqueles pacientes que falhassem em iniciar ou responder a estímulos sexuais de forma crônica. A disfunção é comumente definida, hoje em dia, como inibição do desejo sexual ou desejo sexual hipoativo. A American Psychological Association estima que 20% da população apresentem baixo desejo sexual ou sua ausência. Entre os terapeutas sexuais, a IDS é agora referida como principal queixa, constituindo metade de todos os diagnósticos, e é considerada como o problema sexual mais difícil de tratar (Leiblum & Rosen, 1988). Mais mulheres do que homens recebem o diagnóstico de inibição do desejo sexual, embora muitos terapeutas reportem que a incidência entre homens vem aumentando.⁶

O conceito de adicção sexual teve uma origem bem distinta, surgindo de forma independente em várias cidades simultaneamente. Não é de se surpreender que a ideia de ser adicto a sexo tenha surgido no movimento de adicção, entre aqueles em recuperação do uso de substâncias. Suas primeiras manifestações foram no estabelecimento de grupos de 12 Passos, para conter aquilo que os membros descreviam como “sexualidade não administrável”. O primeiro desses grupos foi o Dependentes de Amor e Sexo Anônimos, fundado por um músico em Boston em 1977 (Salmon, 1990). Membro dos Alcoólicos Anônimos há anos, tinha uma esposa, uma amante, outros envolvimentos sexuais e masturbava-se várias vezes ao dia. A percepção de que sua sexualidade estava fora de controle levou-o a procurar outros com um problema similar para que pudesse “ficar sóbrios”. Inicialmente, encontravam-se em residências particulares, mas o crescimento do grupo fez com que procurassem um espaço público de encontro.

Um pastor local mostrou-se simpático, mas duvidando que seus paroquianos apoiasssem um grupo de dependentes de sexo, sugeriu uma mudança de nome. O grupo Dependentes de Amor e Sexo Anônimos passou a ser conhecido também como Irmandade Agostina, já que um dos membros que estava lendo as *Confissões* de Santo Agostinho afirmou que “ele era claramente um de nós”. Atualmente há sete diferentes irmandades nos Estados Unidos para dependentes de sexo e codependentes, com nomes como Dependentes de Sexo Anônimos, Sexólicos Anôni-

⁶ Para detalhamento desta questão, a partir da visão terapêutico-profissional ver: Anthony Pietropinto e Jacqueline Simenauer (1990).

mos e Compulsivos Sexuais Anônimos. Todas foram fundadas em circunstâncias similares às da criação da Irmandade Agostina.

A cada semana, aproximadamente 2 mil reuniões para adictos em sexo ocorrem no país, e acredita-se que os grupos têm crescido em uma taxa de 30% ao ano (Pietropinto & Simenauer, 1990). Em contraste com a IDS, um próspero movimento popular de indivíduos que afirmavam sofrer do transtorno já existia quando os profissionais se debruçaram sobre a questão. Atualmente, entretanto, especialistas e clientes se alinham, já que a adicção sexual deu origem a uma robusta indústria de tratamento. O diagnóstico atraiu dois tipos de profissionais: o grupo dominante é o de “adictólogos” (como agora se autodenominam), ao qual se junta um menor grupo de clínicos que tratam de criminosos sexuais. O interesse profissional na adicção ao sexo foi impulsionado pela teoria de adicção do “processo oponente”, introduzida no início dos anos 70, que sugeria que a adicção não dependia da presença de uma substância⁷. A proposição de que qualquer excesso comportamental poderia conduzir à dependência se ajustava perfeitamente à disseminada generalização popular de ideias sobre adicção, representada por figuras como o *workaholic* (viciado em trabalho), o *shopaholic* (viciado em compras) e o jogador compulsivo. Os proponentes da síndrome encaram a adicção em sexo dentro desse paradigma amplo de transtornos de adicção.

Hoje em dia há uma plethora de textos sobre adicção a sexo, e programas de tratamento. O primeiro tratamento em internação para adictos em sexo foi iniciado em 1985, na Unidade de Dependência Sexual do Centro de Saúde Golden Valley, em Minneapolis. Especialistas em adicção alegam que cerca de 6% da população são adictos a sexo, e aproximadamente 30% destes são mulheres. Patrick Carnes, um dos mais preeminentes popularizadores do conceito de adicção sexual, afirma que uma em cada 12 pessoas nos EUA é adicta a sexo (Goleman, 1984).

A fronteira profissional

A construção de novas definições médicas não consiste em um simples espehlamento da percepção de um mal-estar ou de condições problemáticas. Ao contrário, a elaboração discursiva da doença é moldada por fatores complexos, incluindo imperativos ideológicos e econômicos dos profissionais formuladores das definições. É digno de nota que os novos diagnósticos de IDS e adicção a sexo tenham sido cada qual definidos por coortes profissionais bastante distintas, de

⁷ Para este debate, a partir da visão terapêutico-profissional, conferir: Solomon (1980).

forma que ambos os discursos médicos tenham progredido paralelamente e em trajetórias um tanto distintas. Tem havido pouca conexão ou comunicação entre especialistas em adicção e sexólogos, e pouca sobreposição de especialidades. Há, todavia, certa hostilidade velada entre os grupos, derivada do embate entre ideologias subjacentes e objetivos explícitos do tratamento. Tais conflitos ressaltam a natureza construída das novas doenças e revelam a natureza das lealdades e dos interesses de cada profissão.

O campo da adictologia foi marcado pela rápida expansão profissional, sobretudo após a teoria da adicção do processo oponente de Solomon ter fornecido legitimidade teórica para que quase tudo pudesse ser considerado como um agente de adicção. Embora a subsequente proliferação de adicções tenha ampliado o campo de ação dos especialistas para novas áreas, como o jogo e a sexualidade, seu olhar médico permanece focado na vigilância contra excessos e na recomendação de controle e gestão. Essa ideologia sexual de temperança e abstinência opõe-se diretamente à visão de expansão e liberdade sexual implícita na sexologia. Adictólogos têm criticado muitas das tecnologias, ideologias e práticas de incremento sexual que compõem os modelos-padrão de terapia sexual. Por exemplo, alguns acreditam que a cirurgia de implante peniano, um procedimento lucrativo bastante aceito entre sexólogos, signifique e reforce a adicção a sexo.⁸

Especialistas em adicção também questionam os sexólogos em relação ao irre-freável entusiasmo destes pelo uso ilimitado de fantasia e pornografia, pelo encorajamento à masturbação e pela celebração, mesmo que virtualmente, de toda prática sexual consentida entre adultos. Segundo estes profissionais, adictos em sexo podem ter de praticar o celibato e de eliminar a fantasia e o material explicitamente sexual para “obter e manter a sobriedade”, e os terapeutas sexuais são capazes de simplesmente traumatizá-los outra vez, ou facilitar uma recaída ao pregarem a liberdade sexual (Manley, 1991). Ainda que os especialistas em adicção possam aceitar o domínio dos sexólogos em várias áreas da sexualidade, eles têm marcado território, e tornam-se visivelmente críticos em relação aos terapeutas sexuais por uma suposta falta de eficácia no tratamento de adictos em sexo (Schwartz, 1991; Manley, 1991).

Sexólogos, por outro lado, têm lutado por legitimidade profissional e por um mercado comercial viável por mais de um século⁹. Orgulham-se do rigor científico

⁸ Discussão da platéia durante a apresentação de Carole G. Anderson, intitulada “Assessment and Treatment of the Sexual Dependency, Eating Disorders, Sexual Trauma Complex”, na “National Conference on Sexual Compulsivity/Addiction”, Minneapolis, 20.05.1990.

⁹ Para uma discussão das estratégias da sexologia para alcançar legitimidade profissional, ver: Irvine (1990).

fico de seu trabalho e da aceitação e do apoio razoavelmente imparciais a toda expressão sexual. O próprio conceito de adicção sexual – de que pode haver sexo em excesso – ameaça os fundamentos da profissão. Até o início dos anos 90, os sexólogos geralmente respondiam ao diagnóstico emergente de adicção ao sexo com sarcasmo, repúdio ou ataques à sua credibilidade científica. Em uma antologia sobre transtornos do desejo sexual de 1988, os sexólogos Sandra Leiblum e Raymond Rosen observaram que a adicção ao sexo começava a receber atenção considerável. Eles descreveram os indivíduos acometidos como “entusiastas sexuais”, notando que estes “tendem a ser admirados ou invejados em vez de diagnosticados” (1988). Helen Singer Kaplan afirmava que a adicção sexual é extremamente rara (Goleman, 1984), e é “um termo da mídia que não possui qualquer validade ou significado científico.” (Rowland, 1986:45).

