

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Neuroticismo e Inflexibilidade Psicológica na Ansiedade, Depressão e na Disfunção Sexual: Uma Abordagem Transdiagnóstica

Luís Miguel Novais Azevedo

M

2021



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Neuroticismo e Inflexibilidade Psicológica na Ansiedade, Depressão e na Disfunção Sexual: Uma Abordagem Transdiagnóstica

Luís Miguel Novais Azevedo

Outubro, 2021

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo Professor Doutor **Pedro Nobre** (FPCEUP) e co-orientada pelo Professor Doutor **Patrício Costa** (FPCEUP)

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

AGRADECIMENTOS

Obrigado, mãe. Contigo aprendi o que é a bondade, o amor e o sentido de dever. Obrigado, pai. Contigo aprendi a importância do esforço e o respeito pelo trabalho. Sou grato pelo patrocínio que nunca me negaram, pelo privilégio de ter podido estudar aquilo que sempre quis e por ter aprendido convosco aquilo que quero e o que não quero.

Obrigado aos meus professores, em especial à Professora Teresa Raquel, que me ensinou a duvidar. A dúvida representa para mim uma das mais avassaladoras experiências a que fui e sou sujeito. O ceticismo que aprendi com a Filosofia faz de mim melhor psicólogo e pessoa. Obrigado, ainda, à Professora Anabela Bastos e ao Professor António Vargas, por terem estimulado em mim o enorme prazer que é aprender. Ao Professor Paulo Simões agradeço por ter sido paciente comigo, numa altura em que as minhas capacidades de controlo inibitório não eram suficientes para autorregular os impulsos a que as áreas mesolímbicas do meu cérebro me impeliam. A todos eles sou grato pelo exemplo de humanidade, humildade e inteligência. Para sempre os lembrarei.

Obrigado à minha família e aos meus amigos, que tanto amo e que tanto me amam. Um obrigado especial à Guida e à Avó que não deixaram que nada me faltasse durante as longas horas que dediquei à escrita desta tese.

Obrigado aos autores que me inspiram. Alguns deles constam neste trabalho.

Obrigado à equipa do SexLab, pelo apoio prestado na realização deste estudo, desde a conceção do estudo original, até à recolha e limpeza dos dados. Obrigado ao Professor Pedro Nobre e ao Professor Patrício Costa pelos seus valiosos contributos e pelo interesse que sempre mostraram em ajudar-me a construir um trabalho de qualidade.

Resumo

Os processos transdiagnósticos são processos que se observam transversalmente em diferentes problemas de saúde mental, rasgando os limites definidos pelas tradicionais categorias nosológicas. As disfunções sexuais têm ficado, porém, excluídas deste tipo de investigação. O presente estudo tem como objetivo contrariar esta tendência, procurando aprofundar o entendimento atual relativamente à relação entre ansiedade, depressão e disfunções sexuais e processos transdiagnósticos.

Para isso foi testada, partindo de uma amostra comunitária de 969 sujeitos, a possibilidade de compreender estas relações à luz de um único fator latente de ansiedade, depressão e disfunção sexual, através da análise fatorial exploratória. Procurou-se também perceber de que forma este fator latente se relacionava com dois processos transdiagnósticos: o neuroticismo e a inflexibilidade psicológica. Por último, foi testado o papel mediador da inflexibilidade psicológica na relação entre neuroticismo e o fator latente identificado.

Os resultados demonstram a existência de um fator latente que explica a variância partilhada entre ansiedade, depressão e disfunção sexual e que o neuroticismo e a inflexibilidade psicológica explicam grande parte da variância associada a este fator. Ficou ainda demonstrado que a relação entre neuroticismo e o fator latente é parcialmente mediada pela inflexibilidade psicológica. Estes resultados suportam a inclusão das disfunções sexuais no espectro da internalização, reforçam a importância funcional do neuroticismo e da inflexibilidade psicológica na ansiedade, depressão e disfunção sexual e corroboram parcialmente a hipótese de que processos transdiagnóstico só se tornam mal adaptativos quando aplicados de forma rígida.

Palavras-Chave: Disfunção Sexual; Internalização; Abordagem transdiagnóstica; Neuroticismo; Inflexibilidade Psicológica; Análise Fatorial; Mediação.

Abstract

Transdiagnostic processes are processes that are observed across different mental health problems, tearing the boundaries defined by traditional nosological categories. Sexual dysfunctions have, however, remained excluded from this body of research. The present study aims to counter this tendency, seeking to deepen the current understanding regarding the relationship between anxiety, depression sexual dysfunctions and established transdiagnostic processes.

Through a community sample of 969 individuals, we tested the possibility of understanding these relationships based on a single factor of anxiety, depression and sexual dysfunction, using exploratory factor analysis. We also sought to understand how this latent factor related to two transdiagnostic processes: neuroticism and psychological inflexibility. Finally, we tested the mediating role of psychological inflexibility in the relationship between neuroticism and the identified latent factor.

The results demonstrate the existence of a latent factor that explains the shared variance between anxiety, depression, and sexual dysfunction, and that neuroticism and psychological inflexibility explain much of the variance associated with this factor. It was also shown that the relationship between neuroticism and the latent factor is partially mediated by psychological inflexibility. These results support the inclusion of sexual dysfunctions in the internalization spectrum, reinforce the functional role that neuroticism and psychological inflexibility play in anxiety, depression and sexual dysfunction and partially support the hypothesis that transdiagnostic processes only become maladaptive when applied in a rigid manner.

Keywords: Sexual Dysfunction; Internalization; Transdiagnostic Approach; Neuroticism; Psychological Inflexibility; Factor Analysis; Mediation.

Résumé

Les processus transdiagnostiques sont des processus qui sont observés à travers différents problèmes de santé mentale, déchirant les frontières définies par les catégories nosologiques traditionnelles. Les dysfonctionnements sexuels sont cependant restés exclus de ce type d'investigation. La présente étude vise à contrecarrer cette tendance, en cherchant à approfondir la compréhension actuelle de la relation entre l'anxiété, la dépression, les dysfonctionnements sexuels et les processus transdiagnostiques établis.

A cette fin, à partir d'un échantillon communautaire de 969 sujets, la possibilité de comprendre ces relations à la lumière d'un facteur unique d'anxiété, de dépression et de dysfonctionnement sexuel a été testée par une analyse factorielle exploratoire. Nous avons également essayé de comprendre comment ce facteur latent était lié à deux processus transdiagnostiques : le névrosisme et l'inflexibilité psychologique. Enfin, le rôle médiateur de l'inflexibilité psychologique dans la relation entre le neuroticisme et le facteur latent identifié a été testé.

Les résultats démontrent l'existence d'un facteur latent qui explique la variance partagée entre l'anxiété, la dépression et la dysfonction sexuelle et que le neuroticisme et l'inflexibilité psychologique expliquent une grande partie de la variance associée à ce facteur. Il a également été démontré que la relation entre le névrosisme et le facteur latent est partiellement médiée par l'inflexibilité psychologique. Ces résultats soutiennent l'inclusion de la dysfonction sexuelle dans le spectre de l'intériorisation, renforcent l'importance fonctionnelle du névrosisme et de la rigidité psychologique dans l'anxiété, la dépression et la dysfonction sexuelle, et soutiennent partiellement l'hypothèse selon laquelle les processus transdiagnostiques ne deviennent inadaptés que lorsqu'ils sont appliqués de manière rigide.

