

1

Introdução e Resumo

Perspectivas Clínicas e Tratamento para Transtornos do Desejo Sexual

Sandra R. Leiblum

O desejo sexual é a mais equivocada das paixões. Embora seja inflamado com facilidade em um novo relacionamento ou em um encontro proibido, ele também pode se extinguir facilmente. Ansiedade, hostilidade, memórias ruins ou *flashbacks* assustadores podem frustrar o desejo sexual – mesmo algo tão simples quanto o som de uma porta se abrindo ou uma criança chorando. Contudo, quando despertado por uma imagem, um aroma, uma fantasia ou uma pessoa, ele pode ser intenso, motivador, prazeroso e revitalizador. O interesse por ele e as preocupações sobre sua ausência ou diminuição talvez nunca tenham sido tão grandes.

Historicamente, o desejo sexual raras vezes foi visto como assunto neutro ou desinteressante. Sempre houve tentativas de estimular a libido – seja por meio de perfumes, poções, prostitutas ou figuras – ou de reprimi-la. Enquanto, em décadas anteriores, as queixas sexuais se concentravam no “desempenho” – problemas eréteis ou orgásmicos – em um passado recente, as preocupações sobre o *desejo* sexual tornaram-se supremas. Há diversas razões para isso.

Uma vida sexual ativa e satisfatória é considerada não apenas desejável, mas um sinal de saúde emocional e física. Quando o desejo declina, as ligações

íntimas também parecem diminuir. Muitos indivíduos sexualmente apáticos se preocupam com que seus parceiros, devido a essa situação, procurem estimulação ou gratificação sexual em outras pessoas. Não há falta de opções tecnológicas para satisfazer a curiosidade e despertar o desejo sexual. A disponibilidade de medicamentos pró-ereção, cremes e géis estimuladores, vibradores e óleos de massagem promove lembranças frequentes de que o sexo pode e deve ser parte da vida. A pessoa sexualmente desinteressada se sente deficiente, insatisfeita ou disfuncional. Tal pressão para adaptar-se às normas vigentes tem levado cada vez mais mulheres e homens a acreditarem que, se não experimentam interesse ou desejo sexual, algo está errado com *elas* e não com suas expectativas, seu parceiro ou a preocupação constante da sociedade (e da mídia) com o sexo.

O QUE É DESEJO SEXUAL?

Para a maioria das pessoas, o conceito de desejo sexual evoca visões de uma força energizante que motiva a buscar ou iniciar expressão e alívio genital. Como a fome ou a sede, a chamada “pulsão” sexual tem sido considerada tradicionalmente uma fonte instintiva, espontânea e incessante de motivação sexual. Acreditava-se que ela existisse dentro do indivíduo e tivesse uma base biológica. Associada a essa ideia está a crença antiga de que, se não tiver permissão para se expressar livremente, a suposta pulsão sexual buscará manifestação por outros meios. O modelo de “redução da pulsão” do desejo sexual alcançou seu apogeu com a teoria da libido de Freud (1962). Tal perspectiva afirma que o objetivo primário da expressão sexual é aliviar a tensão libidinal e restaurar o equilíbrio emocional. Ela sugere que o desejo sexual seja endógeno e inevitável: todos têm, embora em proporções variáveis e em graus diferentes. Do ponto de vista analítico tradicional, a falta de desejo é resultante da repressão ou inibição ativa do impulso espontâneo por contato sexual como produto de conflito interno ou ambivalência.

O pensamento atual contesta essa visão em muitos casos, até mesmo questionando a importância de uma base biológica para a libido. Embora os andrógenos, sobretudo a testosterona, sejam amplamente considerados, tanto na literatura médica como na leiga, os hormônios responsáveis pela libido, muitos teóricos da sexualidade sugerem que fatores relacionais, cognitivos, motivacionais e avaliativos interfiram sobremaneira na procura sexual. Em homens jovens hipogonadais, a testosterona costuma ser recomendada para aumentar a qualidade de vida. No entanto, há controvérsia crescente em relação ao uso de andrógenos para ativar a libido em homens com hipogonadismo de início tardio, principalmente porque

outras condições podem ser responsáveis pelo desejo sexual diminuído, como, por exemplo, diabetes melito, hiperprolactinemia, síndrome metabólica ou medicamentos (Wang et al., 2009).

Em mulheres, pesquisa recente verificou que a correlação entre testosterona (por qualquer medida) e vários parâmetros de comportamento sexual está longe de ser clara (Davis, Davison, Donath e Bell, 2005). Embora haja muitos estudos bem-embasados apoiando o uso de suplementação de andrógeno para aumentar o desejo em mulheres após a menopausa natural ou cirúrgica (Shifren et al., 2000; Buster et al., 2004; Simon et al., 2005), existem também pesquisas sólidas questionando a relevância de níveis séricos de andrógeno na motivação sexual (Davis et al., 2005). Visto que os níveis de andrógenos são extremamente baixos em mulheres e difíceis de medir de forma precisa, a atuação desses agentes na pulsão sexual feminina é bastante polêmica. Hoje, não há medicamentos à base de testosterona aprovados pela U.S. Food and Drug Administration (FDA) para mulheres nos Estados Unidos, ainda que esses fármacos estejam disponíveis para homens. Mesmo que não seja o objetivo deste capítulo revisar a controvérsia contínua em relação à testosterona na estimulação da libido, muitos autores nos capítulos seguintes tratam desse tópico com mais detalhes. Em particular, Korda, Goldstein e Goldstein (Cap. 12) discutem o uso bem-sucedido de terapia androgênica em uma mulher jovem com ausência crônica tanto de desejo sexual como de excitação. Basson (Cap. 8) apresenta uma perspectiva mais cautelosa das conclusões que podem ser tiradas da pesquisa recente sobre andrógenos e sexualidade.

Sem dúvida, uma falha considerável na teoria da “pulsão” do desejo é a crença errônea de que a experiência interna ou espontânea de desejo não é apenas ubíqua, mas um pré-requisito necessário para a experiência de excitação sexual. De fato, diversos pesquisadores do sexo afirmam o oposto de forma persuasiva, ou seja, que o desejo é mais frequentemente secundário à excitação. É a consciência da excitação, seja genital ou subjetiva, fundamental tanto para ativar como para manter o desejo sexual. Tal posição foi enunciada e descrita com eloquência por Basson (2001) em sua reformulação do ciclo de resposta sexual, embora muitos teóricos antes dela enfatizassem a importância da excitabilidade e da motivação externa como gatilho para o desejo sexual (Beach, 1956; Whalen, 1966).

