

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorário de palestrante	Participação acionária	Consultor/ Conselho consultivo	Outro ³
Vívian Coelho	FHEMIG	-	-	-	-	-	-
Rogério Beato	FHEMIG UFMG	-	-	-	-	-	-
Paulo Prado	SESAMO	-	-	-	-	-	-
Francisco Cardoso	UFMG	-	-	-	-	-	-
Hélio Lauer	FHEMIG PUC MINAS	-	-	-	-	-	-

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: FHEMIG = Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais; UFMG = Universidade Federal de Minas Gerais; SESAMO = Serviço de Saúde Mental de João Monlevade; PUC MINAS = Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Para mais informações, ver Instruções aos autores.

Referências

1. Walker FO. Huntington's disease. *Lancet*. 2007;369(9557):218-28.
2. Cardoso F, Seppi K, Mair KJ, Wenning GK, Poewe W. Seminar on choreas. *Lancet Neurol*. 2006;5(7):589-602.
3. Boneli RM, Hofmann P. A review of the treatment options for Huntington's disease. *Expert Opin Pharmacother*. 2004;5(4):767-76.
4. Paleacu D, Anca M, Giladi N. Olanzapine in Huntington's disease. *Acta Neurol Scand*. 2002;105(6):441-4.
5. Bogelman G, Hirschmann S, Modai I. Olanzapine and Huntington's Disease. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21(2):245-6.

Ciúme patológico e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

Morbid jealousy and obsessive-compulsive disorder (OCD)

Caro Editor,

O ciúme patológico (CP) pode ser definido como uma condição caracterizada por pensamentos, emoções e comportamentos inaceitáveis ou extremos, cujo tema dominante é a infidelidade do parceiro, podendo ocasionar sofrimento para o paciente e para o parceiro. Apresenta-se de forma heterogênea, tais como idéias obsessivas, prevalentes ou delirantes^{1,2}. Reconhece-se que o CP pode constituir um sintoma, presente em diferentes entidades nosológicas, como transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno delirante. Portanto, uma vez detectado, deve-se identificar o diagnóstico de base. Como o tema pode apresentar uma forte conotação paranóide, a aproximação mais comum seria com transtornos psicóticos, em virtude de alguns pacientes apresentarem boa resposta terapêutica a neurolepticos e apresentarem forte convicção, próxima à delirante, de que estão sendo traídos³. No entanto, apesar de alguns autores ressaltarem a associação desse sintoma com o TOC, são poucos os artigos publicados sobre o tema. Neste caso, a terapêutica mais adequada seriam os inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRS)

associados à terapia cognitivo-comportamental (TCC). Em casos refratários, a associação com doses baixas de antipsicóticos por curto período de tempo poderia ser uma opção^{1,3-5}.

Recentemente, atendemos um homem com 23 anos, acompanhado por um prazo de dois anos, pelo segundo autor desta carta (reavaliado pelos demais autores), no Instituto Raul Soares. Ele era estudante de graduação, que tinha um relacionamento estável com uma mulher há três anos. Há um ano iniciou com ideações relacionadas ao ciúme, desenvolvendo sintomas de pânico quando chegava com a namorada em lugares freqüentados por jovens e percebia a presença de outros homens. O paciente não tinha comorbidades. Acreditava que a namorada era fiel e que suas idéias eram completamente infundadas. Perante os critérios classificatórios do DSM-IV, seu quadro era compatível com TOC. No entanto, freqüentemente aparecia na casa dela durante a madrugada para se certificar de que ela não o estava traindo. Após esses episódios, passava de dois a três dias com sintomas depressivos leves. O seu comportamento e suas idéias ruminativas relacionadas à infidelidade começaram a lhe causar sofrimento e prejuízo nas atividades cotidianas. Foi iniciado o tratamento com sertralina até a dose de 200mg/dia associada à TCC.

Após seis meses, não houve melhora do quadro clínico. Optou-se, então, por associar risperidona 0,5mg/dia. O paciente evoluiu com melhora significativa dos sintomas, passando a confiar na namorada, mesmo quando saía com amigos. Os pensamentos de infidelidade passaram a ser raros e, quando presentes, não mais provocavam desconforto significativo. O paciente foi acompanhado em um seguimento de mais um ano e meio após a introdução da risperidona, totalizando dois anos, até o presente momento.

Diversos pacientes com CP podem ser pertencentes ao espectro obsessivo-compulsivo. Nesses casos, as preocupações de ciúme envolvem tipicamente maior preservação da crítica, culpa, rumações e rituais de verificação. Ademais, o grau de agressividade é menor, podendo ocorrer também sintomas depressivos.