Mots clés : Dysfonctionnement sexuel ; Internalisation ; Approche transdiagnostique ; Neuroticisme ; Inflexibilité psychologique ; Analyse factorielle ; Médiation.

Índice

Enquadramento Teórico	1
1.A Investigação Transdiagnóstica.....	1
1.1.Fundamentos Históricos e Conceituais das Abordagem Transdiagnósticas	2
1.2.Das Abordagens Diagnósticas às Abordagens Transdiagnósticas	5
2.Disfunções Sexuais.....	7
2.1.Disfunções Sexuais e Processos Transdiagnósticos	10
Método	17
1.Participantes	17
1.1.Dados Sociodemográficos	17
1.2.Caracterização Clínica da Amostra	18
2. Instrumentos	19
2.1.Questionário de Ação e Aceitação (AAQ-II)	19
2.2.Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18)	20
2.3.Índice Internacional de Função Erétil (IIEF).....	21
2.4.Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI).....	21
2.5.Inventário dos Cinco Grandes Fatores (BFI).....	22
3.Procedimento	22
4.Análise Estatística	23
Resultados	24
1.Estatísticas Descritivas	24
2.Consistência Interna	24
3.Análises Fatoriais Confirmatórias	25
3.1.Mulheres	25
3.2.Homens	26
4.Coeficientes de Correlação Momento-Produto de Pearson.....	28
4.1.Mulheres	28
4.2.Homens	29
5. Análise Fatorial Exploratória.....	29
6. Percentagem de Variância do Fator Transdiagnóstico Associada ao Neuroticismo e à Inflexibilidade Psicológica	30
7. Análise de Trajetórias	30
Discussão	32
Conclusão	37
Referências Bibliográficas	38
ANEXOS	49

Índice de Tabelas

Tabela 1	17
Tabela 2	18
Tabela 3	24
Tabela 4	24
Tabela 5	25
Tabela 6	27
Tabela 7	29
Tabela 8	29
Tabela 9	30
Tabela 10	50
Tabela 11	50
Tabela 12	50
Tabela 13	64
Tabela 14	51
Tabela 15	53
Tabela 16	55
Tabela 17	55
Tabela 18	56
Tabela 19	57
Tabela 20	57
Tabela 21	58
Tabela 22	58
Tabela 23	60
Tabela 24	60
Tabela 25	61
Tabela 26	62
Tabela 27	62
Tabela 28	63
Tabela 29	63

Índice de Figuras

Figura 1	15
Figura 2	16
Figura 3	31

Lista de Siglas e Acrónimos

A – Ansiedade

AAQ-II – Questionário de Aceitação e Ação II

BSI 18 – Brief Symptom Inventory

BFI – Inventário dos Cinco Grandes Fatores

CFI – Comparative Fit Index

D – Depressão

DS – Disfunção Sexual

DSM-5 – Manual de Diagnóstico Estatístico 5

FSFI – Índice de Funcionamento Sexual Feminino

FT – Fator Transdiagnóstico

IIEF – Índice Internacional de Função Erétil

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

SRMR – Standardized Mean Square Residual

TLI – Tucker-Lewis index

Enquadramento Teórico

1.A Investigação Transdiagnóstica

Desde os primórdios, a Psicologia tem sido sempre lugar de acesas discussões e opiniões aparentemente irreconciliáveis. Em vários aspetos, a Psicologia Clínica não parece ser exceção. De facto, clínicos e investigadores não só parecem discordar em relação à forma como devem ser concetualizados e tratados os problemas de saúde mental, como têm também uma enorme dificuldade em perceber aquilo que se constitui enquanto tal.

A investigação acerca dos processos transdiagnósticos - processos que se manifestam transversalmente e que servem de fatores de manutenção de uma grande variedade de perturbações psicológicas (Morris & Mansell, 2018), tal como são definidas pelos sistemas de diagnóstico categoriais – surge, neste contexto, como uma das áreas de investigação mais promissoras no âmbito da investigação psicológica clínica, revelando, inclusive, a possibilidade de uma teoria geral (Mansell, Carey & Tai, 2015)¹.

Especulando acerca do futuro da Psicologia Clínica, Barlow e Carl (2014) antecipam (entre outros) a adoção de uma conceção dimensional ao nível do diagnóstico² e o fim dos manuais terapêuticos dirigidos a diagnósticos particulares. A investigação acerca dos processos transdiagnósticos alinha-se facilmente com estas duas previsões: por um lado, ao identificar processos comuns entre diversas formas de psicopatologia, é possível perceber de que forma estes variam quantitativamente entre indivíduos, através do desenvolvimento e/ou aplicação de instrumentos psicométricos que os operacionalizem (e.g. *Cognitive and Behavioural Processes Questionnaire*; Patel, Mansell & Veale, 2015); por outro lado, o desenvolvimento de intervenções transdiagnósticas (e.g. Método dos Níveis - Mansell, Carey & Tai, 2013; Carey, Mansell & Tai, 2015) permite ultrapassar as limitações associadas aos protocolos baseados em modelos de

¹ De acordo com Kinderman (2013) uma teoria geral de psicopatologia subentende, necessariamente, uma teoria geral do funcionamento psicológico e é isso que a Teoria do Controlo Percetual, a que aqui se alude, pretende.

² Esta conceção dimensional é também uma das características essenciais do Research Domain Criteria (RDoC), uma iniciativa do National Institute of Mental Health (Clark, Cuthbert, Lewis-Fernández, Narrow & Reed, 2017) afeta à identificação de processos transdiagnósticos (Carcone & Ruocco, 2017). De igual modo, também a investigação no âmbito do conetoma humano corrobora a existência de mecanismos neuropsicofisiológicos comuns entre diferentes perturbações mentais (Mansell, 2019).

perturbações psicológicas específicas (Harvey et al., 2004; Carey, Mansell & Tai, 2015; Hayes & Hofman, 2018).

Ao nível dos processos, Harvey et al. (2011) distinguem *processos transdiagnósticos descritivos* e *processos transdiagnósticos mecânicos*. A diferença entre uns e outros reside no facto de os processos transdiagnósticos mecânicos poderem ser apontados como causas diretas das dificuldades do indivíduo (e.g. sobrevalorização do peso e da forma física, ruminação, etc.), ao contrário dos processos transdiagnósticos descritivos (e.g. baixa autoestima). Por isto, Sauer-Zavala et. al (2017) acreditam existir vantagem na exploração dos processos transdiagnósticos mecânicos em detrimento dos processos transdiagnósticos descritivos e a classificação que fazem das abordagens terapêuticas transdiagnósticas reflete esta posição.

A este nível Sauer-Zavala et. al (2017) distinguem (1) *intervenções baseadas em princípios terapêuticos universalmente aplicados* (aqui, certos princípios, como a empatia, a escuta ativa e a aceitação incondicional, propostos no âmbito de modelos teóricos específicos como a terapia centrada no cliente, são aplicados a todas as problemáticas de forma indiscriminada), (2) *intervenções modulares* (aqui, estratégias derivadas de vários modelos teóricos são aplicadas estrategicamente com o objetivo de diminuir a sintomatologia, sem incidir explicitamente sobre qualquer mecanismo psicopatológico) e (3) *intervenções baseadas em mecanismos partilhados* (aqui, as intervenção são desenvolvidas com base em processos comuns implicados no desenvolvimento e manutenção de uma classe de perturbações psicológicas (e.g. Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais). De facto, o termo “transdiagnóstico” tem sido usado para caracterizar não só processos, mas também intervenções clínicas que se fazem valer da identificação desses processos.