Por fim, há uma consciência crescente da *assexualidade* – a ausência de desejo ou interesse sexual – como estilo de vida e orientação sexual normativos e legítimos para alguns indivíduos (Bogaert, 2004, 2006). Um ensaio de Johnson, 1977, intitulado *Asexual and Autoerotic Women: Two Invisible Groups*, (*Mulheres assexuais e autoeróticas: dois grupos invisíveis*), definiu como assexuais homens e

mulheres “que, independentemente de condição física ou emocional, história sexual real e estado civil ou orientação ideológica, *preferem* não participar de atividade sexual”. Johnson (1977) comparou mulheres autoeróticas com mulheres assexuais e concluiu que as últimas não têm de forma alguma desejos sexuais, enquanto a “mulher autoerótica... reconhece esses desejos mas prefere se satisfazer sozinha”. A evidência de Johnson é bastante tênue, consistindo sobretudo em cartas aos editores de revistas femininas. Entretanto, sua teorização em relação à assexualidade como uma orientação sexual distinta recebeu apoio da análise de uma questão polêmica, parte de um levantamento em grande escala com mais de 18 mil homens e mulheres britânicos, conduzido em 2004. Anthony Bogaert, professor da Universidade Brock, no Canadá, examinou as respostas dos entrevistados a uma pergunta relativa a atração sexual em que uma das alternativas era “Nunca me senti absolutamente atraído(a) por alguém”. Ele verificou que cerca de 1% dos entrevistados relatou não ter atração sexual por alguém. Ainda que não esteja claro se a assexualidade representa uma orientação sexual distinta, como a homossexualidade ou a heterossexualidade, ou apenas uma variante de transtorno do desejo sexual hipoativo (TDSH), é interessante que uma comunidade da internet tenha se estabelecido em decorrência da legitimidade da assexualidade como um estilo de vida normal de indivíduos saudáveis, mas sexualmente desinteressados. Há até uma organização de apoio virtual, a Asexual Visibility and Education Network (Rede para a Visibilidade e a Educação Assexual [AVEN]), fundada em 2001, com dois objetivos principais: promover a aceitação e a discussão pública da assexualidade e promover o crescimento de uma comunidade assexual.

Os autores dos capítulos seguintes fornecem muitas definições e teorias a respeito do desejo sexual, de suas fontes e de suas mutações. Apesar de decorridos mais de 20 anos, uma definição de desejo sexual apresentada na edição de 1988 de *Transtornos do desejo sexual* (Leiblum e Rosen) ainda tem algum sentido intuitivo – ou seja, a visão do desejo como um estado de sentimento subjetivo e motivador ativado por sugestões internas e externas, que pode ou não resultar em comportamento sexual efetivo. A função neuroendócrina adequada parece ser essencial para essa sensação ocorrer, bem como a exposição a estímulos, sugestões e motivos ou incentivos sexuais suficientemente intensos. Esses originam-se de fontes internas do indivíduo (uma fantasia estimulante, uma decisão ou um desejo de agradar um parceiro, uma consciência da vasocongestão genital) mas também externas, ou seja, do ambiente (palavras sensuais e toque provocativo durante um

jantar à luz de velas; uma fotografia de uma mulher dominada usando apenas saltos altos; um homem com cuecas apertadas e um chicote de seda). Além disso, o desejo sexual parece ser prontamente condicionado e “roteirizado” a sugestões tanto aprovadas quanto proscritas em âmbito social. Não causa surpresa que, à luz dessa última observação, nos dias atuais se observe um número cada vez maior de homens e mulheres rotulados de “viciados” em sexo devido a sua busca obsessiva e às vezes compulsiva de relações sexuais convencionais e não convencionais. É interessante que questões sobre o interesse sexual excessivo (desejo *hipersexual*) tenham agora se juntado ao rol de queixas sexuais apresentadas aos terapeutas.

Finalmente, deve ser reconhecido que as motivações ou os incentivos para iniciar ou responder a um convite ou uma proposta sexual são bastante variados. Em um estudo inteligente e instigante conduzido por Meston e Buss (2007), foram levantadas 237 possíveis razões para se fazer sexo, as quais variavam da espiritual (“Eu queria ficar mais perto de Deus”) à instrumental (“Eu queria experimentar prazer físico”). Uma grande amostra de universitários ($N = 1.549$) avaliou o grau com que cada uma das 237 razões promovia nesses estudantes a realização de relações sexuais. Por meio de análise fatorial, foram observados quatro fatores principais e 13 subfatores, a saber: razões *físicas* (redução do estresse, prazer, desejo físico e busca de experiência), *realização de meta* (recursos, condição social, vingança e utilitário), *aspectos emocionais* (amor e compromisso e expressão emocional) e *insegurança* (elevação da autoestima, dever/pressão e proteção do parceiro).

A pesquisa tem demonstrado repetidas vezes que desejo, excitação e a presença ou ausência de comportamento sexual nem sempre coincidem nas mulheres. Em 2003, Weijmar Schultz e Van de Wiel indicaram que, apesar de relatos sobre sensações genitais negativas, dor e desejo diminuído de mulheres que tinham experienciado câncer cervical, tais relatos não eram estatisticamente diferentes em termos de frequência e motivação para interação sexual daqueles de mulheres da mesma idade integrantes de um grupo-controle. Esses autores especularam se o “etos do amor” das mulheres tornou-as mais inclinadas a se adaptarem aos desejos de seus parceiros. Obviamente, também é possível que a ameaça de perder um amante, bem como de punição ou abuso, possa levar muitas mulheres frágeis ou medrosas a se sujeitarem a interações sexuais, apesar da falta de desejo.

Sem dúvida, o conhecimento de que uma experiência sexual ocorreu não revela qualquer dado sobre o desejo que a acompanhou ou os diferentes motivos, nem sempre sexuais, para sua realização.

DESEJO SEXUAL: MUITO PEQUENO, EXCESSIVO, MUITO DIFERENTE OU ADEQUADO?