Possivelmente em função de seu trabalho com o hormônio Depo-Provera em criminosos sexuais (Foreman, 1984), o renomado sexólogo John Money era inicialmente um apoiador do novo diagnóstico, relatando ao *New York Times* em 1984 que havia visto muitos pacientes que eram adictos a sexo: “sua hipersexualidade normalmente excede as capacidades normais”, observou (Goleman, 1984). Em 1989, entretanto, Money reverteu veementemente seu posicionamento, afirmando que “a patologização do sexo através da invenção de uma doença até então desconhecida, a adicção a sexo”, consistia em uma estratégia da “contrarreforma sexual”, que tem exercido um efeito destrutivo no sentido do avanço da ciência da sexologia (Money & Lamacz, 1989).

Antagonismos profissionais começaram a se dissipar lentamente em mútua ambivalência em grande parte devido à epidemia de AIDS. Isto porque sexólogos, que foram incapazes de evitar a ansiedade social gerada por morais sexuais mais livres, começaram a moldar suas práticas. *Workshops* e intervenções, tais como a intitulada “Amando novamente”, abundavam para os acometidos pelo tédio no sexo e nos relacionamentos, aterrorizados pelo cumprimento da monogamia e pelo medo de infecção por HIV. Não é incomum que os sexólogos tracem sua trajetória profissional a partir de diferentes correntes ideológico-culturais sobre sexo e gênero.

A sexologia nunca apresentou uma visão descomplicada da liberação sexual. Ao contrário, historicamente, o campo administrou as contradições entre uma mensagem sexual progressiva e a necessidade de conservadorismo e credibilidade científica para obter legitimidade cultural e viabilidade econômica. A despeito desses imperativos antinônicos, os sexólogos geralmente promovem o avanço de um sistema de valor sexual de maior liberdade e participação. Não obstante, o pânico sexo-cultural exacerbado pela AIDS enfatizou a mensagem de caos sexual e de terror aos excessos sexuais dos adictólogos. Os estímulos dos sexólogos ao prazer e à experimentação sexual pareciam cada vez mais tolos e insalubres, enquanto eles

próprios começavam a incorporar algumas ideias, se não o diagnóstico completo, do campo da adição sexual.

A narrativa histórica da construção da inibição do desejo sexual e da adição sexual revela, portanto, a clara bifurcação entre duas coortes profissionais, marcada por fronteiras e tensões ideológicas. Entretanto, enquanto especialistas operando em polos opostos do mesmo *continuum* de ansiedade e controle sexual, esses profissionais compartilham um enigma possivelmente insolúvel: a tarefa de clarificar e definir precisamente tais doenças.

Definindo e tratando as desordens do desejo

A definição de critérios diagnósticos precisos propõe um enorme desafio quando “doença” é um conjunto generalizado de significantes de caos e de controle cultural. A trama de doenças sobre determinadas, tais como a adição a sexo e a inibição do desejo sexual, é tecida a partir dos distintos fios da especialização profissional, de ideologias, de crenças culturais sobre sexo e das tentativas dos indivíduos em compreenderem suas próprias experiências sexuais. Não obstante, o legado médico da etiologia específica (Dubos, 1959) inspirou cada campo a gerar uma miríade de hipóteses sobre causas individuais das desordens. Essas teorias etiológicas da inibição do desejo e da adição sexual não são discursos totalizantes, mas um amálgama de perspectivas distintas e ocasionalmente nebulosas. Há conflito entre a sexologia e a adictologia sobre a natureza e as origens de seus respectivos transtornos, e seria incorreto supor uma unidade simples ou consenso. Apesar de poucos estudos rigorosos, tem havido muita especulação com base em amostragens clínicas e estudos de caso. Há debates sobre influências ambientais, familiares, de personalidade individual e de fatores biológicos, como a neuroquímica.

Desde o século XIX, profissionais têm rastreado assiduamente a etiologia de condições性uais dentro de uma tradição biomédica que quantifica o desejo e localiza “a busca pela urgência primitiva no próprio sujeito” (Weeks, 1991). A necessidade de mapear o desejo e suas várias desordens no corpo permite a congruência entre diferentes profissionais da sexualidade com a finalidade de estabelecer um terreno teórico comum para a inibição do desejo sexual e para a adição ao sexo. Um pressuposto disseminado e amplamente assumido, tanto da adição ao sexo quanto da inibição do desejo sexual, é a representação do desejo sexual como uma força biológica ou uma energia emergente que jorra incontrolavelmente ou minguá. Há a crença intuitiva de que o sexo, mais especificamente o desejo sexual, se localiza no corpo. Este pressuposto essencialista não surpreende, já que alimenta

normas culturais dominantes sobre a sexualidade, bem como o fundamento teórico da ciência sexual (Weeks, 1981; 1991; Irvine, 1990).

Como foi observado pelo historiador Jeffrey Weeks em relação à busca da sexologia no século XIX pelas origens do comportamento sexual: “a biologia tornou-se o trajeto preferencial para adentrar os mistérios da natureza...” (Weeks, 1991). Cem anos mais tarde, embora poucos teóricos defendam um determinismo biológico estrito na etiologia da IDS ou da adição sexual, fortes temas essencialistas ressoam através dos discursos referentes aos transtornos do desejo.

A literatura de ambas as coortes profissionais reflete uma marcante ênfase no cérebro enquanto sítio do desejo sexual e fonte de suas incontáveis manifestações. Avanços na neuroquímica convergiram para a revolução tecnológica nos computadores a fim de produzir uma visão *cyborg* da sexualidade e do desejo, caracterizada por imagens como “pré-programação”, “circuitos”, “cérebro programado” e “fixado no sistema”. Nesta representação, a pedra fundamental do desejo e as concomitantes possibilidades性uais residem em mecanismos reguladores cerebrais que são alternadamente percebidos como impermeáveis à mudança ou vulneráveis a perturbações.

A base biológica do desejo sexual é mais enfatizada no trabalho de Helen Singer Kaplan, pioneira na descrição da inibição do desejo sexual e que é provavelmente uma das mais ferrenhas essencialistas dentro da sexologia. No texto de 1979 sobre a inibição do desejo sexual, intitulado *Disorders of Sexual Desire*, Kaplan define o desejo sexual como “apetite ou impulso produzido pela ativação no cérebro de um sistema neural específico” (Kaplan, 1979:9). Em termos socio-biológicos, Kaplan descreve a importância do desejo sexual:

O desejo sexual é um impulso que serve à função biológica da sobrevivência da espécie. Ele instila uma forte fome erótica que nos propele a engajar em comportamentos específicos da espécie que conduzem à reprodução. Ele nos move para encontrar um parceiro, cortejar, seduzir, excitar, impregnar, ser impregnado (1979:78).

Para Kaplan, o desejo é experimentado quando um sistema neural específico é ativado no cérebro, desencadeando sensações genitais e uma abertura em relação ao interesse pelo sexo. Quando este sistema está inativo ou é inibido, a pessoa “perde o apetite” ou “o cérebro decide” que fazer sexo é “perigoso demais” (Kaplan, 1979:25).

Especialistas em adição pouco discutem o desejo sexual para além de considerá-lo, ainda que implicitamente, como um impulso fisiológico inerente que saiu do controle. Este discurso remete à perspectiva do século XVIII descrita

por Weeks, de que “o desejo era uma força perigosa preexistente ao indivíduo, arrebatando seu corpo (geralmente do homem) frágil com fantasias e distrações que ameaçavam sua individualidade e sanidade” (Weeks, 1991:70). É significativo que na literatura sobre adicção sexual, o epíteto “desejo” seja sucedido por seu ancestral moral, “luxúria”.