1.1.Fundamentos Históricos e Concetuais das Abordagem Transdiagnósticas

É complexo o caldo histórico, teórico e concetual no seio do qual nascem as abordagens transdiagnósticas. As suas raízes encontram-se dispersas ao longo da História da Psicologia, mas a compreensão acerca daquilo que constitui a essência da investigação transdiagnóstica – desde questões concetuais, até considerações de natureza mais metodológica – permite orientar a procura pelos seus percursos históricos.

Inscrita num quadro de investigação em Psicopatologia, na verdade a abordagem transdiagnóstica encontra nas suas origens modelos da Psicologia Geral, como o *modelo dos fatores comuns* de Thurstone (1934). De facto, Rodriguez-Seijas, Eaton e Krueger (2015) apontam Thurstone como um dos pioneiros da investigação transdiagnóstica, por se ter socorrido da *análise fatorial* para desenvolver o seu modelo de inteligência³. Esta técnica veio, pois, a revelar-se um dos mais importantes métodos utilizados no âmbito da investigação transdiagnóstica, ao ter sido aplicado à investigação em Psicopatologia, nos anos 70, por Achenbach e Edelbrock. A investigação destes autores permitiu revelar uma estrutura hierárquica de psicopatologia que se organiza em função de dois fatores transdiagnósticos de *Internalização* e *Externalização* (Eaton et al., 2015; Krueger & Markon, 2006), fatores esses que têm vindo a ser amplamente replicados em vários estudos subsequentes (e.g. Carragher et al., 2015; Eaton et al., 2015).

A década precedente não deixa, todavia, de se constituir também como um importante marco temporal na história da investigação transdiagnóstica. A revolução cognitiva serviu de resposta quer às limitações apontadas aos modelos comportamentais (que se debatiam com a dificuldade de explicar grande parte da variabilidade do comportamento humano), quer à necessidade de contemplar os processos internos de um modo alternativo - e cientificamente válido - àquele que era proposto pela corrente psicanalítica, tendo incitado os psicólogos na procura dos processos cognitivos subjacentes ao comportamento humano (Gonçalves, 2006). É, então, nesta altura que, com o nascimento da psicoterapia cognitivo-comportamental, Ellis (1962) desenvolve o primeiro modelo transdiagnóstico da história da Psicologia, apontando o *pensamento irracional* como o mecanismo que estaria na origem de diversas formas de psicopatologia. Deste modelo emerge também a primeira forma de intervenção verdadeiramente transdiagnóstica (Taylor & Clark, 2009). Na verdade, como referem Mansell et al. (2009), a abordagem transdiagnóstica tal como a concebemos atualmente, apenas reitera e formaliza formas de entendimento acerca dos problemas psicológicos que já haviam sido veiculadas noutros contextos históricos (inclusive também pelos modelos de condicionamento clássico e operante).

³ Assim sendo, podemos traçar origens ainda mais remotas para esta abordagem, situando-a, então, em 1904, com o desenvolvimento da primeira versão deste procedimento estatístico, por Spearman (1904).

Outro importante contributo para a investigação transdiagnóstica surge em 1986, com a publicação do artigo “*The Advantages of Studying Psychological Phenomena Rather than Psychiatric Diagnoses*” (Persons, 1986), no qual a autora argumenta em favor de uma abordagem que privilegie o estudo dos processos psicológicos subjacentes a determinados sintomas, em vez do estudo desses fenómenos à luz de categorias nosológicas específicas.

Anos mais tarde, Ingram (1990) chama a atenção para os elevados níveis de atenção *autofocada* que caracterizavam várias formas de perturbação psicológica (e.g. depressão, ansiedade, alcoolismo, esquizofrenia, etc.). A partir daqui, várias revisões da literatura destacam a prevalência de outros processos psicológicos, tais como, por exemplo, a *supressão de pensamentos* (Purdon, 1999; Rassin, Merckelbach & Muris, 2000; Wenzlaff & Wegner, 2000) numa vasta gama de manifestações psicopatológicas.

Sobretudo pela sua orientação clínica, revestem-se também de particular relevância os trabalhos de Fairburn, Cooper e Shafran (2003), no âmbito das perturbações da alimentação e de Barlow, Allen e Choate (2004), no âmbito das perturbações emocionais. Também a publicação da obra seminal “*Cognitive and Behavioral Processes Across Psychological Disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*”, de Harvey et al. (2004) se constitui como um importante marco na história da investigação transdiagnóstica, ao sistematizar toda a investigação que, até à altura, existia sobre processos transdiagnósticos cognitivo-comportamentais.

É, de facto, no âmbito dos modelos cognitivo-comportamentais (mas não só) que se inscreve a grande parte da investigação sobre processos transdiagnósticos. Os vários modelos que, ao longo dos anos, foram surgindo na literatura científica e dos quais esta brevíssima revisão histórica não permite dar conta enquadram-se, genericamente, em quatro perspetivas distintas (Mansell et al., 2009): *modelos baseados em múltiplos processos não universais* (modelos que identificam um conjunto de processos responsáveis pela manutenção de um conjunto específico de perturbações psicológicas, de entre os quais podemos enquadrar o modelo de Fairburn, Cooper & Shafran (2003) e de Barlow, Allen & Choate (2004), já mencionados); *modelos baseados em sintomas* (que procuram investigar os mecanismos subjacentes a sintomas específicos (e.g. delírios e alucinações) que se manifestam em diferentes perturbações psicológicas); *modelos baseados em múltiplos processos universais* (nos quais se enquadram teorias que

propõem diferentes mecanismos fundamentais para desenvolvimento de diversas formas de psicopatologia (e.g. Teoria do Controlo Percetual, Teoria dos Subsistemas Cognitivos Interativos)); e *modelos baseados em processos universais únicos* (estes modelos apontam um singular processo psicológico como sendo responsável pela manutenção de todas, ou a maior parte, das perturbações psicológicas (e.g. pensamento repetitivo)).

1.2.Das Abordagens Diagnósticas às Abordagens Transdiagnósticas

A uma revisão sobre as origens históricas da abordagem transdiagnóstica em Psicologia Clínica, não podem ficar alheias considerações acerca dos sistemas categoriais de diagnóstico que, desde 1952, com a publicação do primeiro Manual de Diagnóstico Estatístico de Perturbações Mentais (DSM) pela Associação Americana de Psiquiatria, têm dominado o discurso científico e social sobre saúde mental. Na realidade, dificilmente se poderia conceber a possibilidade de uma abordagem transdiagnóstica na ausência de um sistema de diagnóstico deste tipo.

Tal como se disse anteriormente, o foco nos processos - apanágio da atual abordagem transdiagnóstica - não é uma conquista histórica do século XXI. Na verdade, até meados do século XX, o estudo da Psicopatologia baseava-se precisamente em processos psicológicos básicos e não em categorias nosológicas (processos como mecanismos de defesa, condicionamento clássico e operante, que se suponha estarem na base de condições tais como fobias e depressão). Os ventos da mudança sopraram assim que surgiram os sistemas formais de diagnóstico e, com eles, a atenção dos médicos e dos psicólogos clínicos passou a centrar-se maioritariamente na descrição e explicação de sintomas e causas e no desenvolvimento de metodologias terapêuticas (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Estes sistemas passaram, assim, a assumir-se como o mais importante quadro de referência para a investigação e para a prática profissional em Saúde Mental.