Em alguns aspectos, as queixas de desejo sexual lembram a experiência dos três ursos que entram em um chalé na floresta e encontram três camas. “Muito grande”, anuncia Mamãe Urso, olhando uma das camas; “Muito pequena”, diz o Papai Urso, testando outra; “adequada”, declara o Bebê Urso, enquanto pula sobre a cama média. Mesmo os pacientes não sendo ursos (exceto alguns quando ficam desapontados), os problemas de desejo com frequência se enquadram nessas categorias – muito pequeno ou excessivo. O TDSH, ou “muito pequeno”, é a queixa mais comum apresentada aos médicos em geral por um paciente decepcionado que busca maior frequência sexual e certamente um parceiro mais entusiasmado. “Excessivo” também é uma queixa bastante comum feita por um paciente cansado sob evitação constante das propostas sexuais de um parceiro infatigavelmente ardente. Todavia, desejo sexual “adequado” é raras vezes ouvido pelos médicos, embora seja provável que esse aspecto caracterize a maioria dos indivíduos satisfeitos com sua vida sexual. Deve ser salientado que não há de forma alguma uma frequência de relações sexuais que defina a “normalidade” sexual. Pesquisa recente (Schneidewind-Skibbe, Hayes, Koochaki, Meyer e Dennerstein, 2008) destaca que a frequência média de intercurso sexual, para considerar apenas uma medida de comportamento sexual, varia de modo significativo entre todos os grupos etários no mundo. Taxas mais altas são relatadas por mulheres europeias e norte-americanas, enquanto índices mais baixos são descritos por mulheres asiáticas. Foi verificado que muitos fatores estão associados a essas diferenças na frequência do intercurso: idade, paridade, duração do relacionamento, gravidez, tempo, situação do relacionamento, intenções de fertilidade e uso de métodos contraceptivos. Devido à ampla diversidade de frequência relatada, bem como ao contexto cultural e social variável no qual o comportamento sexual ocorre, seria arbitrário estabelecer em que ponto a frequência sexual normal termina e a atividade sexual patologicamente baixa ou excessiva começa. A maior preocupação dos médicos não é com a frequência ou a ausência das relações sexuais dos pacientes, mas com o quanto suas preferências e satisfação sexuais estão de acordo. No atendimento clínico, o interesse sexual “muito diferente” ou “muito discrepante” é o problema que os terapeutas devem tratar, visto ser essa a queixa que promove relacionamentos insatisfatórios, desarmonia e sofrimento.

FALTA DE DESEJO: PANORAMA HISTÓRICO

Sob tal conjuntura, alguém poderia questionar se a atenção que hoje está sendo dada a queixas de desejo sexual não é mal-orientada ou excessiva. Certamente, sempre houve indivíduos que convivem bem juntos sem desejar ou praticar sexo. É mesmo necessário diagnosticar interesse sexual baixo como uma disfunção sexual, visto que ao fazê-lo é possível estar tornando patológicas variações normais do interesse sexual que se devem a uma série de causas socioculturais e de relacionamento? Essa é sem dúvida a posição de Tiefer e Hall, que apresentam seu modelo da “nova visão” no Capítulo 7. Elas reconhecem que, sejam ubíquos ou não, os problemas de desejo definitivamente *não* são indicativos de um transtorno psiquiátrico.

Não há dúvida de que os pensamentos sobre tal assunto mudaram ao longo das décadas. Cem anos atrás, desejo excessivo era considerado aberrante. Embora permitido e mesmo aprovado em homens, desejo sexual excessivo em mulheres era visto como algo preocupante. Mulheres sexualmente entusiasmadas corriam o risco de serem rotuladas de ninfomaníacas e tratadas como doentes.

Os tempos mudaram, e, hoje, as preocupações sobre apatia sexual são a queixa mais comum apresentada aos terapeutas sexuais. Apesar da difundida suposição de que a culpa é das mulheres quando se trata da libido, hoje os homens têm a mesma probabilidade que as mulheres de serem diagnosticados com TDSH conforme definido pelo *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000).

De fato, esse não é um diagnóstico novo. Desde meados da década de 1900, o desejo baixo é considerado uma patologia psiquiátrica, integrando até mesmo a lista dos cinco transtornos sexuais do DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Em 1980, acreditava-se que, sem inibição psicológica, *todos* os indivíduos experimentariam desejo “normal”. No DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), os transtornos sexuais foram descritos como “perturbações no desejo sexual e alterações psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual, causando sofrimento acentuado e dificuldade interpessoal”. Não houve tentativa de especificar uma frequência particular de comportamento ou atividade sexual como normativa ou desviante. Antes, ficava a cargo do médico determinar se uma condição justificava o diagnóstico, levando em consideração fatores como a idade e a experiência do indivíduo, a frequência e a cronicidade dos sintomas, o grau de sofrimento subjetivo e o impacto em outras áreas de funcionamento. Além disso, o médico era acon-

selhado a considerar as contribuições da formação étnica, cultural, religiosa e social que poderiam influenciar o desejo sexual, as expectativas e as atitudes de um indivíduo em relação ao desempenho sexual.

Em 1998, o Sexual Function Health Council da American Foundation for Urologic Disease (AFUD) convocou uma conferência de consenso para revisar e atualizar a classificação corrente de disfunções sexuais femininas. Um dos objetivos era garantir que as entidades diagnósticas fossem aplicáveis em contextos de saúde médicos e mentais. Outro, era determinar se as descrições em uso de disfunções sexuais femininas refletiam a realidade clínica.

A conferência convidou um grupo multidisciplinar de clínicos e pesquisadores europeus e norte-americanos no campo da sexualidade feminina, incluindo terapeutas sexuais, pesquisadores do sexo, ginecologistas, urologistas e especialistas em psicofisiologia sexual, entre outros. Desse encontro foi desenvolvida a recomendação de que a definição de TDSH no DSM-IV fosse retificada para refletir o fato de que muitas mulheres nunca experimentam desejo sexual espontâneo, mas, são *receptivas a e interessadas na atividade sexual* uma vez que ela seja iniciada.

Em 2000, um segundo encontro de consenso foi realizado, e a recomendação naquela época foi renomear o TDSH como transtorno do interesse/desejo sexual das mulheres e defini-lo como “sentimentos ausentes ou diminuídos do interesse ou desejo sexual, pensamentos ou fantasias sexuais ausentes e uma falta de desejo responsivo. As motivações (aqui definidas como razões/incentivos) para tentar se tornar sexualmente excitada são raras ou ausentes. A falta de interesse é considerada mais do que uma diminuição normativa com duração do ciclo de vida e do relacionamento” (Basson et al., 2003, p. 224). Mesmo essa definição gerou controvérsia. É provável que o DSM-V (programado para lançamento em 2013) ofereça ainda outra definição de desejo sexual baixo ou ausente, talvez combinando-a com excitação sexual diminuída uma vez que é frequente a dificuldade, em especial para as mulheres, de discriminar entre queixas relacionadas com excitação e desejo.

Nos últimos anos, as vozes de alguns que questionam a legitimidade de (e motivos para) diagnosticar desejo sexual baixo se tornaram mais altas e mais insistentes. Em 2003, por exemplo, um editorial no *British Journal of Medicine*, escrito por Ray Moynihan, desencadeou grande controvérsia ao atacar e zombar dos motivos daqueles que consideram, diagnosticam e tratam o TDSH como uma disfunção sexual. Moynihan afirmou que a identificação de desejo baixo como um transtorno psiquiátrico era meramente uma manobra das companhias farmacêuticas e de médicos ingênuos para legitimar uma disfunção de modo a desenvolver um comprimido para tratá-la. Seu artigo produziu muita polêmica

na mídia e muitas cartas ao editor, com médicos, pacientes e terapeutas sexuais apoiando ou refutando as alegações. Contra suas observações, por exemplo, estavam cartas destacando que queixas de desejo foram identificadas como transtornos no DSM décadas antes e que, em 1977, a falta de desejo já era reconhecida como um problema relatado aos médicos por seus pacientes (Kaplan, 1977; Lief, 1977; Basson e Leiblum, 2003).