Desta forma, a abordagem terapêutica, que ficou durante algum tempo restrita à internação, uso de antipsicóticos e psicoterapias, tem se ampliado com a associação entre CP e TOC, melhorando o prognóstico daquela condição clínica.

Alexandre Costa Val
Hospital de Ensino Instituto Raul Soares,
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG),
Belo Horizonte (MG), Brasil

Rodrigo Nicolato
Departamento de Ciências Médicas,
Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP),
Ouro Preto (MG), Brasil

João Vinícius Salgado
Hospital de Ensino Instituto Raul Soares,
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG),
Belo Horizonte (MG), Brasil
Departamento de Morfologia, Instituto de Ciências Biológicas
(ICB), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
Belo Horizonte (MG), Brasil

Antônio Lúcio Teixeira
Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
Belo Horizonte (MG), Brasil

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/ Conselho consultivo	Outro ³
Alexandre Costa Val	Instituto Raul Soares	-	-	-	-	-	-
Rodrigo Nicolato	UFOP	-	-	-	-	-	-
João Vinícius Salgado	UFMG	-	-	-	-	-	-

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: UFOP = Universidade Federal de Ouro Preto; UFMG = Universidade Federal de Minas Gerais.

Para mais informações, ver Instruções aos autores.

Referências

- Torres AR, Ramos-Cerqueira ATA, Dias RS. Jealousy as a symptom of obsessive-compulsive disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(3):158-73.
- Kingham M, Gordon H. Aspects of morbid jealousy. *Adv Psychiatr Treat.* 2004;10:207-15.
- O'Dwyer AM, Marks I. Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. *Br J Psychiatry.* 2000;176(3):281-4.
- Maggini C, Lundgren E, Leuci E. Jealous love and morbid jealousy. *Acta Biomed.* 2006;77(3):137-46.
- Marazziti D, Di Nasso E, Masala I, Baroni S, Abelli M, Mengali F, Mungai F, Rucci P. Normal and Obsessional jealousy: a study of population of young adults. *Eur Psychiatry.* 2003;18(3):106-11.

Sexual compulsion and HIV transmission: a case report

Compulsão sexual e transmissão do HIV: um relato de caso

Dear Editor,

We report on a case drawing attention to sexual compulsion (SC) as a risk factor for HIV transmission.

P., 37 year-old, male, Caucasian, single, retired physics teacher, born and resident in São Paulo, Brazil, homosexual and HIV positive was referred from Hospital Emílio Ribas to the Sexuality Project of Institute of Psychiatry, Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo Medical School, due to risk of transmission as he had exacerbated sexual behavior. P. started going to saunas, cinemas and public restrooms on a daily basis in search of sex since the age

of 18. He had unprotected homosexual intercourses with multiple partners, sometimes ten or more on the same day. He rarely had more than one sexual intercourse with the same person. P. spent a lot of money on sex. He frequently abandoned his professional routine to look for sex, compromising his career. He never earned a university degree. The patient did not have emotional feelings for his partners. He did not waste time with foreplay (hugs, kisses, caresses), focusing on contact with erogenous zones. When he felt the "uncontrollable desire of having sex", he only followed his impulse and rarely used a condom. In 1993, he had syphilis and anal and genital herpes. He has had HIV since 1996. In 2003, he was hospitalized due to pneumocystosis and, since then, has been taking antiretrovirals. His family relationship is extremely poor and he has no friends. He has no leisure activities. The patient had no previous history of drug use and was not sexually abused in childhood. He did not meet criteria for personality disorder. He met six out of seven criteria proposed by Goodman¹ for sexual addiction (Table 1). His score on the Sexual Addiction Screening Scale² was 15 (cases should score 6 or higher) and he scored 26 (moderate to severe depression) on the Beck Depression Inventory.³ Treatment consisted of psychiatric follow-up, when paroxetine was started. He had partial reduction in sexual desire at a daily dose of 40mg. In the second month, psychodynamic psychotherapy was associated. After a 1-year follow-up, the patient had improvements in all clinical parameters, developing higher control over his sexual impulses and no longer searching for sex in cinemas and saunas. He began to use condoms in almost every sexual intercourse. Single individuals exclusively with occasional partners account for 15% of the sexually active population in Brazil. Use of condom in the last intercourse was reported by 79.5% of this group.⁴ In Brazil, transmission in homosexual and bisexual intercourses