A abordagem diagnóstica, que se ergue sobre a alçada do modelo biomédico ao assumir que na base de determinados padrões de sinais e sintomas - síndromes (Hayes et al., 1996) - se encontram doenças, facilitou a comunicação entre clínicos e investigadores, ao criar uma linguagem comum, permitiu agrupar e caracterizar, através da identificação de padrões comuns, determinados grupos de pacientes, em contraponto a outros grupos, permitiu o desenvolvimento de uma vasta gama de abordagens terapêuticas eficazes dirigidas a diagnósticos específicos e criou a possibilidade de se atribuírem seguros de saúde a indivíduos com perturbação psicológica (Hayes & Hofmann, 2015). A influência

monopolista da abordagem diagnóstica é tal que Hyman (2010) a descreve como uma *prisão epistémica* que, atualmente, constrange e limita as possibilidades da ciência. Torna-se progressivamente mais evidente que esta abordagem nosológica está a chegar aos limites da sua utilidade teórica e clínica (Dalglish et al., 2020).

De facto, a comunidade científica tem paulatinamente prestado mais atenção aos constrangimentos a que Hyman aludia através da sua metáfora: cada vez mais a evidência empírica suporta a ideia de que os problemas de saúde mental se caracterizam por uma série de dimensões que se distribuem ao longo de um contínuo, não configurando, pois, entidades categoriais discretas (Brown et al., 2001; Harvey et al., 2004; Kessler et al., 2005; Haslam, Holland & Kuppens, 2012; Waszczuk et al., 2017); muitos indivíduos em sofrimento psicológico não se enquadram em nenhuma categoria nosológica (Koton, Krueger & Watson, 2018); estudos epidemiológicos demonstram que, em Saúde Mental, a comorbilidade é a regra e não a exceção⁴ (Hayes & Hoffman, 2018; Dalglish et al., 2020); grande parte dos tratamentos psicoterapêuticos e farmacológicos têm-se mostrado eficazes no tratamento de perturbações para as quais não foram especificamente desenvolvidos (Dalglish et al., 2020); os sistemas de diagnóstico categoriais patologizam comportamento “normal” (Kinderman, 2013); as diferentes perturbações mentais têm vindo a ser definidas enquanto tal com base no consenso de especialistas (Kinderman, 2013); e a atribuição de diagnósticos psiquiátricos depende do julgamento subjetivo de um clínico e não da identificação de marcadores biológicos que o sustentem (Deacon, 2013). Deacon (2013) constata a infertilidade da investigação biomédica, à luz da qual se tem vindo a procurar marcadores biológicos com valor diagnóstico, da seguinte forma:

“Mental disorders are brain diseases caused by neurotransmitter dysregulation, genetic anomalies, and defects in brain structure and function. Yet, scientists have not identified a biological cause of, or even a reliable biomarker for any mental disorder. Psychotropic medications work by correcting the neurotransmitter imbalances that cause mental disorders. However, there is no credible evidence that mental disorders are caused by chemical imbalances, or that medicines work by correcting such imbalances.” (p.849).

As abordagens transdiagnósticas assumem-se, neste contexto, não só como uma resposta científica, convergente e integradora face às críticas que se levantam às abordagens baseadas nos diagnósticos psiquiátricos e aos sistemas de diagnóstico categoriais, mas, no limite, como uma verdadeira alternativa paradigmática. Aqui, como

⁴ Se as perturbações descritas nos sistemas de diagnóstico categoriais fossem, de facto, entidades discretas, a comorbilidade seria a exceção e não a regra.

em outras épocas da História da Psicologia, encontramos divergências no que se refere à abolição efetiva dos sistemas de diagnóstico. Efetivamente, há quem advogue uma abordagem transdiagnóstica “*soft*”, que procura preservar a classificação e, ao mesmo tempo identificar processos e desenvolver intervenções relevantes para um grupo específico de diagnósticos (e.g. perturbações emocionais), tal como estão tradicionalmente formulados e quem defenda uma abordagem transdiagnóstica “*hard*”, adepta da eliminação dos sistemas de diagnóstico categoriais e do desenvolvimento de alternativas empiricamente válidas (Dalglish et al., 2020).

2. Disfunções Sexuais

À semelhança do que acontece com as restantes perturbações psicológicas, a maior parte da literatura científica que aborda questões relacionadas com dificuldades do funcionamento sexual parte da taxonomia proposta pelo DSM (Yarber & Sayad, 2019), que, na sua 5ª edição (DSM-5), as classifica como *disfunções sexuais*.

Ao mesmo tempo que se inspira no modelo do ciclo de resposta sexual de Masters e Johnson (Yarber & Sayad, 2019), o DSM-5 procura também tomar em consideração as especificidades da resposta sexual masculina e feminina, às quais o modelo de Masters e Johnson (1970) não é sensível, propondo, para o efeito, as seguintes categorias nosológicas: Ejaculação Retardada, Disfunção Erétil, Perturbação do Orgasmo Feminino, Perturbação do Interesse/Excitação Sexual Feminina, Perturbação da Dor Genitopélvica/Penetração, Perturbação de Desejo Sexual Hipoativo Masculino, Ejaculação Prematura (Precoce) e Disfunção Sexual Induzida por Substância/Medicamento. O diagnóstico de todas as perturbações mencionadas, com exceção da última, exige que os sintomas estejam presentes durante, pelo menos, 6 meses e que estes causem mal-estar clinicamente significativo (American Psychiatric Association, 2013).

Apesar de ser a mais consensual, esta forma de concetualizar as dificuldades do funcionamento sexual não está livre de controvérsias. De facto, dados recentes não corroboram a progressão linear da resposta sexual proposta por Masters e Johnson (1970) e Kaplan (1979), mas antes a sobreposição e circularidade entre as diferentes fases (Carvalho, Vieira & Nobre, 2011; Carvalho Vieira & Nobre, 2012). Para além disso, diferentes medidas de funcionamento sexual revelam diferentes estruturas fatoriais, que

variam também em função da população à qual são aplicadas (Carvalho, Vieira & Nobre, 2011; Carvalho, Vieira & Nobre, 2012). Estas observações, a par dos elevados níveis de comorbilidade entre diferentes problemas sexuais (que se observam para ambos os sexos) sugerem a possibilidade de se caracterizar o funcionamento sexual, quer masculino, quer feminino à luz de um construto unificado (Carvalho, Vieira & Nobre, 2011; Carvalho, Vieira & Nobre, 2012).

Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de disfunção sexual, quer em homens, quer em mulheres, contam-se o estado de saúde geral (com vantagem para indivíduos saudáveis, que tendem a desenvolver menos problemas desta natureza), a presença de doenças crónicas, doenças cardiovasculares, diabetes, doenças do foro genitourinário e perturbações psiquiátricas, assim como fatores relacionados com as condições sociodemográficas dos indivíduos (para uma discussão mais pormenorizada destes fatores, ver Lewis et al., 2010).

A investigação aponta ainda outros fatores individuais e interpessoais que ora se assumem como fatores de vulnerabilidade, ora contribuem para o desenvolvimento e manutenção de problemas sexuais (Brotto et al., 2016). Entre os fatores individuais, Brotto et al. (2016) distinguem fatores constitutivos e desenvolvimentais, fatores-traço, transições de vida, fatores de processamento e problemas de saúde mental e entre os fatores interpessoais destacam aspetos relacionais e diádicos que influenciam o funcionamento sexual⁵. De facto, grande parte da atividade sexual ocorre em contexto relacional e a revisão de Brotto et al. (2016) não é alheia a essa realidade, chamando a atenção para a importância de questões como a intimidade, a satisfação relacional, doença e disfunção sexual no parceiro (assim como a resposta do outro membro da díade a essas dificuldades), discrepâncias do desejo sexual entre parceiros e violência conjugal.