Apesar do debate aberto entre médicos e pesquisadores sobre como definir desejo sexual hipotativo ou se deve ser diagnosticado como um transtorno, não há dúvida de que uma discrepância de interesse e desejo sexual gera descontentamento e problemas significativos no contexto de um relacionamento. Se bem que uma avaliação criteriosa deva acompanhar qualquer decisão de tratar queixas de desejo, um indivíduo ou um casal experimentando sofrimento genuíno pela apatia sexual e falta de excitação devem ter o direito legítimo de receber ajuda.

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS DO DESEJO

Embora muitas vezes pareça que toda pessoa sexualmente ativa se queixa de desinteresse sexual por algum período, a prevalência real de transtornos do desejo varia bastante, de 8 a 55% (Deeks e McCabe, 2001; Richters, Grulich e Visser, Smith e Rissel, 2001). Ainda que algumas diferenças possam ser atribuídas ao tipo de população estudada (p. ex., indivíduos jovens vs. mais velhos, mulheres antes vs. depois da menopausa), uma porcentagem considerável da variação nas estimativas de prevalência provavelmente se deva a discrepâncias na forma como o desejo baixo é avaliado (Hayes et al., 2007). Em um estudo, por exemplo, Hayes e colaboradores usaram diversos instrumentos para determinar a prevalência de uma variedade de disfunções sexuais femininas. Para o TDSH, compararam estimativas usando o Questionário de Função Sexual (SFQ; Quirk et al., 2002) isolado ou em combinação com a Escala de Angústia Sexual Feminina (EASF; Derogatis, Rosen, Leiblum, Burnett e Heiman, 2002), bem como dois conjuntos de questões simples relativas ao interesse sexual, que foram adaptadas de um levantamento em grande escala de queixas relacionadas ao sexo (Laumann, Gagnon, Michael e Michaels, 1994). Os entrevistados foram solicitados a relatar dificuldades sexuais durante o mês anterior e durante pelo menos um mês no ano anterior.

Das 786 mulheres que receberam a bateria de questionários avaliando o interesse sexual, 45% completaram os instrumentos. Quando avaliadas somente pelo SFQ, 48% relataram desejo sexual baixo; enquanto 58%, falta de interesse sexual por mais de um mês durante o ano anterior. Entretanto, quando a EASF

– que avalia sofrimento sobre desejo ou função sexual – foi incluída, os números caíram de modo substancial. De fato, quando avaliada pelas escalas SFQ e EASF combinadas, a prevalência de TDSH foi de apenas 16%! Além disso, a mudança do período de lembrança do mês anterior para um mês ou mais durante o ano anterior quase duplicou as estimativas de prevalência para todas as queixas sexuais, enquanto o acréscimo de perguntas sobre sofrimento resultou em uma redução de quase dois terços em tais estimativas.

O que pode ser aprendido com esse estudo? Primeiro, a forma como se avalia a *duração* do desinteresse sexual resulta em estimativas de prevalência muito diferentes. Se as mulheres forem questionadas sobre falta de desejo que durou seis meses ou mais, as estimativas de prevalência de TDSH serão mais baixas do que aquelas obtidas se forem questionadas a respeito das dificuldades que duraram um mês ou mais (Mercer et al., 2003; Hayes, Bennett, Fairley e Dennerstein, 2006). Outrossim, sem a experiência de sofrimento significativo por parte do indivíduo com desejo baixo ou do parceiro, é improvável que haja uma inclinação relevante para buscar tratamento a menos que o problema esteja causando conflito no relacionamento. Ainda assim, é provável que haja motivos ambivalentes para alterar o *status quo*. Em geral, uma vez que um padrão de esquiva ou apatia sexual tenha se tornado arraigado, o *status quo* muda. É por essa razão que as queixas envolvendo desejo são tão difíceis de tratar com sucesso – falta de desejo geralmente não é considerada um problema maior para o indivíduo com desejo baixo, e muitos casais se adaptam a um casamento “assexual” ainda que lamentem a perda da paixão sexual.

DIFERENÇAS DE GÊNERO NO DESEJO

Durante séculos, acreditou-se que as mulheres não tinham desejo sexual forte, resiliente e pró-ativo, ao contrário dos homens, que estão “sempre prontos”. Conforme observa Maurice (2007, p. 183): “Homens não interessados em sexo? Para a maioria, a ideia é um oxímoro”. A verdade é que as mulheres nem sempre são criaturas cristalinas, sem lascívia, destituídas de libidos animadas, e os homens nem sempre estão explodindo de motivação sexual impregnada de testosterona.

De fato, os médicos contemporâneos relatam que a quantidade de homens desinteressados por sexo não é diferente daquela de mulheres que se queixam (ou são acusadas) de interesse sexual baixo. Os resultados de dados coletados durante o Massachusetts Male Aging Study, envolvendo 1.709 homens entre as idades de

40 e 70 anos, indicaram um “declínio consistente e significativo no sentimento de desejo, nos pensamentos e sonhos sexuais e no nível desejado de atividade sexual conforme o aumento da idade” (McKinlay e Feldman, 1994, p. 271). De modo evidente, o desejo sexual masculino, como o desejo sexual feminino, diminui com a idade. Mas não são apenas homens mais velhos que exibem um decréscimo no interesse sexual; muitos homens jovens são identificados como carentes de libido. Embora alguns desses homens estejam secretamente buscando uma vida sexual masturbatória ou de fantasia ativa (como no caso descrito por McCarthy e Breetz no Cap. 5), há também homens com desejo sexual baixo de longa duração e generalizado. As mulheres companheiras ou casadas com esses homens não são apenas frustradas e irritadas, elas com frequência se sentem pouco atraentes e mal-amadas, pois não conseguem compreender por que seus parceiros estão evitando intimidade sexual (e muitas vezes física) com elas. Muitas dessas mulheres também se sentem frustradas em seu desejo de engravidar e iniciar uma família. E mulheres com desejo baixo ainda podem ter relações sexuais por insistência de um companheiro exigente ou para evitar culpa e recriminação, homens com libido baixa frequentemente têm problemas eréteis secundários e, portanto, não podem “fornecer” sexo a fim de satisfazer uma companheira insistente.