Não obstante, teorias sexuais centradas no cérebro são ainda mais prolíficas entre adictólogos do que entre sexólogos. A ideia dominante propõe que um número finito de possibilidades sexuais polimorfas fique registrado no cérebro no início da infância, e que o comportamento subsequente seja praticamente predeterminado. A teoria dos mapas de amor do sexólogo John Money foi entusiasticamente acionada por especialistas em adicção, que consideram a noção de opções comportamentais programadas no cérebro na infância como uma concepção explicativa convincente. Money descreve os mapas do amor como “uma representação ou modelo de desenvolvimento, sincronicamente funcional na mente e no cérebro, retratando o amante idealizado, o caso amoroso idealizado e o programa de atividade erótico-sexual idealizado com o amante, projetado em imagens e ideações, ou em performance de fato” (Money & Lamacz, 1989:43).

O mapa do amor supostamente incorpora ao cérebro uma gama de conteúdos sociais transmitidos através de mecanismos sensoriais. Além disso, descobertas científicas em neuroquímica informaram o desenvolvimento de um modelo essencialista da adicção sexual, já que, como nota Patrick Carnes: “estudos ampliaram a percepção científica de que a adicção pode existir na própria química do corpo” (1990). Desejo sexual e adicção são vistos, portanto, como eventos fisiológicos coextensivos no interior do corpo.

Esses modelos permitiram aos especialistas em adicção explicar a intransigência do comportamento sexual problemático repetitivo. Ele havia sido codificado nos circuitos do cérebro. Não é incomum ouvir os especialistas sugerirem, por exemplo, que nosso cérebro entra espontaneamente em programas preestabelecidos de atividades, que o elemento-chave da codependência é a incapacidade de modificar o comportamento, pois este foi programado durante a infância (Forster, 1991), ou que o cérebro feminino e o masculino são crucialmente diferentes, de modo que o mesmo trauma na infância afetará diferentemente uma mulher e um homem (Schwartz, 1991). Como veremos, estas perspectivas teóricas a respeito dos transtornos do desejo sexual são cruciais, pois moldam as estratégias de tratamento.

Embora ocupem espaço considerável, as teorias da sexualidade centradas no cérebro não são hegemônicas. Mais recentemente, sexólogos estão divididos quanto à centralidade de um modelo do desejo biologicamente embasado. Muitos ainda aderem a uma teoria essencialista sólida, e inúmeros estudos apontam os hormônios andrógenos como os hormônios da “libido” (Leiblum & Rosen,

1988). Outros sexólogos postularam modelos multidimensionais que privilegiam fatores psicológicos e cognitivos na formação do desejo¹⁰. A literatura médica frequentemente descreve dificuldades maritais, medo e raiva como peças centrais da inibição do desejo sexual. Conforme Helen Kaplan observa a respeito de mulheres acometidas pela IDS no contexto de desacordos no âmbito de relacionamentos afetivo-sexuais: “não é possível para a maioria das pessoas sentir desejo sexual pelo ‘inimigo’” (Kaplan, 1979:90). Muitos adictólogos vinculam a adicção sexual e a codependência ao trauma, ao abuso sexual infantil e à crise na espiritualidade¹¹. Em raras ocasiões, clínicos apontarão o papel de mensagens culturais mais amplas que resultam em imperativos complexos e muitas vezes contraditórios sobre o sexo.

Entretanto, mesmo quando esses profissionais invocam hipóteses mais amplas para explicar tais desordens, estas se localizam naquilo que a antropóloga Carole Vance nomeia de “modelo da influência cultural” (1991). Segundo esta visão, a sexualidade, embora influenciada pela cultura, engloba formas universais de expressão conduzidas por uma força interior ou impulso. Vance observa: “Embora passível de ser moldado, o impulso é concebido como poderoso, movendo-se em direção à expressão após seu despertar na puberdade, às vezes excedendo sua regulação social, e assumindo forma distintamente diferente em homens e mulheres” (1991:878). Ainda que o modelo da influência cultural, tal como aparece nas teorias dos transtornos do desejo, seja uma notável melhoria em relação a modelos rigidamente essencialistas, ele retém supostos deterministas. Diferentemente da teoria da construção social, ele deixa intocada a mediação radical da sexualidade pela história e pela cultura. Apenas raramente, por exemplo, a literatura sobre a adicção sexual e a IDS reconhece o papel de normas societárias sobre sexo na conformação do desejo.

À parte a congruência teórica a respeito da natureza e das origens do desejo, ambas as coortes profissionais enfrentam, todavia, o desafio de elucidar precisamente os parâmetros de suas novas doenças. Os especialistas da adicção sexual e da inibição do desejo sexual compartilham um mesmo problema de definição prática e conceitual: a questão decisiva de quanto é excessivo e de quanto é muito pouco. Esta indeterminação é um dilema familiar à descrição de transtornos sexuais. Kinsey era famoso por descrever, anedoticamente, que o indivíduo promíscuo era “alguém fazendo mais [sexo] do que você”. Do mesmo modo, Masters e Johnson tiveram dificuldade para formular uma definição razoável de ejaculação precoce. Por exemplo, considerando a variedade de parceiros que um homem possa ter, ele pode ser prema-

¹⁰ Para os parâmetros deste debate, Leiblum & Rosen (1988).

¹¹ Ver por exemplo, Carnes (1983), e Kasl (1989).

turo com um e não com outro. Para a IDS e a adicção sexual, os profissionais chegaram a dar peso diagnóstico para referentes externos. Para adictos em sexo, ofensas criminais recorrentes podem servir como marcador substituto para a experiência subjetiva de estar sexualmente fora de controle. Um parceiro irritado e insatisfeito é muitas vezes o motivo para que alguém procure ajuda profissional para IDS.

O componente subjetivo-relacional é inescapável, e evoca o diálogo entre Woody Allen e Diane Keaton em *Annie Hall*, quando o terapeuta lhes pergunta com que frequência fazem sexo. Ele responde: “Quase nunca. Apenas três vezes por semana”, enquanto ela responde: “O tempo todo. No mínimo três vezes por semana”. Clínicos admitem que, particularmente no caso da IDS, o conceito de discrepância de desejo é inevitavelmente relacional, de forma que indivíduos podem mudar facilmente de diagnóstico de acordo com o parceiro. Em última instância, tanto a IDS quanto a adicção sexual apoiam-se fortemente no autodiagnóstico, e servem como referência para o indivíduo que experimenta um sentimento de inadequação ou incongruência com normas sexuais culturais ou interpessoais. Mesmo a despeito de seu caráter inevitavelmente subjetivo, profissionais procuraram estabelecer parâmetros quantificáveis para tais doenças.

O comitê de nomenclatura da Sociedade Psiquiátrica Americana reconheceu a inibição do desejo sexual como entidade clínica em 1980, quando foi incluída no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-III), tornando-se finalmente uma doença mental. O DSM-IIIR (1987) elaborou ainda mais esta classificação ao dividir a doença em duas categorias: Transtorno do Desejo Sexual Hipoativo e Transtorno de Aversão Sexual (Leiblum & Rosen, 1988). A definição do DSH é vaga, mas supõe que a pessoa deve estar sofrendo ou que haja uma desvantagem inerente em função do baixo interesse sexual (irritação do cônjuge, por exemplo). Helen Singer Kaplan descreve o DSH como primário – o raro histórico de assexualidade durante toda a vida – e secundário, em que há a perda do interesse sexual após um histórico de “desenvolvimento sexual normal”. Kaplan descreve a mulher DSH tipicamente como aquela que:

sente-se bastante erótica durante os vários anos de suas experiências pré-coito. Sentia desejo e prazer erótico durante contatos preliminares, mas perde o interesse sexual após experimentar o coito, ou após o casamento, ou após o parto, ou seja, em situações que em nível simbólico ou inconsciente representem perigo (1979:63-64).

O diagnóstico de IDS permanece controverso entre sexólogos, com pouco consenso relativo aos critérios operacionais. Alguns sexólogos chegaram a sugerir que o transtorno é tão vago e as fronteiras diagnósticas tão borradadas que a IDS, como

um diagnóstico que “incluso de tudo”, representaria a esquizofrenia da terapia sexual (Clearing-Sky & Thornton *apud* Leiblum & Rosen, 1988). Muitos negociam tais dificuldades através da estratégia sintetizada pelos terapeutas sexuais Sandra Leiblum e Ray Rosen: “você reconhece quando vê” (1988:8).