Ao nível dos fatores individuais, no subgrupo dos fatores constitutivos e desenvolvimentais, Brotto et al. (2016) destacam problemas do desenvolvimento sexual (e.g. hipospádias), história de abuso sexual infantil, fatores de personalidade (e.g. neuroticismo), esquemas cognitivos e crenças sexuais. No que diz respeito às transições de vida, o período pós-parto, o envelhecimento e a menopausa constituem-se como importantes fatores de desenvolvimento de problemas sexuais. Relativamente ao último

⁵ O grau da evidência varia para cada um dos fatores englobados em cada uma destas dimensões (Brotto et al., 2016).

conjunto de fatores - fatores psicológicos de processamento e saúde mental -, a evidência científica destaca o papel da atribuição causal, das expectativas de eficácia, da distração cognitiva, da ansiedade, da depressão, do stress, do stress pós-traumático e do abuso de substâncias. Baixa autoestima (McCabe & Althof, 2014) sofrimento psicológico (Hayes et al., 2008), problemas relacionais e menor qualidade de vida (Bossini et al., 2014) são alguns dos demais aspetos que se encontram frequentemente associados a níveis inferiores de funcionamento sexual.

Baixos níveis de funcionamento sexual são bastante comuns na população, com uma prevalência estimada de 40-45%, entre as mulheres e de 20-30% entre os homens (Lewis et al., 2010). Na população portuguesa, os estudos apontam valores na ordem dos 45% para os homens (Quinta-Gomes & Nobre, 2014) e 56% (Vendeira, Pereira, Santo & Macedo, 2005) para as mulheres. Estudos mais recentes que procuraram aferir a prevalência de problemas sexuais na população feminina portuguesa apontam valores mais modestos, que rondam os 38% (Peixoto & Nobre, 2015). Apesar destas estimativas, o funcionamento sexual é raramente considerado como indicador do funcionamento psicológico, a não ser em investigações na área da sexologia, notam Forbes et al. (2017).

Com o advento das abordagens transdiagnósticas e dimensionais, alguns esforços têm sido feitos no sentido de perceber de que forma as disfunções sexuais se enquadram no modelo de *internalização-externalização*. Na sua investigação, Forbes e Schniering (2013) serviram-se de um conjunto de medidas de internalização (e.g. medidas ansiedade generalizada, ansiedade social, depressão, pânico, entre outros) e funcionamento sexual para, através de modelos de equações estruturais, estudarem as relações que se estabeleciam entre estas dimensões, testando vários modelos (ora para homens, ora para mulheres) e identificando aquele que apresentasse o melhor ajustamento aos dados. O modelo que identificava um fator superordenado de internalização foi aquele que apresentou um melhor ajustamento, sobretudo para o grupo feminino. Partindo da mesma amostra, Forbes et al. (2016), puderam atestar a superioridade deste modelo dimensional sobre um modelo categorial que, à semelhança do primeiro, procurava enquadrar as relações entre internalização e disfunção sexual⁶.

⁶ Fundamentalmente, o fator internalização explica os padrões de comorbilidade verificados entre perturbações emocionais (e.g. depressão e ansiedade), decompondo-se nos subfactores *medo* e *distress* (a investigação de Forbes e Schniering (2013) sugere a inclusão de um subfactor de disfunção sexual), ao passo que o fator externalização explica os padrões de comorbilidade observados entre perturbações que

Para além destes, existe ainda um vasto conjunto de evidências empíricas que suporta a inclusão das disfunções sexuais no espectro da internalização (Forbes et al., 2017). As elevadas taxas de comorbilidade que se observam entre disfunções sexuais e perturbações de internalização - notam os autores - sugerem a existência de mecanismos partilhados. Pascoal, Raposo e Roberto (2020) socorrem-se do mesmo argumento para suportar a tese de que os mesmos processos transdiagnósticos associados a quadros de depressão e ansiedade poderão estar associados ao distress sexual. Na verdade, já existe evidência que aponta a existência de dimensões comuns (e.g. *afeto-traço* (Oliveira e Nobre, 2013)). Existe, ainda, evidência empírica de que o Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais, é eficaz na melhoria do funcionamento sexual de indivíduos com perturbações emocionais comórbidas (Maia et al., 2016).

2.1. Disfunções Sexuais e Processos Transdiagnósticos

São parcas as investigações que procuram determinar diretamente quais os processos transdiagnósticos envolvidos nas disfunções sexuais. Contudo, um vasto conjunto de investigações permite constatar comunalidades e estabelecer alguns paralelismos entre disfunções sexuais e perturbações de internalização, quer ao nível dos processos psicológicos, quer ao nível dos substratos neuropsicofisiológicos que as caracterizam (Forbes et al., 2017). Aqui, focaremos apenas os primeiros.

De facto, o mesmo padrão de crenças negativas (incondicionais, irrealistas e/ou conservadoras) que atuam como fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações emocionais parece estar envolvido também no desenvolvimento e manutenção de disfunções sexuais, à semelhança do que se verifica concomitantemente em relação aos esquemas maladaptativos, distorções cognitivas e pensamentos automáticos negativos. Um conjunto substancial de evidências suporta a tese de que crenças sexuais disfuncionais funcionam como fatores de risco para o desenvolvimento de disfunção sexual - quer masculina (Nobre, 2010), quer feminina (Nobre, 2009) -, ao definirem as regras condicionais que ativam esquemas negativos (Nobre & Pinto-Gouveia, 2009) que, por sua vez, acionam pensamentos automáticos negativos e emoções que enviesam o processamento de estímulos sexuais e, no limite, influenciam

se caracterizam por desinibição, tais como a Perturbação de Personalidade Antissocial e perturbações de abuso de substâncias (Krueger, 1999).

negativamente a resposta sexual e o desejo. Estes (e outros) resultados da investigação, que surgem descritos mais detalhadamente em Forbes et al. (2017), revelam uma relativa simetria entre os modelos de disfunção sexual e modelos de ansiedade e depressão.

Esta simetria poderá ser tanto maior se considerarmos a contribuição de processos tais como *preocupação e ruminação* (considerados, frequentemente, à luz do conceito de *pensamento negativo repetitivo*) e o *evitamento*, que é apontado no modelo de Barlow et al. (2010) como um importante fator de manutenção das perturbações emocionais. *Pensamento repetitivo, comportamentos de evitamento e evitamento experiencial*, foram aliás, três dos processos psicológicos que Harvey et al. (2004) identificaram como *processos transdiagnósticos definitivos* para um conjunto de 12 perturbações psicológicas, de entre as quais se contam as disfunções sexuais⁷⁸. A recente investigação de Pascoal, Raposo e Roberto (2020) permitiu corroborar a associação entre pensamento negativo repetitivo (preocupação e ruminação) e distress sexual.