Entretanto, entre adultos mais velhos, o estereótipo de que as mulheres precisam ser persuadidas, seduzidas ou mesmo coagidas a fazer sexo continua a existir. Recorde o verso de Ogden Nash, “*Candy is dandy but liquor is quicker*” (“Doce é excelente, mas bebida é mais rápido”). De fato, mesmo hoje, alguns profissionais da saúde, frustrados pela ausência de um elixir mágico pró-sexual, sugerem que, com uma pequena desinibição ou um relaxamento mediados pelo álcool, as mulheres serão sexualmente mais receptivas.

A pesquisa recente, como, por exemplo, o trabalho de Meredith Chivers (2005; Chivers, Rieger, Latty e Bailey, 2004) desafiou a noção de que o desejo sexual feminino seja apenas uma pálida imitação do desejo masculino. Em uma série de experimentos inteligentes, Chivers destacou que as mulheres respondem no âmbito fisiológico a estímulos sexuais de forma tão rápida quanto os homens e, ainda, que elas respondem genitalmente a uma série mais ampla de imagens sexuais do que os homens – ilustrações de cenas tanto preferidas como não preferidas (p. ex., imagens heterossexuais e homossexuais, bonobos, mulheres se exercitando e até estupro).

Embora Chivers acredite que o desejo sexual das mulheres possa ser mais receptivo do que espontâneo, que elas possam ser evolucionariamente programadas para ter excitação fisiológica reflexiva a uma ampla série de estímulos e que

seu desejo sexual subjetivo seja discordante de sua excitação fisiológica devido a restrições culturais ou sociais, outros defendem que a intimidade é o aspecto-chave para despertar o desejo feminino. Rosemary Basson (2001) é uma defensora dessa posição, da mesma forma que Lisa Diamond (2005). Esta afirma que o desejo feminino é bastante maleável e se baseia mais na abertura emocional do que no gênero. Segundo Diamond, que estudou as atrações eróticas de quase 100 mulheres durante 10 anos, a flexibilidade e a fluidez são vistas como a essência do desejo feminino. Embora muitas dessas mulheres a princípio se autoidentificassem como lésbicas ou bissexuais, uma década mais tarde, dois terços relataram atração ocasional por homens. Além disso, muitas concordaram com a afirmação “Sou o tipo de pessoa que se sente fisicamente atraída mais pelas pessoas do que pelo gênero delas”. Ainda que essa pesquisa não tenha sido feita com homens, é improvável que fosse encontrada a mesma fluidez em relação aos *objetos* de desejo.

Por fim, uma outra pesquisadora da sexualidade feminina, Marta Meana, sugeriu que ser desejada é a chave para a experiência de desejo das mulheres (Bergner, 2009). Ela afirma que o desejo feminino é essencialmente narcisista – que a intimidade não é tanto um afrodisíaco quanto ser cobiçada. Entretanto, ela e outros pesquisadores reconhecem que a variabilidade do desejo entre gêneros é maior do que as diferenças entre homens e mulheres.

MUDANÇAS RELACIONADAS À IDADE NO DESEJO E NA ANGÚSTIA SEXUAL

A maioria dos estudos revela que *o desejo sexual diminui com a idade* tanto para os homens como para as mulheres. O interessante é que *a angústia em relação ao desejo sexual reduzido ou ausente também tende a diminuir com a idade*. Hayes, Dennerstein, Bennett e Fairley (2008) compararam duas populações de mulheres entre as idades de 20 e 70 anos, na Europa e nos Estados Unidos. Para as europeias, bem como para as norte-americanas, a queixa de desejo baixo aumentou com a idade – a proporção de mulheres europeias com falta de desejo *subiu* de 11% entre as de 20 a 29 anos para 53% naquelas de 60 a 70 anos. Entretanto, a proporção de mulheres que se sentiam *angustiadas* por seu desejo baixo *diminuiu* com a idade. No grupo etário de 20 a 29 anos, 65% das europeias e 67% das norte-americanas com desejo sexual baixo sentiam-se angustiadas por isso, mas esses números diminuíram para 22 e 37%, nessa ordem, no grupo etário de 60 a 70 anos. Aparentemente, muitos indivíduos passam a aceitar a realidade de que o desejo sexual diminui com a idade e a duração do relacionamento, e, portanto, pode haver menos sofrimento em relação a essas mudanças. Todavia, deve ser

observado que, do ponto de vista clínico, há homens e mulheres que lamentam seu desejo diminuído e desejam reacender sua paixão sexual. No Capítulo 2, Esther Perel discute os desafios de manter o erotismo e o desejo diante de convivência e previsibilidade.

ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS DO DESEJO

Um dos desafios de tratar problemas de desejo sexual é o fato de a etiologia ser muito variada. Todos os fatores a seguir contribuem para o desinteresse sexual:

Fatores biológicos: desequilíbrio ou insuficiências hormonais; disfunções em neurotransmissores; medicamentos e seus efeitos colaterais; doenças agudas ou crônicas.

Fatores do desenvolvimento: ausência de educação ou permissão sexual; infância ou adolescência marcadas por privação emocional, física, verbal ou afetiva; trauma ou coerção sexual.

Fatores psicológicos: ansiedade, depressão, transtornos de apego, transtornos da personalidade ou outras psicopatologias.

Fatores interpessoais: conflitos, insultos, perdas no relacionamento, e incompetência ou disfunção sexual do parceiro.

Fatores culturais: questões morais e crenças religiosas ou culturais relativas a conduta sexual apropriada.

Fatores contextuais: aspectos ambientais, como privacidade, segurança e conforto com a vizinhança.

Alternativamente, os problemas de desejo são considerados às vezes produtos de uma variedade de fatores predisponentes, precipitantes, desenvolvimentais e perpetuadores (Althof et al., 2004), a saber:

Fatores predisponentes. Incluem atributos constitucionais, como temperamento (timidez vs. impulsividade, variações ou deformidades anatômicas, inibição vs. excitação, traços de personalidade).

Fatores desenvolvimentais. Abrangem situações de apego problemáticas com os pais, exposição a violência física ou sexual, experiências sexuais precoces negativas, entre outras.

Fatores precipitantes. Envolvem estressores do estágio de vida, como divórcio, infidelidade, menopausa, abuso de substância ou experiências humilhantes ou vergonhosas.

Fatores perpetuadores. Incluem estresse contínuo, fadiga, conflito de relacionamento ou preocupações com a imagem corporal.

Devido à heterogeneidade dos fatores contribuintes e à multiplicidade de considerações que são relevantes tanto para a iniciação como para a manutenção das dificuldades do desejo sexual, o médico deve ser criativo e hábil para planejar um tratamento sensível e efetivo. É óbvio que não há um modelo “tamanho único” para a intervenção terapêutica. Como ficará evidente pelas ilustrações clínicas apresentadas neste livro, cada caso é único – cada indivíduo tem um esquema erótico, ou “mapa do amor” idiossincrásico, que pode complementar o do parceiro ou entrar em conflito com ele. Quando os esquemas eróticos estão em sincronia, os casais negociam facilmente pequenas diferenças no desejo. Em contrapartida, quando não combinam, os problemas de desejo podem ser mais difíceis de tratar. E, sob outra perspectiva, vale a pena mencionar, como sugere David Schnarch no Capítulo 3, que desejo baixo e desejo alto muitas vezes são posições variáveis em um sistema de relacionamento. Além disso, o indivíduo com desejo baixo em um determinado relacionamento pode ser o parceiro com desejo alto em um relacionamento novo e diferente.