Proponentes do diagnóstico de adição sexual sofrem semelhantes dilemas definidores, resultando em uma miríade de listas de verificação e perguntas exploratórias para avaliar a vulnerabilidade dos sujeitos. Muitos endossam a máxima do AA: “Se você acha que tem um problema, você provavelmente tem”. A Unidade de Dependência Sexual de Golden Valley define a adição sexual como “se engajar em comportamento sexual obsessivo/compulsivo que causa perturbação severa aos indivíduos adictos e suas famílias”.¹² O sexo se torna o princípio organizador da vida do adicto, em nome do que tudo mais poderá ser sacrificado. Ademais, a adição pode incluir os seguintes comportamentos, caso tenham “tomado o controle da vida do adicto e se tornado incontroláveis: masturbação compulsiva, relacionamentos heterossexuais e homossexuais compulsivos, pornografia, prostituição, exibicionismo, voyeurismo, ligações telefônicas obscenas, molestamento infantil, incesto, estupro e violência”.¹³

Dentre os vários grupos de Doze Passos, as definições de adição sexual variam, assim como o conceito do que constitui “sobriedade”. Todavia, tanto entre profissionais quanto entre adictos sexuais em recuperação, dois temas são consistentes. Em primeiro lugar, qualquer que seja o comportamento, ele é praticado compulsivamente. Em segundo lugar, o inimigo comum é a luxúria, que se acredita conduzir ao ciclo da adição sexual. De forma a evocar os movimentos de pureza social de fins do século 19 e início do 20, acredita-se que a luxúria leva a vítima ao comportamento incontrolável e destrutivo. A luxúria, portanto, deve ser eliminada. Os Sexólicos Anônimos são talvez os mais restritivos neste sentido, já que a liberdade em relação à luxúria ocupa o palco principal em sua definição de sobriedade. A literatura afirma que:

Qualquer forma de sexo consigo mesmo ou com outro parceiro que não o cônjuge é progressivamente viciante e destrutiva. Portanto, para o sexólico casado, sobriedade sexual significa praticar sexo apenas com o cônjuge, incluindo nenhuma forma de sexo consigo mesmo. Para os solteiros... liberdade em relação a qualquer tipo de sexo. Para todos... a progressiva vitória sobre a luxúria (Salmon, 1989).

¹² Fonte consultada: “Sexual Addiction” - Brochura do Centro de Saúde Golden Valley.

¹³ Ibid.

Novamente, assim como nos movimentos de pureza social, adictólogos veem o sexo como apenas um dos dominós que tombam em um ciclo espiral decadente de destruição que pode incluir, entre outros elementos, comer, jogar, drogas e álcool. Um profissional, por exemplo, descreveu como vulnerável “um tipo particular de mulher muito envolvida em fantasia, que é masturbadora compulsiva, comedora compulsiva e lê novelas românticas” (Hinchen & McBean, 1990). As adicções são descritas como múltiplas e intercambiáveis. Ann é outro caso descrito na literatura:

Ann passa quase todas as noites em salões de coquetéis em busca de homens. Após vários anos de casos de uma só noite, emocionalmente vazios, ela percebeu que ela e os homens que seduzia estavam apenas usando sexualmente uns aos outros. Em desespero, ela baniu os bares e se uniu à amiga Judy em pequenas apostas em bingo e jogos de cartas. Dentro de um mês, Ann havia provado vários jogos de pôquer e de cartas de alto cacife e se tornara totalmente absorvida por sua recém-descoberta: compulsão por jogo (Steinberg, 1990:40).

Para desencorajar a substituição de sintomas, os profissionais são advertidos de que o tratamento deve incluir todas as adições. Grupos de autoajuda fornecem uma rede sempre em expansão para incluir compulsões como masturbação excessiva, jogo, bingo e novelas românticas.

Em seu texto clássico, líder de vendas, *Women, Sex, and Addiction*, Charlotte Kasl amplia ainda mais o sistema de adições ao inter-relacionar codependência sexual e adição sexual em mulheres. Codependente (ou coadicte) foi um termo criado originalmente para descrever o parceiro de um alcoólico. Kasl ampliou a definição para se referir a uma “doença devastadora” em que a mulher faz sexo a qualquer momento sem deseja-lo para manter um relacionamento ou aplacar um parceiro. A codependência, Kasl afirma, é a “programação básica das mulheres” e é apenas um leve exagero da norma culturalmente prescrita para mulheres (1989).

A despeito do desacordo interno e da confusão entre sexólogos e adictólogos sobre etiologia, definições e critérios operacionais de suas doenças, algumas técnicas de tratamento foram desenvolvidas. Estas foram moldadas pela infraestrutura biomédica, concepção central, neste contexto, à construção dos transtornos do desejo. Independentemente de correlatos sociais como abuso, diferenças de poder em relacionamentos heterossexuais ou pressões culturais como possíveis fatores etiológicos, o modelo de doença dos transtornos de desejo sexual mantém a preeminência. A adição sexual é considerada perigosa e, por alguns, como Anne Schaef, “uma doença progressiva, fatal” (1989:34).

Do mesmo modo, sexólogos consideram a inibição do desejo sexual como uma doença séria e intratável. Diferentemente de outras disfunções sexuais, ela

tem um prognóstico pobre com o tratamento disponível. Estratégias de tratamento, tanto para a adicção sexual quanto para a inibição do desejo sexual, permanecem firmemente ancoradas no indivíduo (ou ocasionalmente no caso da IDS, no casal), com o objetivo de gerir, ajustar ou regular o desejo e o comportamento sexual. As intervenções mais comuns são a terapia individual ou de casal, às vezes suplementadas com fármacos. Para adicção sexual, grupos de Doze Passos são um complemento essencial ao tratamento de internação ou ambulatorial.

A confiança profissional em explicações orgânicas e neuroquímicas, tanto para a IDS quanto para a adicção sexual, conduziu previsivelmente à busca por um “tiro certeiro”, já que especialistas em ambos os campos estavam confiantes e esperançosos no futuro da neuroquímica para desvendar os determinantes dessas doenças. Enquanto isso, o tratamento medicamentoso é usado como adjuvante no tratamento das duas disfunções. O antidepressivo Wellbutrin já foi a grande esperança de tratamento para a IDS, até que se descobriu que ele desencadeava convulsões. Agora, a despeito da falta de evidências sobre eficácia, prescreve-se testosterona para baixo desejo sexual em mulheres em pré-menopausa.¹⁴ Prozac é frequentemente receitado para adicção sexual, embora haja muita controvérsia e suspeita entre os sexoadictos em relação ao emprego de uma droga para tratar uma adicção.

Medicalizando o desejo

Em nossa cultura, doença e desejo são eventos médicos, experiências individuais e significantes sociais. Não há relação linear entre ideologia médica e comportamento individual. Não somos passivamente moldados por ideias médicas; tampouco nosso discurso médico reflete diretamente uma experiência interna, universal dos indivíduos. O conteúdo dos diagnósticos médicos é formado por fatores sociais, econômicos e políticos. Tanto ideologias culturais mais amplas quanto as especificamente médicas operam na construção das experiências individuais de desejo, sendo este uma composição culturalmente construída, e não um simples impulso biológico. É imperativo, portanto, analisar a medicalização contemporânea do desejo sexual através destas três dimensões.

O século 19 marcou uma guinada na investigação científica de questões性uais. Desde então, a sexualidade passou a representar um campo de expansão e controle pela profissão médica, com seus interesses em traçar a natureza dos

¹⁴ Para a discussão sobre IDS e tratamento medicamentoso, ver: Irvine (1990).

impulsos sexuais e construir novas categorias psicológicas de comportamento. Os temas do caos, do conflito e da desordem, presentes na IDS e na adição sexual, são legados familiares de mais de um século de olhar médico sobre a expressão sexual. O invertido, o psicopata sexual, a fêmea hipersexual e o onanista são apenas alguns dos personagens historicamente demonizados que saltam do texto de um discurso médico de definição e regulação (Rubin, 1984). Não é de se surpreender, então, que profissionais em fins do século 20 tenham concebido preocupações a respeito do desejo sexual como grandes problemas médicos, considerando que, historicamente, médicos tiveram um papel significativo não apenas na gestão do comportamento sexual, mas também na definição da existência, da adequação e de um objeto ideal do desejo ou da paixão sexual.