O *evitamento experiencial*, por sua vez, é um processo psicológico reconhecido implícita ou explicitamente por grande parte dos sistemas psicoterapêuticos, desde a psicanálise aos modelos humanistas, desde a Gestalt até aos modelos cognitivo-comportamentais, que opera em situações nas quais um indivíduo se recusa a contactar com determinados aspetos da sua experiência privada, quer estes se refiram a pensamentos, sensações corporais, memórias, emoções ou predisposições comportamentais, procurando diminuir a sua forma e frequência e evitar os contextos que lhes surgem associados. Útil em determinadas circunstâncias, o evitamento experiencial torna-se problemático quando passa a ser aplicado de forma rígida e inflexível, impedindo o indivíduo de agir conforme os seus valores e objetivos (Kashdan, et al., 2005). O evitamento experiencial assume-se como um construto genérico, que permite integrar outras formas de evitamento, tais como *evitamento emocional* e *evitamento cognitivo*, por se considerar que essas são precisamente as dimensões da experiência que o indivíduo procura evitar ou modificar (Hayes et al., 1996). O evitamento experiencial é considerado

⁷ Para além destes, os autores identificaram também os seguintes: *atenção seletiva a estímulos externos, atenção seletiva a estímulos internos, evitamento e atenção dirigida à segurança, memória seletiva explícita, memória recorrente, raciocínio interpretativo, raciocínio à base de expectativas, raciocínio emocional, crenças metacognitivas positivas e negativas e comportamentos de segurança*.

⁸ “A systemic review of empirical studies would be required to fully update the transdiagnostic status of different processes.” (Morris & Mansell, 2018).

um subprocesso de um processo mais geral (de ordem superior), a inflexibilidade psicológica (Levin et al., 2014), sobre o qual nos ocuparemos adiante.

2.1.1. Neuroticismo

No contexto da investigação transdiagnóstica, o neuroticismo tem sido um dos construtos mais estudados, sobretudo no que diz respeito às perturbações de internalização, espectro no qual se pensa (como já vimos) ser possível enquadrar as disfunções sexuais.

O neuroticismo é definido como uma dimensão da personalidade que predispõe o indivíduo a experienciar afeto negativo e instabilidade emocional (Costa & MacCrae, 1992) e a caracterizar determinadas experiências emocionais como aversivas (Naragon-Gainey & Watson, 2018). Indivíduos com elevados níveis de neuroticismo têm níveis mais elevados de reatividade ao stress, experimentando com frequência e intensidade emoções tais como ansiedade, tristeza, culpa e vergonha (Costa & McCrae, 1980; Costa & McCrae, 1987).

Esta tendência para considerar as experiências emocionais como aversivas é, de acordo com Barlow e Kennedy (2016), o fator comum entre todos os processos transdiagnósticos identificados para as perturbações de ansiedade e de humor. De facto, indivíduos com níveis elevados de neuroticismo envolvem-se com mais frequência e intensidade em processos de ruminação, preocupação, supressão de emoções, evitamento experiencial e outros, por forma a regular as suas emoções (Barlow, Sauer-Savala, Carl, Bullis & Ellard, 2014; Cha & Hyun, 2021). Estes processos psicológicos servem, sugerem vários investigadores, como fatores proximais de desenvolvimento de perturbações emocionais (ansiedade e depressão), enquanto o neuroticismo é considerado como um fator distal de desenvolvimento de psicopatologia (Naragon-Gainey & Watson, 2018).

Várias investigações têm permitido constatar o papel do neuroticismo na sexualidade, em geral, e nas disfunções sexuais, em particular. Quinta-Gomes e Nobre (2010) demonstraram, por exemplo, que homens com disfunção sexual apresentam níveis mais elevados de neuroticismo, em comparação com uma população de homens sexualmente saudáveis, uma associação que, de resto, já havia sido estabelecida em investigações anteriores (e.g. Fagan et al., 1991). Nesta mesma investigação, o neuroticismo revelou ser o melhor preditor de funcionamento sexual. A investigação de

Peixoto e Nobre (2015) reforça, uma vez mais, o papel central do neuroticismo enquanto fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção de problemas de natureza sexual quer para homens, mas também para mulheres, tendo sido possível verificar que essa associação se observa independentemente da orientação sexual. Estes e outros resultados têm sido interpretados à luz do Modelo Cognitivo-Emocional da Disfunção Sexual de Nobre, que releva também o papel da extroversão no desenvolvimento e manutenção da disfunção sexual, sobretudo para as mulheres (Peixoto e Nobre, 2015).

Enquanto processo transdiagnóstico, o neuroticismo tem sido apontado como fator de risco para o desenvolvimento de várias formas de psicopatologia, tal como são definidas pelos sistemas de diagnóstico categorial. Reforçando parcialmente a hipótese avançada por Morris e Mansell (2018) de que determinados processos só se tornam maladaptativos se forem aplicados de forma rígida, Paulus et al. (2016) demonstraram, numa população clínica de adolescentes, que a relação entre neuroticismo e depressão podia ser explicada por duas variáveis: regulação emocional e flexibilidade psicológica. Por demonstrar está ainda o papel mediador da (in)flexibilidade psicológica na relação entre neuroticismo e disfunção sexual.

2.2.2. Inflexibilidade Psicológica

No contexto da Terapia de Aceitação e Compromisso, a inflexibilidade psicológica é definida como um padrão rígido de comportamento, fruto do qual a ação do indivíduo passa a ser controlada pelos seus pensamentos e outras experiências internas, em detrimento de valores e contingências do ambiente (Levin et al., 2014). Outras definições são propostas na literatura científica, uma vez que este construto tem vindo a ser perspectivado quer do ponto de vista da psicologia clínica, quer do ponto de vista da neuropsicologia, enquanto aspeto do funcionamento executivo (Morris & Mansell, 2018). Procurando integrar os contributos destas diferentes perspetivas, Morris & Mansell (2018) definem a inflexibilidade psicológica como *a tendência para desenvolver e persistir em determinados padrões cognitivos ou comportamentais, aplicando-os de forma contínua, mesmo em situações nas quais estes mesmos padrões não se mostram eficazes*.

Enquanto processo transdiagnóstico, a inflexibilidade psicológica mostrou ser transversal a um conjunto de quadros clínicos, tais como depressão, ansiedade, abuso de substâncias e psicose. Mais estudos são necessários para perceber se indivíduos com

perturbações comórbidas apresentam níveis mais elevados de inflexibilidade psicológica (Levin et al., 2014).

Compatível com uma abordagem dimensional de diagnóstico, a inflexibilidade psicológica é concetualizada como sendo um dos polos de um processo psicológico que se distribui ao longo de um contínuo e em virtude do qual não é possível fazer distinções categoriais e dicotómicas relativas à presença ou ausência de perturbação psicológica. No polo inverso deste contínuo, encontra-se a flexibilidade, definida como a capacidade de um indivíduo se libertar de determinado padrão cognitivo e/ou comportamental de resposta numa situação específica, de forma a responder de uma forma mais eficaz, ajustada e adaptada (Levin et al, 2014; Morris & Mansell, 2018)⁹.

A associação entre processos transdiagnósticos e psicopatologia nem sempre é linear. Existe evidência empírica que aponta a inflexibilidade psicológica como um importante mediador desta relação. Assim, determinados processos só se tornarão maladaptativos quando aplicados de forma rígida (Morris & Mansell, 2018), uma hipótese recente que levanta muitas oportunidades de investigação em psicopatologia.