DESEJO PRIMÁRIO VERSUS SECUNDÁRIO VERSUS SITUACIONAL

Ao diagnosticar transtornos do desejo sexual, é importante determinar se a queixa é primária ou secundária, aguda ou crônica e adquirida ou generalizada. Problemas agudos e situacionais geralmente têm um melhor prognóstico do que falta de desejo primária, generalizada e crônica. Embora possam existir muitos fatores que contribuam para uma perda de desejo secundária, a gama completa de possíveis componentes pode ser assustadora. Esses fatores podem contemplar todos os aspectos, de conflito transitório com o parceiro ou o impacto de doença ou medicamento a uma falta generalizada primária de interesse sexual, em que há ausência total de fantasias ou pensamentos sexuais, masturbação ou qualquer manifestação de curiosidade ou excitação sexual. Embora alguns autores neste livro relatem sucesso no tratamento de casos de ausência primária (ver Cap. 12, por Korda, Goldstein e Goldstein), a maioria dos casos bem-sucedidos descritos aqui trata da falta de desejo situacional ou secundária. Na verdade, muitos médicos relatam frustração e fracasso em suas tentativas de gerar interesse sexual em situações nas quais o indivíduo relata ausência de desejo ao longo da vida.

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA: ENTREVISTA E INSTRUMENTOS

Há diversos instrumentos e questionários padronizados para avaliar queixas de desejo (ver Quadro 1.1), mas nenhum deles realmente substitui a entrevista clínica em que o paciente e seu(sua) parceiro(a) são vistos de forma individual e como um casal. Muito é esclarecido pelas informações sobre criação, relacionamentos familiares, mitos e mensagens que cada parceiro traz para o relacionamento, bem como pela observação das trocas verbais e não verbais de um casal. A maioria dos capítulos neste livro atesta a utilidade de entrevistar e tratar problemas de desejo sob a perspectiva do relacionamento.

FARMACOTERAPIA PARA TRANSTORNOS DO DESEJO

Atualmente, há pouquíssimas intervenções para aumentar o desejo. Embora tenham se revelado de extrema utilidade no tratamento de disfunção erétil masculina, o sildenafil e os outros inibidores da fosfodiesterase (PD5) pouco fazem para aumentar o desejo sexual *per se* nos homens (ou nas mulheres). Um estudo recente sugeriu que o sildenafil foi um adjuvante útil em mulheres experimentando disfunção sexual induzida por antidepressivos (Nurnberg et al., 2008). Um dos antidepressivos mais pró-sexuais é a bupropiona, que tem uma incidência mais baixa de efeitos colaterais sexuais do que os inibidores seletivos da recaptção de serotonina. As pesquisas foram suspensas. No Capítulo 13, Bonnie R. Saks fornece um resumo útil do uso adjuvante de medicamentos no tratamento de indivíduos com problemas de desejo.

A RAZÃO DESTE LIVRO

As queixas de desejo apresentam um enigma genuíno. Conforme mencionado, mudanças na quantidade ou intensidade do desejo sexual são normativas e frequentemente inevitáveis no decorrer de um relacionamento, devido a estresses de vida e marcos do desenvolvimento, alterações hormonais e medicamentos. Nada permanece igual durante a evolução humana, e o desejo sexual não é exceção. O problema em geral está nas expectativas falsas – a fantasia de que o desejo sexual é, de algum modo, imune a toda série de mudanças que ocorrem com o envelhecimento, que, apesar de perder cabelo e acumular peso,

Quadro 1.1 Escalas para Avaliação de Problemas de Desejo/Excitação

A avaliação de problemas de desejo/excitação sexual é fundamental no planejamento de intervenções de tratamento significativas e sensíveis. A abordagem mais comum para diagnosticar disfunções sexuais é por meio de uma entrevista clínica abrangente tanto do paciente como de seu(sua) parceiro(a). Esse tipo de entrevista inclui discussão sobre a condição apresentada e os fatores predisponentes, precipitantes e perpetuadores relacionados ao aparecimento e à intensidade do problema (Grazziotin e Leiblum, 2005). Também é importante explorar aspectos contextuais presentes que afetam a expressão e o interesse sexual, tais como satisfação do relacionamento, privacidade, saúde atual do(a) paciente e do(a) parceiro(a), doenças clínicas ou psiquiátricas, uso de medicamentos ou de substâncias recreativas/álcool que podem afetar a expressão sexual e estressores atuais.

Muitos médicos consideram que o uso de questionários de autorrelato padronizados pode ser útil para economizar tempo, identificar áreas problemáticas e oferecer direção e foco para uma entrevista clínica mais prolongada.

Os seguintes instrumentos de avaliação breve demonstraram boa confiabilidade e validade:

- *Índice Breve de Funcionamento Sexual para Mulheres* (Taylor, Rosen e Leiblum, 1994). Um questionário de 22 itens que fornece escores parciais e totais nos seguintes aspectos da função sexual: desejo, excitação, frequência de atividade sexual, receptividade/iniciação, prazer/orgasmo, satisfação do relacionamento e problemas que afetam a função sexual.
- *Avaliador de Desejo Sexual Diminuído* (Clayton et al., 2009). Um instrumento com cinco questões, de uso fácil, que fornece a identificação rápida de desejo sexual hipotativo feminino adquirido, generalizado. Ele é composto por quatro questões de sim/não para determinar se existe problema de desejo e sofrimento relacionado. A quinta questão, mais inclusiva, permite a elaboração de possíveis fatores de contribuição e manutenção.
- *Índice de Função Sexual Feminina* (Rosen et al., 2000). Um questionário de 19 itens específico para mulheres que avalia seis esferas (desejo, excitação, subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). Ele tem sido usado na pesquisa de desfecho e possui validade e confiabilidade satisfatórias para diagnosticar uma variedade de queixas sexuais.
- *Escala de Angústia Sexual Feminina* (Derogatis et al., 2002). Um instrumento de avaliação com 12 itens usado para determinar a quantidade de angústia presente experimentada por mulheres com dificuldade sexual. Um escore de corte igual ou acima de 15 está associado com angústia pessoal.
- *Escala de Angústia Sexual Feminina – Revisada* (Derogatis, 2008). A avaliação mais recente da Escala de Angústia Sexual realizada a fim de aumentar a sensibilidade do instrumento para pacientes com TDSH. A nova questão incluída foi: “O desejo sexual baixo incomoda você?”, com as seguintes alternativas de resposta: nunca (0); raramente (1); ocasionalmente (2); frequentemente (3); ou sempre (4).
- *Inventário de Satisfação Sexual de Golombok-Rust* (Rust e Golombok, 1986). Um questionário de 28 itens que inclui cinco esferas relevantes a mulheres: anorgasmia, vaginismo, esquivia, falta de sensualidade e insatisfação.
- *Avaliador de TDSH* (Leiblum et al., 2006). Um instrumento de avaliação com quatro itens sobre perda de desejo e angústia em mulheres pós-menopáusicas.
- *Inventário de Desejo Sexual* (Spector, Carey e Steinberg, 1996). Um questionário de 14 itens que mede aspectos de desejo sexual do casal e individual.
- *Questionário de Função Sexual* (Quirk et al., 2002). Um instrumento relativamente novo que visa avaliar aspectos da sexualidade feminina: desejo, excitação/sensação física, excitação física/lubrificação, prazer, orgasmo, dor, relacionamento com o parceiro e cognição.