Construções sociais referentes ao desejo basearam-se amplamente não nas experiências vividas dos indivíduos, mas em crenças ideológicas sobre sexualidade e gênero. Por exemplo, a permissão para que qualquer mulher experimente o desejo, discuta sexualidade, dê início a um encontro sexual ou se apresente comoissional varia histórica e culturalmente. Carl Degler documentou a variabilidade na literatura de recomendações médicas do século 19 quanto ao desejo em mulheres de classe média. Um tema fala sobre a força da paixão das mulheres; outro articula a visão vitoriana estereotipada de que as mulheres se aproximam do sexo “retraindo-se ou mesmo com horror, em lugar de desejo” (Degler, 1984).

Por sua vez, Nancy Cott relacionou variações na ideologia dominante sobre a paixão feminina através dos séculos 18 e 19, enfocando não nas mudanças de experiências sexuais individuais e interpessoais, mas sim naquelas relacionadas às mudanças culturais em sistemas de metáforas sobre a natureza feminina. A ausência de paixão, ela argumenta, compôs a imagem de espiritualidade das mulheres no século 19, distanciando-a da visão do século 18 das mulheres enquanto criaturas cheias de luxúria e inclinadas ao excesso sexual (Cott, 1984). As mais recentes construções médicas dos transtornos do desejo reinscrevem temas historicamente familiares de moralidade, regulação, a ambivalência do prazer e a ruína do excesso e da depravação.

O poder da ideologia médica na construção do desejo sexual deriva de sua expansão, de sua voz de autoridade. É necessário que haja o reconhecimento cultural de que os problemas do desejo são doenças, com a adoção subsequente da linguagem e dos conceitos de disfunção. Esse processo é facilitado pela representação popular, e no início da década de 1990, tanto a IDS quanto a adição sexual alcançaram certa circulação na cultura popular. Para os acometidos pelo baixo desejo sexual, abundam artigos sobre DRNS (dupla renda, nenhum sexo), lançando a IDS como o mais novo mal que acomete yuppies excessivamente cansados para fazer sexo após um dia ativo em Wall Street. Ao menos um manual popular

de autoajuda surgiu, intitulado “Hoje não, querido”,¹⁵ em que o autor assegura que “a natureza mental do desejo o torna particularmente passível de ser melhorado pela leitura” (Pietropinto & Simenauer, 1990:6). Considerando que nossa balança cultural pende mais para o lado da proibição do que para o do prazer, a ideia da adicção sexual capturou melhor a imaginação popular.

Além dos grupos de Doze Passos, os acometidos também podem ligar para Linha Nacional de Adicção Sexual (National Sexual Addiction Hotline). O *National Enquirer* publicou que Rob Lowe havia dado entrada em uma clínica de adicção sexual,¹⁶ e Arnie Becker, no “L.A. Law”, passou a descrever suas aventuras sexuais como “satiríase”. A mudança no espírito sexual de nossa época é talvez mais bem capturada no novo livro de Erica Jong, *Any Woman's Blues*, em que a personagem principal é uma dependente de sexo que entra para um grupo de Doze Passos (Jong, 1990). Um anúncio no *New York Times* dizia: “nos anos 70, Erica Jong ensinou as mulheres a voar... agora ela as ensina a aterrissar.”¹⁷ Através da ampla disseminação dos conceitos de inibição do desejo sexual e adicção sexual, tais popularizações continuamente reafirmam e legitimam a ideia de que ideologias culturais apropriadas sobre a expressão sexual são condições médicas válidas, passíveis de intervenção individual e cura.

A existência da inibição do desejo sexual e da adicção sexual como diagnósticos médicos garante que as soluções propostas sejam individuais em lugar de estruturais/sociais. Ideológica em parte, essa trajetória também é impulsionada por um motor financeiro, e é evidente que incentivos financeiros são centrais à expansão médica. O tratamento para problemas do desejo sexual é um empreendimento comercial vasto e lucrativo. A renda dos Dependentes de Amor e Sexo Anônimos, por exemplo, ultrapassou os 100.000 dólares após Hazelton assumir a distribuição de seu texto principal em 1988 (Salmon, 1990). O Centro de Saúde Golden Valley emprega uma empresa internacional de relações públicas para gerenciar a infinidade de ligações diárias recebidas de todo o mundo sobre a Unidade de Dependência Sexual. Sexólogos reportam que ao menos metade dos clientes em terapia sexual apresenta queixa de baixo desejo sexual (Leiblum & Rosen, 1988; Pietropinto & Simenauer, 1990). O grande número de indivíduos em tratamento para problemas

¹⁵ N. do T.: No original, “Not Tonight, Dear”. Em inglês, a palavra “dear” não possui inflexão de gênero, podendo designar tanto “querido” quanto “querida”. A opção pela flexão masculina na tradução baseia-se na suposição de que o estereótipo de gênero corrente é de que a frase em questão é geralmente dita pela esposa, e os dados expostos ao longo do artigo indicam que a maioria dos acometidos por IDS é de mulheres.

¹⁶ Fonte: “Rob Lowe in Sex Addiction Clinic” - National Enquirer - 05.06.1990.

¹⁷ Fonte: New York Times Book Review – 04.02. 1990.

do desejo diz respeito à ampla aceitação dos constructos médicos e à disponibilidade de profissionais que oferecem diagnóstico médico e tratamento. Mas talvez o mais importante seja que ele indica a dor e a confusão experimentadas por tantas pessoas em relação ao seu desejo e ao seu comportamento sexual.

Nesse sentido, portanto, é importante avaliar a medicalização do desejo através de seu impacto terapêutico. Como a existência da IDS e da adicção sexual moldam as experiências individuais de sexualidade? A criação destas doenças limitou ou expandiu outras opções para se pensar a respeito do desejo sexual? O que significa assumir a identidade de um adicto sexual? Se alguém sente pouco desejo sexual, definir essa ausência como doença ajuda? Importa que sejam clínicos a oferecer a gama de respostas à garota *Cosmo* que indaga “quanto sexo é o suficiente?”. Ainda que haja relatos anedóticos, os transtornos do desejo são ainda muito recentes para que surja uma literatura etnográfica e fenomenológica nuançada sobre os significados desses diagnósticos para homens e mulheres. Mas a especulação acerca das implicações culturais mais amplas e dos limites do impacto individual é possível, considerando nosso conhecimento sobre a natureza da medicalização e dos contornos teóricos particulares da inibição do desejo sexual e da adicção sexual.

A imposição do paradigma médico sobre eventos ou problemas sociais pode sugerir vantagens potenciais. Estas incluem o maior reconhecimento que ele promove e o arcabouço conceitual que ele oferece para indivíduos preocupados. Ademais, um diagnóstico médico confere legitimidade a um conjunto particular de dificuldades. A linguagem aparentemente neutra e científica da doença pode oferecer alívio palpável àqueles que secretamente se preocupam com o fato de que sua sexualidade seja inadequada ou fora de controle. Especialmente quando as opções de definição são as da moralidade ou do fracasso pessoal, um diagnóstico médico pode parecer menos dramático e, significativamente, insere a pessoa em uma arena de psicotecnologia e pesquisa de alta tecnologia (Chorover, 1973). Segundo um clínico, “a falta de desejo é como uma febre. Algo está acontecendo” (Pietropinto & Simenauer, 1990:4). Assim como contrair gripe, sentir desejo demais ou de menos não é culpa de ninguém. Tudo o que resta é a grande descoberta do tratamento.

Em última análise, contudo, o diagnóstico médico oferece uma falsa neutralidade, pois “se as doenças são julgamentos sociais, elas são julgamentos negativos” (Conrad & Schneider, 1980:31). Designações de doença denotam desconforto, desvio, tratamento e cura. Sexólogos e adictólogos, por exemplo, reificaram os transtornos do desejo em categorias simplistas e estáticas. Perfis diagnósticos e listas de critérios são propositadamente vagas para incluir uma ampla gama de comportamentos. Um perfil para mulheres dependentes de sexo inclui comportamentos tão diversos quanto “relacionamentos múltiplos e seriais; casos; casos de

uma noite; ‘caçar’ em bares, clubes etc.; colunas pessoais; masturbação; fantasia; preparação e dramatização; S/M; exposição; situações perigosas; autoabuso; inclinação a suicídio e homicídio; relacionamentos com homens sexualmente compulsivos” (Hinchen & McBean, 1990).