3. Objetivos e Hipóteses de Investigação

À luz da revisão feita anteriormente, a presente investigação tem como objetivo geral alargar a investigação transdiagnóstica ao domínio das disfunções sexuais, procurando perceber melhor se, de facto, as disfunções sexuais poderão ser enquadradas no domínio das perturbações de internalização, à semelhança do que acontece com as perturbações de ansiedade e de humor. Mais especificamente, procuraremos (1) compreender se aquilo que há de comum entre ansiedade, depressão e disfunções sexuais pode ser explicado à luz de um fator transdiagnóstico latente, (2) perceber de que forma este fator latente de ansiedade, depressão e disfunção sexual se relaciona com processos transdiagnósticos específicos (inflexibilidade psicológica e neuroticismo) e, por fim, (3)

⁹ “Further empirical work is required to clarify the exact relationship of these constructs. However, it is suggested that there is no conclusive evidence that rigidity and flexibility are not on a continuum” (Morris & Mansell, 2018).

investigar o papel mediador da inflexibilidade psicológica na relação entre neuroticismo e este presumível fator latente.

Para isso, foram desenvolvidas as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Existe um fator transdiagnóstico latente que permite explicar a variância partilhada entre ansiedade, depressão e disfunção sexual (Figura 1)

H2: Neuroticismo e Inflexibilidade Psicológica explicam uma percentagem significativa da variância associada ao fator latente de ansiedade, depressão e disfunção sexual.

H3: A inflexibilidade psicológica é um mediador da relação entre neuroticismo e o fator latente (Figura 2).

Figura 1

Estrutura fatorial em estudo; FT: Fator Transdiagnóstico; A: Ansiedade; D: Depressão; DS: Disfunção Sexual

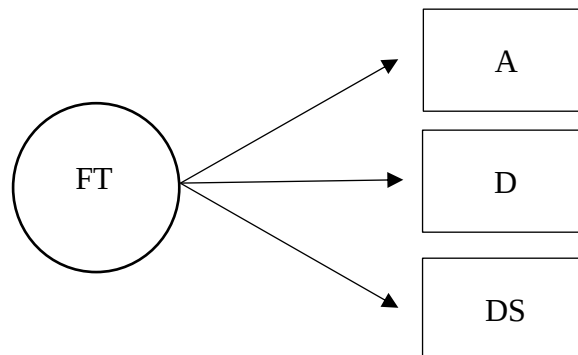
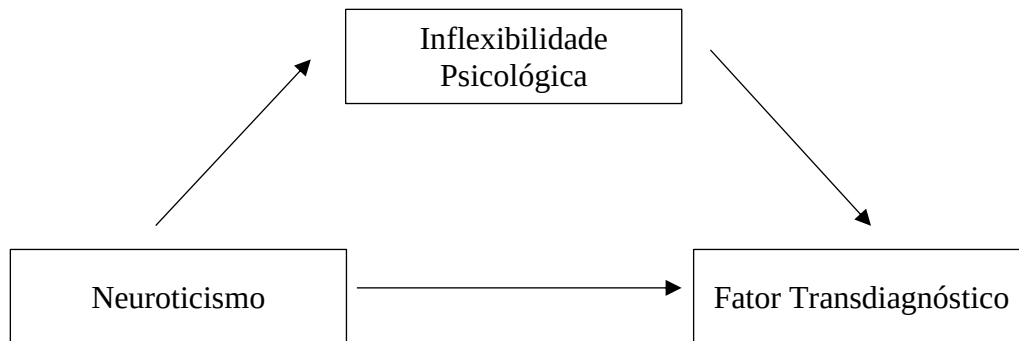


Figura 2

Modelo de Mediação da Inflexibilidade Psicológica sobre a relação entre Neuroticismo e o Fator Transdiagnóstico;



Método

1.Participantes

1.1.Dados Sociodemográficos

A amostra reúne um total de 969 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos ($M=36,8$; $DP= 12,2$) e é maioritariamente composta por elementos do sexo feminino (61.2%). Na tabela 1 encontram-se sintetizados os dados sociodemográficos de interesse.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos dos participantes (n=969)

	n	%	MD	DP	Min	Max
Idade	969	100%	36.8	12.2	18	76
Sexo						
Mulher	593	61.2%				
Homem	371	38.3%				
Género						
Feminino	587	60.6%				
Masculino	373	38.5%				
Orientação Sexual						
Exclusivamente heterossexual	641	66.2%				
Predominantemente heterossexual	116	12%				
Bissexual	32	3.3%				
Predominantemente homossexual	18	1.9%				
Exclusivamente homossexual	38	3.9%				
Área de Residência						
Norte	430	44.4%				
Centro	162	16.7%				
Lisboa e Vale do Tejo	316	32.6%				
Alentejo	22	2.3%				
Algarve	18	1.9%				
Madeira	11	1.1%				
Açores	10	1.0%				
Habilitações Literárias						
1º ciclo (até ao 4º ano)	2	0.2%				

2º Ciclo (até aos 6º ano)	3	0.3%
3º Ciclo (até ao 9º ano)	11	1.1%
Secundário (até aos 12º anos)	178	18.4%
Licenciatura/Mestrado Integrado	723	74.6%
Doutoramento	52	5,4%
Situação Profissional		
Estudante	158	16.3%
Empregado/a	642	66.3%
Desempregado/a	73	7.5%
Em layoff	78	8%
Reformado/a	18	1.9%
Situação Relacional		
Sem relação	151	15.6%
Relação íntima com vários/as parceiros/as	42	4.3%
Relação íntima com um/a parceiro/a	776	80.1%
Estado Civil		
Solteiro(a)	371	38.3%
Em união de facto/coabitação	238	24.6%
Casado(a)	286	29.5%
Divorciado(a)	70	7,2%
Viúvo(a)	4	0,4%

1.2.Caracterização Clínica da Amostra

Foram também recolhidos junto dos participantes dados relativamente a depressão, ansiedade e funcionamento sexual, que surgem sintetizados na tabela 2.

Tabela 2

Caracterização clínica da amostra

	n	%
Depressão		
Sim	149	15.4%
Não	820	84.6%
Ansiedade		
Sim	230	23.7%
Não	739	76.3%
Perturbação do orgasmo feminino		

Sim	97	16.4%
Não	402	67.8%
Perturbação do interesse/excitação sexual feminina		
Sim	121	20.4%
Não	378	63.7%
Perturbação de dor genitopélvica/penetração		
Sim	59	9.9%
Não	440	74.2%
Disfunção Erétil		
Sim	44	11.9%
Não	251	67.7%
Ejaculação Retardada		
Sim	25	6.7%
Não	270	72.8%
Ejaculação Prematura		
Sim	28	7.5%
Não	267	72%

2. Instrumentos

2.1. Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II)

O AAQ-II é um instrumento de avaliação psicológica por autorrelato composto por 7 itens, que operacionaliza e mede, através de uma escala tipo Lickert de 7 pontos (em que 1 corresponde a “Nunca Verdadeiro” e 7 corresponde a “Sempre Verdadeiro”), o evitamento experiencial e a inflexibilidade psicológica. A inflexibilidade psicológica será tanto mais elevada, quanto maior for a cotação obtida.

Os estudos iniciais de desenvolvimento e avaliação psicométrica do instrumento revelaram uma estrutura unifatorial e níveis de consistência interna que variavam entre .78 e .88. Os valores de fidelidade teste-reteste obtidos foram de .81 passados 3 meses e de .79 passados 12 meses. Para além disso, ficou demonstrado que o AAQ-II mede o mesmo construto que o AAQ-I ($r=.79$), apresentando propriedades psicométricas mais robustas (Bonde et al., 2011).