de algum modo os indivíduos podem manter o desejo sexual que tinham aos 18 anos de idade.

Ridículo, todos concordamos. E, ainda que a falta de desejo não seja um problema potencialmente fatal, é angustiante e problemático para os relacionamentos e para o bem-estar e a satisfação de cada um. Um parceiro que é rejeitado sexualmente de forma constante ou apenas aceito de modo relutante se sente magoado e frustrado e por fim irritado ou deprimido. Com o tempo, o senso de ligação íntima fica comprometido. Há menos sedução ou afeição, menos abraços espontâneos ou beijos apaixonados. A esquivia física pode substituir o aconchego afetuosos, uma vez que o afeto pode ser mal-interpretado como um convite sexual.

De forma alternativa, pode ocorrer um maior apoio na pornografia ou na masturbação. Com frequência, há a decisão defensiva por parte do parceiro rejeitado de que, se alguma intimidade sexual tiver que ocorrer, ela deverá ser iniciada pelo parceiro com desejo baixo, já que a dor da rejeição adquiriu grande proporção. E o relacionamento é descrito como mais de “colegas de quarto” do que de “amantes”.

Sejam vistas como um diagnóstico psiquiátrico ou como um problema de relacionamento, as queixas envolvendo desejo muito pequeno, desejo excessivo ou desejo discrepante são realmente preocupações legítimas que justificam intervenção. Mas como intervir? Em geral, as preocupações com desejo não são apenas frustrantes para um paciente ou um casal, elas também são decepcionantes para o médico. Anedoticamente, muitos terapeutas dizem que “temem” casos envolvendo problemas de desejo, porque não têm certeza sobre como intervir com sucesso. Não há livro de receitas ou prescrições para criar desejo.

Às vezes, os médicos também se perguntam se é mesmo *possível* acender um desejo que nunca existiu. A pessoa que relata apatia sexual vitalícia pode se tornar sexualmente motivada ou receptiva? Ela deve ser encorajada a isso? O sexo pode se tornar ardente quando já perdeu o vigor? Quais são as expectativas ou metas de tratamento razoáveis nesses casos?

Eis as questões que inspiraram este livro. A fim de encontrar respostas, médicos proeminentes e experientes de diferentes convicções, tipos de treinamento e linhas terapêuticas foram indagados sobre como tratam problemas de desejo. O que tem (ou não!) funcionado para esses profissionais experientes e ponderados?

Naturalmente, considerando a etiologia complexa e multifatorial das queixas de desejo, não há (e nunca haverá) um tratamento padronizado. Mas apreciar o que terapeutas de alta qualidade pensam sobre casos de desejo é esclarecedor. Os colaboradores deste livro compõem um amplo espectro de formações e treinamento. Cada um deles é proficiente em seu ofício e mereceu o título de especialista.

Os capítulos desta obra são tão instigantes quanto estimulantes. Eles desafiam estereótipos e rejeitam a quimera de remédios fáceis para problemas complexos. E acima de tudo: constituem uma reflexão ponderada, matizada e pragmática das muitas abordagens à avaliação e ao tratamento de queixas de desejo na prática clínica corrente.

Este livro não tenta ser abrangente em sua visão geral. Embora tenha havido uma tentativa de equilibrar exemplos envolvendo homens e mulheres, *gays* e *héteros*, velhos e jovens, os autores tiveram a liberdade para selecionar casos que ilustrassem seus pacientes e suas linhas de tratamento. Espera-se que o leitor, ao terminar de ler este livro, tenha uma visão mais ampla do espectro de abordagens e tratamentos para ajudar indivíduos e casais com problemas de desejo e sinta admiração e respeito pelas hábeis intervenções desses qualificados profissionais.

REFERÊNCIAS

- Althof, S., Leiblum, S., Chevert-Measson, M., Hartman, U., Levine, S., McCabe, M., et al. (2004). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. In T. Lue et al. (Eds.), *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women* (pp. 75–115). Paris: Second International Consultation on Sexual Dysfunctions.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Basson, R. (2001). Using a different model for female sexual response to address women's problematic low desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 5, 395–403.
- Basson, R. (2002). Rethinking low sexual desire in women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 4, 357–363.
- Basson, R., & Leiblum, S. (2003). Letter to the editor re: women's sexual dysfunction. *British Medical Journal*, 326(7390), 658.
- Basson, R., Leiblum, S., Brotto, L., Derogatis, L., Fourcroy, J., Fugl-Meyer, K., et al. (2003). Definitions of women's sexual dysfunctions reconsidered: Advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 24, 221–229.
- Beach, F. (1956). Characteristics of masculine "sex drive." In M. Jones (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 1–32). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Bergner, D. (2009, February 3). What do women want? *New York Times Magazine*. Available online www.nytimes.com/2009/01/23/health/23iht25desiret.19636765.html.
- Bogaert, A. F. (2004). Asexuality: Prevalence and associated factors in a national probability sample. *Journal of Sex Research*, 41(3), 279–287.
- Bogaert, A. F. (2006). Toward a conceptual understanding of asexuality. *Review of General Psychology*, 10(3), 241–250.