O modelo ideal apresentado para mulheres dependentes de sexo é uma visão de pureza social de uma sexualidade embasada espiritualmente e monogâmica, sempre orientada relationalmente (Kasl, 1989). O que quer que se distancie disso é patologizado e, no campo da adicção ao sexo, termos de retropureza ressurgiram, tais como “promiscuidade”, “ninfomania” e “mulherengo”. Aceitar o enquadramento de doença da inibição do desejo sexual e da adicção sexual em substituição a um enquadramento moral se revela um mau negócio, pois a marca do estigma e do desvio é transmitida às categorias diagnósticas expandidas.

A confiança em soluções de tratamento individual permanece enquanto limite do modelo médico. No caso da IDS e da adicção sexual, a limitação óbvia é que, na ausência de *insight* histórico e social, o problema é localizado na química ou na psique e é presumivelmente suscetível à intervenção médica. A inadequação da abordagem biomédica de tratamento é patente quanto aos transtornos do desejo, mesmo quando se observa a etiologia tal como definida pelos próprios profissionais. A despeito da preocupação com mapas do amor e circuitos do cérebro, a literatura especializada sugere uma ampla gama de correlatos sociais. IDS é frequentemente relacionada ao medo, à raiva e a problemas conjugais; alguns estudos sugerem que disputas de poder e falta de respeito são as principais dinâmicas da IDS em mulheres.¹⁸

A adicção sexual está ligada a trauma sexual na infância.¹⁹ Considerando estes dados, uma abordagem de tratamento socio-histórica sugeriria a necessidade de uma estratégia de mudança mais inclusiva. Contudo, os clínicos não articulam uma visão social para erradicar o abuso sexual, desafiar a primazia da família nuclear, acabar com a dupla moral sexual, melhorar a educação sexual ou denunciar ideologias sexuais coercivas e destrutivas. É significativo que inexistam estudos de resultados de tratamento para adicção sexual, e que a IDS seja amplamente considerada como o problema sexual de mais difícil tratamento.

De fato, não é possível considerar que a medicalização do desejo elimine o estigma moral ou promova a “cura”. Outros efeitos possíveis são difíceis de identificar claramente. Há alguma preocupação de que a mensagem da proliferação de doenças性ais privilegie certos estilos de expressão sexual e marginalize outros.

¹⁸ Para o desenvolvimento do argumento, ver Irvine (1990).

¹⁹ Ver Kasl, (1989) e o “press release” do Centro de Saúde Golden Valley (1990).

Ao menos um terapeuta sexual foi crítico em relação ao campo de terapia sexual, cuja ênfase em técnicas de aprimoramento sexual aumenta a “pressão a que todos nos submetemos de ‘sempre dizer sim’” (Apfelbaum, 1988:78). É amplamente reconhecido que o discurso da doença pode tornar-se prontamente coercivo, e há evidências de que isto é cada vez mais verdadeiro no caso das disfunções sexuais.²⁰ Uma cliente em terapia para IDS enunciou precisamente esta queixa em relação à apropriação do enquadre de doença por seu marido:

Mas ele tem essa ideia fixa de que eu tenho que fazer sexo do jeito dele. “Isso não é gostoso?”, ele pergunta. Então eu esfrego o lóbulo da minha orelha e digo: “é, e isso também é gostoso, mas eu nunca penso em esfregar o lóbulo da minha orelha e, se eu penso, eu não digo “Uau, mal posso esperar pra fazer isso de novo”. Eu gosto de comida chinesa, mas se eu tivesse que passar um ano sem, eu não ficaria infeliz”. Ele diz que eu sou inibida e que eu não sei disso e preciso de terapia. Quando ele fica com raiva, ele me chama de cadela frígida reprimida, e diz que eu sou doente (Pietropinto & Simenauer, 1990:20).

Todavia, os indivíduos internalizam os modelos de doença de forma altamente variável, e é importante reconhecer que, apesar do potencial coercivo, muitas pessoas relatam sentir alívio e validação com os diagnósticos do desejo. Indivíduos também negociam sistemas diagnósticos de forma idiossincrática. Em relação à adição ao sexo, por exemplo, há indivíduos que claramente selecionam o menu de opções de tratamento, comparecendo aos grupos de apoio para usufruir da estrutura, do amparo e da comunidade, mas se esquivam de adotar uma identidade plena. Tantos outros, entretanto, optam pela aceitação integral da ideologia da adição como mecanismo explicativo de seus medos, e encontram conforto em sua “sobriedade” quanto à doença. A epidemia de AIDS foi o estímulo perfeito para que muitos definissem como fora de controle comportamentos que outrora teriam sido perfeitamente aceitáveis e, em 1986, a revista gay nacional de notícias *The Advocate* divulgou que milhares de homens gays afirmavam sofrer da doença da adição ao sexo (Rowland, 1986). O comportamento fora de controle descrito pelos próprios homens variava desde a masturbação uma ou duas vezes ao mês por um católico devoto até a incansável frequência a *peep shows*. Todos afirmavam sentir grande alívio com seus “planos de recuperação sexual”.

Este fato ressalta a importância das necessidades individuais e das ansiedades culturais na construção de categorias de doença, pois a inibição do desejo sexual

²⁰ Para um aprofundamento dessas questões, ver Irvine (1990).

e a adicção sexual servem como categorias contemporâneas de doença que ajudam as pessoas a dar significado às suas experiências sexuais. O diagnóstico oferece a esperança de alcançar a “normalidade” para aqueles que vivenciam seu desejo sexual como inadequado ou fora de controle. Eles são constructos bipolares que mapeiam a paisagem cultural contraditória da negociação e do gerenciamento da sexualidade adequada. Estas desordens surgiram em meados dos anos de 1970, e floresceram em uma era de distintas tensões acerca de normas sexuais. São informadas pela ideologia contemporânea dicotômica, em que o sexo é simultaneamente aclamado como peça central da realização individual e denegrido como fonte de caos, exploração e morte.

O desejo também é um tropo cultural tanto de satisfação prazerosa quanto de fome perigosa e possivelmente exterior. A historiadora Joan Jacobs Brumberg e a filósofa Susan Bordo falam sobre essa ambivalência e medo em suas análises da anorexia nervosa (Brumberg, 1988; Bordo, 1988). As mulheres são aterrorizadas e repelidas por visões de si mesmas como vorazes, carentes, desejantes e com fome sem controle. “O apetite”, escreve Brumberg, “é uma voz importante na identidade feminina” (1988:265). O apetite, contudo, seja por alimento ou por sexo, carrega consigo a esperança de satisfação e o medo de querer em demasia ou de precisar e não obter. O desejo não é neutro. Atitudes culturais em relação a altos níveis de desejo sexual refletem essa dicotomia prazer/perigo (Vance, 1984). Os especialistas em IDS nos asseguram que “um aumento no desejo sexual é invariavelmente benéfico”, já que altos níveis de desejo sexual estimulam as pessoas a se exercitarem, vestirem-se bem, arrumarem-se com cuidado, controlarem o peso e operarem como indivíduos atraentes e saudáveis (Pietropinto & Simenauer, 1990:15-16). Para dependentes de sexo, contudo, ele é o “pé de atleta da mente. Jamais vai embora. Está sempre pedindo para ser coçado, prometendo alívio” (Carnes, 1983). O desejo, portanto, ou o tornará uma pessoa melhor ou arruinará sua vida.