- Buster, J., Kingsberg, S., Aguirre, O., Brown, C., Wekselman, K., & Casso, P. (2004, June 16–19). *Large Phase III study confirms that transdermal testosterone patch 300 pg/day significantly improves sexual function with minimal side effects in surgically menopausal women*. Abstract presented at the annual meeting of the Endocrine Society, New Orleans, LA.
- Chivers, M. (2005). A brief review and discussion of sex differences in the specificity of sexual arousal. *Sexual and Relationship Therapy, 20*, 377–390.
- Chivers, M., Rieger, G., Latty, E., & Bailey, M. (2004). A sex difference in the specificity of sexual arousal. *Psychological Science, 15*, 736–744.
- Clayton, A., Goldfischer, E., Goldstein, I., Derogatis, L., Lewis-D'Agostino, D., & Pyke, R. (2009). Validation of the decreased sexual desire screener (DSDS): A brief diagnostic instrument for generalized acquired female hypoactive sexual desire disorder (HSDD). *Journal of Sexual Medicine, 6*, 730–738.
- Davis, S., Davison, S., Donath, S., & Bell, R. (2005). Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *Journal of the American Medical Association, 294*(1), 91–96.
- Deeks, A. A., & McCabe, M. P. (2001). Sexual function and the menopausal woman: The importance of age and partner's sexual functioning. *Journal of Sex Research, 38*, 219–225.
- Derogatis, L. (2008). Validation of the Female Sexual Distress Scale—Revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 357–364.
- Derogatis, L., Rosen, R., Leiblum, S., Burnett, A., & Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex and Marital Therapy, 28*, 317–330.
- Diamond, L. (2005). What we got wrong about sexual identity development: Unexpected findings from a longitudinal study of young women. In A. Omoto & H. Kurtzman (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian, gay, and bisexual people* (pp. 73–94). Washington, DC: American Psychological Association.
- Freud, S. (1962). *Three essays on the theory of sexuality*. New York: Avon Books. (Original work published 1905)
- Graziottin, A., & Leiblum, S. (2005). Biological and psychosocial pathophysiology of female sexual dysfunction during the menopausal transition. *Journal of Sexual Medicine, Suppl. 3*, 133–145.
- Hayes, R., Bennett, C., Fairle, C., & Dennerstein, L. (2006). What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty or dysfunction? *Journal of Sexual Medicine, 3*, 589–595.
- Hayes, R., Dennerstein, L., Bennett, C., & Fairley, C. (2008). What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *Journal of Sexual Medicine, 5*, 777–787.

- Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., Koochaki, P. E., Leiblum, S. R., & Graziottin, A. (2007). Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *Fertility and Sterility*, *87*, 107–112.
- Johnson, M. T. (1977). Asexual and autoerotic women: Two invisible groups. H. L. Gochros & J. S. Gochros (Eds.), *The sexually oppressed* (pp. 96–109). New York: Associated Press.
- Kaplan, H. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *3*, 3–9.
- Laumann, E., Gagnon, J., Michael, R., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (1988). Introduction: Changing perspectives on sexual desire. In S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Eds.), *Sexual desire disorders* (pp. 1–17). New York: Guilford Press.
- Leiblum, S. R., Symonds, T., Moore, J., Soni, P., Steinberg, S., & Sisson, M. (2006). A methodology study to develop and validate a screener for hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. *Journal of Sexual Medicine*, *3*, 455–464.
- Lief, H. (1977). Inhibited sexual desire. *Medical Aspects of Human Sexuality*, *7*, 94–95.
- Maurice, W. L. (2007). Sexual desire disorders in men. In S. R. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed., pp. 181–211). New York: Guilford Press.
- McKinlay, J., & Feldman, H. (1994). Age-related variation in sexual activity and interest in normal men: Results from the Massachusetts Male Aging Study. In A. S. Rossi (Ed.), *Sexuality across the life course* (pp. 261–285). Chicago: University of Chicago Press.
- Mercer, C., Fenton, K., Johnson, A., Wellings, K., Macdowall, W., McManus, S., et al. (2003). Sexual function problems and help seeking behaviors in Britain: National probability sample survey. *British Medical Journal*, *327*, 426–427.
- Meston, C., & Buss, D. (2007). Why humans have sex. *Archives of Sexual Behavior*, *36*(4), 477–507.
- Moynihan, R. (2003). The making of a disease: Female sexual dysfunction. *British Medical Journal*, *326*, 45–47.
- Nurnberg, H., Hensley, P., Heiman, J., Croft, H., Debattista, C., & Paine, S. (2008). Sildenafil treatment of women with antidepressant-associated sexual dysfunction: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, *300*(4), 395–404.
- Quirk, F. H., Heiman, J. R., Rosen, R. C., Laan, E., Smith, M. D., & Boolell, M. (2002). Development of a Sexual Function Questionnaire for Clinical Trials of Female Sexual Dysfunction. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, *11*(3), 277–289.
- Richters, J., Grulich, A. E., de Visser, R. O., Smith, A. M. A., & Rissel, C. E. (2001). Sex in Australia: Sexual difficulties in a representative sample of adults. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *27*, 164–170.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *26*, 191–208.

- Rust, J., & Golombok, S. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 15*, 157–165.
- Schneidewind-Skibbe, A., Hayes, R., Koochaki, P., Meyer, J., & Dennerstein, L. (2008). The frequency of sexual intercourse reported by women: A review of community-based studies and factors limiting their conclusions. *Journal of Sexual Medicine, 5*, 301–335.
- Shifren, J., Davis, S., Moreau, M., Waldbaum, A., Bouchard, C. D., DeRogatis, L., et al. (2006). Testosterone path for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in naturally menopausal women: Results from the INTIMATE NM1 Study. *Menopause, 13*(5), 770–779.
- Simon, J., Braunstein, G., Nachtigall, L., Utian, W., Katz, M., Miller, S., et al. (2005). Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 90*(9), 5226–5233.
- Simon, J., Nachtigall, L., Davis, S., Utian, W., Lucas, J., & Braunstein, G. (2004). Transdermal testosterone patch improves sexual activity and desire in surgically menopausal women. *Obstetrics & Gynecology, 103*(Suppl. 4), 64S.
- Spector, I., Carey, M., & Steinberg, L. (1996). The sexual desire inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex and Marital Therapy, 22*, 175–190.
- Taylor, J., Rosen, R., & Leiblum, S. (1994). Self-report assessment of female sexual function: Psychometric evaluation of the brief index of sexual functioning for women. *Archives of Sexual Behavior, 23*(6), 627–643.
- Wang, C., Nieschlag, E., Swerdloff, R., Behre, H., Hellstrom, W., Gooren, L., et al. (2009). ISA, ISSAM, EAU, EAA and ASA recommendations: Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. *International Journal of Impotence Research, 21*(1), 1–8.
- Weijmar Schultz, W. C. M., & Van de Wiel, H. (1991). Sexual functioning after gynecological cancer treatment. Unpublished doctoral dissertation, Rijksuniversiteit Groningen, the Netherlands.
- Weijmar Schultz, W. C. M., & Van de Wiel, H. B. M. (2003). Sexuality, intimacy, and gynecological cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy, 29*, 121–128.
- Whalen, R. (1966). Sexual motivation. *Psychological Review, 73*, 151–163.