Essas bifurcações, tão dramaticamente visíveis nessa era de epidemias como a AIDS, estavam aparentes também no *ethos* sexual dos anos 1970. O excesso de informação midiática sobre sexo naquela década refletia tanto uma progressiva abertura quanto a crescente perícia sexológica. Ademais, os questionamentos públicos dos imperativos hetero/sexistas pelo feminismo e por movimentos de liberação gay e lésbica criaram um novo espaço sexual. Muitas mulheres foram empoderadas não apenas ao evitarem o sexo explorador, mas ao buscarem a fantasia, os orgasmos e o suspense. Grupos de consciência feministas facilitavam tanto uma crítica dos relacionamentos sexuais existentes quanto a exploração de novos terrenos sexuais. Um estudo sobre casais no início dos anos 70 revelou maior experimentação sexual entre casais brancos de todas as classes. Livros populares, como *Os Prazeres do Sexo*, *A Mulher Sensual* e *Meu Jardim Secreto*, falavam a um

novo espírito sexual. Ao fim dos anos 70, as mulheres tornaram-se parceiras cada vez mais ativas, e os casais proclamavam entusiasticamente a importância do sexo para um bom relacionamento.²¹

Contudo, esse entusiasmo sexual era atravessado por impulsos contrários. A persistência da dupla moral sexual frustrava a busca por liberdade sexual de muitas mulheres. A organização feminista atraiu maior atenção pública para a violência sexual como mecanismo de controle das mulheres. A plethora de opções sexuais agenciada por sexólogos e pela mídia foi vivenciada por muitos apenas como uma pressão crescente. A patente disjunção entre expectativas de fácil prazer sexual e as realidades do sexo falho contribuiu para criar uma base cultural para o desenvolvimento dos programas clínicos de terapia sexual. A crescente Nova Direita colocou desafios à educação sexual, à legalização do aborto e à liberação gay, reinscrevendo noções de abstinência, moralidade e autocontrole sexual na psique coletiva. O apelo ao controle sexual tornou-se, é claro, ainda mais disseminado e entranhado ao longo dos anos 80 com a emergência da epidemia de AIDS. De forma paralela, portanto, a inibição do desejo sexual e a adicção sexual marcaram estes temas contraditórios da liberdade sexual, contrastando com o medo e a proibição crescentes. Juntos, constituem um conjunto de discursos reguladores e servem de significantes sociais que moldam a experiência individual.

Entretanto, diagnósticos médicos funcionam diferentemente para os indivíduos e podem operar na cultura de forma fluida e imprevisível. Enquanto doenças construídas, como a IDS e a adicção sexual, desempenham um papel central na criação e na reafirmação da ordem sociossexual tradicional, os diagnósticos também podem conter as sementes da perturbação e da oposição. Por exemplo, os binarismos diagnósticos da inibição e do excesso facilmente sugerem normas sexuais de gênero e, de fato, precocemente, a demografia revelou mais mulheres diagnosticadas com IDS, enquanto homens preenchiam grande parte das fileiras dos adictos sexuais. Os transtornos, portanto, reificaram um sistema normativo de relações de sexo/gênero. Para mulheres, a IDS era simplesmente uma reformulação do diagnóstico de frigidez, corroborando a noção de passividade sexual historicamente ligada a elas. Por outro lado, o homem sexo-adicto representa uma versão mais extrema da agressão e da energia sexual masculina.

Ainda que as taxas homens/mulheres tenham se tornado mais equivalentes, as definições permanecem internamente marcadas por gênero. Por exemplo, os perfis de adictos sexuais homens e mulheres são bastante diferentes. Homens são identificados como dependentes de sexo quando exibem formas de comportamento

²¹ Para uma discussão desses padrões culturais, ver Irvine (1990).

extremas e repetitivas. Frequentemente tendem à violência, ou se engajam em comportamentos como o fetichismo. Este não é o padrão típico da mulher dependente de sexo. Em contraste, as mulheres sexo-adictas são descritas como inclinadas à vitimização ou fazendo uso do sexo para se sentirem vicariamente poderosas. Diz-se que mulheres dependentes de sexo tendem a planejar e a dramatizar, ao contrário dos homens. Como colocou uma terapeuta, “Estamos falando sobre escolher a música certa, escolher as roupas certas, escolher a maquiagem certa. Esses rituais podem se estender por horas ou dias antes do sexo” (McBean, 1991).

Ideias claras sobre o comportamento sexual apropriado para mulheres emergem da definição da adicção ao sexo. Charlotte Kasl, a grande porta-voz do tema em relação ao público feminino, relaciona o aparecimento da adicção ao sexo em mulheres à ruptura em ter sexo no âmbito de um relacionamento amoroso, bem como em um contexto espiritual mais amplo. Em uma afirmação reveladora, que reflete ideologias culturais sobre diferenças inerentes entre a sexualidade masculina e feminina, ela alega: “Adicção sexual em mulheres reflete a internalização das normas masculinas de sexualidade, envolvendo poder, agressividade e controle” (Kasl, 1989:43). De fato, a ideia de agressividade e comportamento sexual extremo entre mulheres é tão tabu que o conceito de adicção sexual rapidamente se esfacelou, com mulheres se identificando preferencialmente como codependentes sexuais, adictas a romance e adictas a relacionamentos.

Em um momento cultural de instabilidade e ambivalência, os diagnósticos de IDS e adicção sexual podem significar a maneira com que as fronteiras de sexo/gênero também estão sendo minadas. A IDS, enquanto construção recente, apoia-se em afirmações feministas sobre a importância do prazer e do desejo para as mulheres. A despeito de muitas de suas limitações, o diagnóstico de IDS pode servir como um protesto cultural das mulheres; uma demanda por satisfação no sexo; e a recusa em se conformar com menos. De forma similar, o constructo da adicção sexual é ocasionalmente formulado como uma queixa contra a acomodação sexual e a exploração das mulheres. Feministas neste campo alegam que a adicção geralmente representa a fuga de “sentimentos impotentes de codependência” por parte das mulheres.

A codependência foi descrita como uma “doença da desigualdade”, em que as pessoas oprimidas devem compreender e se acomodar àquelas no poder (Kasl, 1989:31). Para algumas dessas mulheres, portanto, a luta contra a adicção sexual pode servir como um desafio fundamental a papéis de gênero. Do mesmo modo, alguns homens que se identificam tanto com IDS quanto com a adicção sexual têm criticado expectativas sexuais tradicionais referentes à masculinidade. Ainda é muito cedo para dizer se o homem identificado com IDS será apenas ridicularizado silenciosamente e desprezado, enquanto a mulher adicta a sexo permanecerá uma

anomalia destinada à Oprah. Mas os novos diagnósticos claramente possibilitam mais do que a simples recuperação de papéis normativos.

Essas desconstruções simplesmente sugerem que, do mesmo modo que a proliferação de sexualidades no século 19, a invenção de categorias médicas contemporâneas não possui efeito unidimensional. O discurso, como nota Foucault, produz e reafirma o poder, mas também o expõe e o desestabiliza. A criação de novos transtornos sexuais reinscreve relações tradicionais de sexo/gênero enquanto possivelmente fornece um espaço para a resistência, ainda que mínima. Central a essa resistência, contudo, é a consciência consistente e aguda de como essas novas doenças, como significantes de relações sociais e ansiedades, geralmente sustentam interesses políticos dominantes e estruturas sociais. Isto é particularmente verdadeiro em uma era em que, conforme especialistas médicos definem parâmetros para o sexo “mais seguro” e, portanto, “mais adequado”, muitos indivíduos se sentem mais vulneráveis e suscetíveis à definição, à intervenção e ao controle médicos.

O questionamento permanente de definições médicas é essencial, especialmente quando os novos transtornos do desejo tornam-se amplamente disseminados. Pois a despeito do potencial para alguma reciclagem de relações de sexo/gênero, as tendências da medicalização são tais que a IDS e a adição sexual podem facilmente se tornar práticas sociais inimigas dos objetivos do feminismo e do movimento gay/lésbico. Devemos lembrar que, no início dos movimentos de pureza social, temas feministas ressoavam através de movimentos que de outra forma eram conservadores e antissexo (DuBois & Gordon, 1984; Hunt, 1990). Temas referentes à pureza social, como a luxúria, a degradação e a perda do controle inerentes ao constructo da adição ao sexo, deveriam nos fazer parar para pensar, sobretudo quando o modelo está sendo sugerido como relevante para a área do abuso sexual e de criminosos sexuais.²²

Após décadas de pesquisa sugerindo que as desigualdades de poder e a opressão de gênero estão na base da maioria das violências sexuais, as feministas deveriam suspeitar de modelos que sugerem que estupradores e abusadores sexuais, ao contrário, sofreriam de disfunções individuais. A despeito da identificação entusiástica de um sem-número de lésbicas e homens gays, a adição ao sexo obteve pouca – e decididamente negativa – atenção da imprensa gay. O único grande artigo no *The Advocate*, intitulado “Reinventando o Maníaco Sexual”,²³ acertadamente manifestava a preocupação de que a adição ao sexo era apenas uma nova expressão da homofobia e de auto-ódio (Rowland, 1986).

²² Como por exemplo, sugere Herman (1988).

²³ N. do T.: No original, “Reinventing the Sex Maniac”.

A inibição do desejo sexual e a adicção sexual não são diagnósticos demoníacos; ambos ofereceram validação e comunidade para muitos. Mas se o modelo biomédico é um paradigma extremamente limitado para a compreensão da sexualidade, seja em nível social ou pessoal, é claramente a hora para um modelo popular alternativo e acessível para que as pessoas possam compreender suas experiências ou se engajar em discussões e apoio coletivos para preocupações sexuais. Movimentos progressistas atualmente articulam um discurso público de oposição que insere elementos de história, ideologias culturais e relações de poder em qualquer análise da sexualidade. O próximo desafio é criar o espaço para que indivíduos determinem como o pessoal pode ser político em suas vidas性uais. De outra forma, os novos transtornos do desejo permanecem como modelos incontestáveis de que ansiedades, desconforto e problemas sexuais são inerentes ao corpo ou à psique individual, e não ao corpo político.

Referências Bibliográficas

- ANDERSON, Carole G. 1990. "Assessment and Treatment of the Sexual Dependency, Eating Disorders, Sexual Trauma Complex". Comunicação apresentada na *National Conference on Sexual Compulsivity/Addiction*, Minneapolis.
- APFELBAUM, Bernard. 1988. "An Ego-Analytic Perspective on Desire Disorders". In: LEIBLUM, Sandra & ROSEN, R.C. (eds.) *Sexual Desire Disorders*. New York: Guilford Press.
- BORDO, Susan. 1988. "Anorexia Nervosa: Psychopathology as the Crystallization of Culture". In: DIAMOND, Irene & QUINN, Lee. *Feminism and Foucault: Reflections on Resistance*. p. 87-118. Boston: Northeastern University Press.
- BRUMBERG, Joan Jacobs. 1988. *Fasting Girls: The History of Anorexia Nervosa*. New York: Plume.
- CARNES, Patrick J. 1990. Sexual Addiction: Progress, Criticism, Challenges. *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology* 2, n. 3:1.
- CARNES, Patrick J. 1983. *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. Minneapolis: CompCare Publications.
- COTT, Nancy. 1984. "Passionlessness: An Interpretation of Victorian Sexual Ideology, 1790-1850". In: WALZERLEAVITT, Judith (ed). *Women and Health in America*. p. 57-69. Madison: University of Wisconsin Press.
- CHOROVER, S. 1973. "Big Brother and Psychotechnology". *Psychology Today*. p. 43-54.
- CONRAD, Peter & SCHNEIDER, Joseph. 1980. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: C. V. Mosby Company.
- DEGLER, Carl. 1984. What Ought to Be and What Was: Women's Sexuality in the Nineteenth Century. In: WALZERLEAVITT, Judith (ed).. *Women and Health in America*. Madison: University of Wisconsin Press,p. 40-56.
- D'EMILIO, John & FREEDMAN, Estelle. 1988. *Intimate Matters: A History of Sexuality in America*. New York: Harper & Row.
- DUBOS, Renee. 1959. *Mirage of Health*. New York: Harper & Row.
- DUBOIS, Ellen & LINDA GORDON, Carol. 1984. "Seeking Ecstasy on the Battlefield: Danger and Pleasure in Nineteenth-Century Feminist Sexual Thought." In: VANCE, Carole S. (ed) *Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality*. p. 31-49. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- FEE, Elizabeth. 1989. "Henry E. Sigerist: From the Social Production of Disease to Medical Management and Scientific Socialism". *Milbank Quarterly*, nº 67, supplement 1.
- FOREMAN, Judy. 1984. "Drugs May Help Sex Offenders". *Boston Globe*.
- FORSTER Ian. 1991. Co-Dependency: "A New Description and Theory-A Correlation between Co-Dependency and the Development of Addictive Disease". Comunicação apresentada na *National Conference on Sexual Compulsivity/Addiction*, Minneapolis.

- FOUCAULT, Michel. 1978. *The History of Sexuality*, vol. 1. New York: Pantheon.
- GOLEMAN, Daniel. 1984. "Some Sexual Behavior Viewed as an Addiction". *New York Times*, 16.10.1984.
- HERMAN, Judith Lewis. 1988. "Considering Sex Offenders: A Model of Addiction". *Signs* 13, n. 4, p. 695-724
- HINCHEN, Keziah & MCBEAN, Anne. 1990. Sexually Compulsive or Addicted Women. Comunicação apresentada na *National Conference on Sexual Compulsivity/Addiction*, Minneapolis
- HUNT, Margaret. 1990. "The De-Eroticization of Women's Liberation: Social Purity Movements and the Revolutionary Feminism of Sheila Jeffries". *Feminist Review* 34, p. 23-46.
- IRVINE, Janice M. 1990. *Disorders of Desire: Sex and Gender in Modern American Sexology*. Philadelphia: Temple University Press.
- JONG, Erica. 1990. *Any Woman's Blues*. New York: Harper & Row.
- KAPLAN, Helen Singer. 1979. *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- KASL, Charlotte. 1989. *Women, Sex, and Addiction: A Search for Love and Power*. New York: Ticknor & Fields.
- LEIBLUM, Sandra & ROSEN, R. 1988. "Raymond C. Introduction". In: _____(eds.). *Sexual Desire Disorders*. New York: Guilford Press.
- MANLEY, Ginger. 1991. "Sexual Health Recovery in Sex Addiction: Implications for Sex Therapists". *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology* 3, nº. 1.
- MASTERS, William & JOHNSON, Virginia. 1970. *Human Sexual Inadequacy*. New York: Bantam Books.
- MCBEAN, Anne. 1991. "Assessment and Treatment of Sexually Compulsive Women: A Guide through the Labyrinth". Comunicação apresentada na *National Conference on Sexual Compulsivity/Addiction*, Minneapolis.
- MONEY, John & LAMACZ, Margaret. 1989. *Vandalized Lovemaps: Paraphilic Outcome of Seven Cases in Pediatric Sexology*. New York: Prometheus Books.
- PARSONS, Talcott. 1975. "The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered". *Health Society*, n. 53.
- PIETROPINTO, Anthony & SIMENAUER, Jacqueline. 1990. *Not Tonight, Dear: How to Reawaken Your Sexual Desire*. New York: Doubleday.
- ROWLAND, Craig. 1986. "Reinventing the Sex Maniac". *The Advocate*.
- RUBIN, Gayle. 1984. "Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality". In: VANCE, Carole S. (ed.) *Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality*. p. 267-318. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- SALMON, Richard. 1989. "Twelve Step Resources for Sexual Addicts and Co-Addicts". Comunicação apresentada na *National Association on Sexual Addiction Problems of Colorado*.

- SALMON, Richard F. 1990. "A History of the 12-Step Fellowships for Sexual Addicts and Co-Addicts". Comunicação apresentada na *National Conference on Sexual Compulsivity/Addiction*, Minneapolis.
- SCHAEF, Anne. 1989. *Escape from Intimacy: The Pseudo-Relationship Addictions*. San Francisco: Harper & Row.
- SCHWARTZ, Mark. 1991. "Four Paraphilias: Victim to Victimizer Triumph over Tragedy". Comunicação apresentada na *National Conference on Sexual Compulsivity/Addiction*, Minneapolis.
- STEINBERG, Marvin A. 1990. "Sexual Addiction and Compulsive Gambling". *American Journal of Preventive Psychiatry and Neurology* 2, n. 3.
- SOLOMON, Richard. 1980. "The Opponent-Process Theory of Acquired Motivation". *American Psychologist*, nº 35, p. 691-712.
- VANCE, Carole S. (ed). 1984. *Pleasure and Danger: Exploring Female Sexuality*. Boston: Routledge & Kegan Paul.
- VANCE, S. 1991. "Anthropology RedisCOVERS Sexuality". *Social Science and Medicine* 33, n. 8. p. 875-884.
- WEEKS, Jeffrey. 1981. *Sex, Politics, Society: The Regulation of Sexuality since 1800*. New York: Longman.
- WEEKS, Jeffrey. 1991. *Against Nature: Essays on History, Sexuality, and Identity*. London: Rivers Oram.