O estudo de validação para a população portuguesa permitiu revelar uma estrutura unifatorial e boas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach = .922) (Costa, Marôco, Pinto-Gouveia e Galhardo, 2014).

2.2. Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18)

Organizado em 3 subescalas (somatização, depressão e ansiedade) compostas por 6 itens cada, o BSI é um instrumento desenvolvido para avaliar o distress psicológico (mal-estar, sofrimento) do indivíduo, à luz do Índice de Gravidade Global (IGG), obtido a partir da soma dos 18 itens que compõem o teste. Quanto mais elevada a pontuação, mais intensa a sintomatologia psicopatológica. Cada item da escala é mensurado através de uma escala tipo Likert de 5 pontos, em que 0 equivale a “Nada” e 4 equivale a “Extremamente”.

Estudos que procuraram avaliar a validade de construto do BSI 18 revelaram coeficientes de correlação de .91 a .96 (Derogatis, 2001) e .98 (Sheikh, Johnson, Mulekar, Crichley & Scott, 2006). Apesar de as análises fatoriais terem revelado uma estrutura de 4 fatores, Derogatis (2001) defendeu a estrutura trifatorial inicialmente proposta. Estudos realizados posteriormente não têm identificado diferenças ao nível do ajustamento entre as duas estruturas, mas, por uma questão de parcimónia, têm privilegiado a estrutura trifatorial (Canavarro, Nazaré & Pereira, 2017).

No que diz respeito à consistência interna, os diferentes estudos têm apontado valores de .91 para a subescala de somatização, .92 para a subescala de depressão, .91 para a subescala de ansiedade e .96 para o total (Nazaré, Pereira & Canavarro, 2017). Relativamente à estabilidade temporal, os diferentes estudos revelam valores que oscilam entre o .44 e o .82 (Nazaré, Pereira & Canavarro, 2017).

Os estudos de validação do instrumento para a população portuguesa revelaram boas qualidades psicométricas, nomeadamente ao nível da consistência interna (quer para o grupo de controlo, quer para o grupo clínico, os valores do alfa de Cronbach para as 3 subescalas, assim como para o total foram sempre iguais ou superiores a .80), estabilidade temporal ($r = .54$, para o grupo clínico e $r = .78$ para a amostra comunitária), validade de construto (correlações positivas e estatisticamente significativas entre as subescalas e o total, que, no grupo clínico, variaram entre .63 (entre a subescala de Somatização e a subescala Depressão) e .92 (entre a subescala de Ansiedade e o IGG) e, no grupo

comunitário, variaram entre .64 (entre as subescalas Somatização e Depressão) e .90 (entre as subescalas Depressão e IGG)) (Canavarro, Nazaré & Pereira, 2017).

2.3.Índice Internacional de Função Erétil (IIEF)

O IIEF é um instrumento multidimensional de autorresposta que permite avaliar o funcionamento sexual masculino nas 4 semanas anteriores ao seu preenchimento, através de um índice global de funcionamento sexual (que pode variar entre 5 e 75), calculado a partir da soma dos 5 índices específicos obtidos para cada uma das seguintes dimensões: função erétil, função orgásmica, desejo sexual, satisfação no coito e satisfação sexual. As pontuações mais elevadas, correspondem níveis mais elevados de funcionamento sexual. O teste é composto por 15 itens e as diferentes dimensões são avaliadas através de escalas tipo Likert.

O estudo inicial de validação revelou a estrutura fatorial de 5 fatores descrita anteriormente. Ao nível da consistência interna foi obtido o valor mínimo de .73 para as 5 subescalas e o valor mínimo de .91 para o total. Os valores de fidelidade teste-reteste variaram entre .64 e .84, sendo que para o total o valor obtido foi de .82.

O estudo de validação da escala para a população portuguesa revelou propriedades psicométricas adequadas (Gomes & Nobre, 2012).

2.4.Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI)

O FSFI é um instrumento que, através do autorrelato, permite avaliar 6 dimensões do funcionamento sexual feminino (interesse sexual/desejo, excitação sexual, lubrificação, orgasmo, satisfação sexual e dor sexual), ao longo de 19 itens mensurados em escalas tipo Likert. As respostas ao teste devem ser dadas tomando por referências as 4 semanas anteriores ao seu preenchimento. Também à semelhança do IIEF, o FSFI permite calcular índices específicos para cada dimensão, assim como um índice global.

O estudo original de validação da escala, por Rose et al. (2000), revelou boas propriedades psicométricas, nomeadamente ao nível da consistência interna (alfa de Cronbach = .97), estabilidade temporal (correlações entre $r = .79$ e $r = .86$) e validade discriminante (verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo clínico e o grupo de controlo). Os estudos de validação para a população portuguesa revelaram resultados semelhantes (Pechorro, Diniz, Almeida & Vieira, 2009).

2.5. Inventário dos Cinco Grandes Fatores (BFI)

O Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade é um instrumento de autorrelato composto por 44 itens, por via dos quais se procura avaliar, através de escalas tipo Lickert de 5 pontos (em que 1 equivale a “Discordo totalmente” e 5 equivale a “Concordo totalmente”) 5 dimensões da personalidade: Extroversão, Amabilidade, Neuroticismo, Abertura a Novas Experiências e Conscienciosidade.

Estudos de validação da escala evidenciaram valores de alfa entre .75 e .90. Os testes de fidelidade corroboraram a estabilidade temporal da medida, tendo sido obtidos, após um período de latência de 3 meses, valores entre os .80 e .90 (Brito-Costa et. al, 2015).

Os estudos de validação do instrumento para a população portuguesa revelaram uma boa consistência interna, com valores entre os .71 e 0.74. Ao nível da fidelidade teste-reteste, foram obtidos valores de .90, .92, .88, .90 e .96 para Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura a Novas Experiências, respetivamente (Brito-Costa et. al, 2015).

3. Procedimento

Uma amostra de 969 participantes obtida através de um procedimento de amostragem *snowball* (Browne, 2005) respondeu a um formulário online intitulado “O Impacto da COVID-19 na Saúde Sexual, em Portugal”. O formulário incluía um total de 214 itens, através dos quais se procurava avaliar dimensões tais como dinâmicas conjugais, violência sexual, funcionamento sexual, etc. Para o presente estudo, utilizaremos apenas os dados relativos às escalas supra-indicadas.

A divulgação do estudo foi feita durante o mês de Maio de 2020, através da comunicação social, redes sociais e websites institucionais. O estudo recebeu aprovação da Comissão de Ética da FPCEUP e todos os participantes deram o seu consentimento informado. Os participantes não foram compensados (Carvalho et al., 2021).

4. Análise Estatística

Para o presente estudo foram calculadas as estatísticas descritivas relativas à variável “Idade”, as frequências relativas dos dados socioeconômicos e clínicos fornecidos pelos participantes, assim como as estatísticas descritivas para todos os itens e scores totais do AAQ-II, das subescalas de ansiedade e depressão do BSI, da subescala de Neuroticismo do BFI, do FSFI e do IIEF.

Porque as medidas de funcionamento sexual de que se serve o presente estudo não são diretamente comparáveis entre si, inicialmente a análise foi feita para homens e mulheres de forma discriminada. Atendendo, então, ao grupo de referência (homens ou mulheres), foram realizadas *análises fatoriais confirmatórias* para cada escala e calculados os *coeficientes de correlação* de Pearson, de maneira a estudar a associação entre as medidas de psicopatologia. O ajustamento dos modelos estruturais resultantes das análises fatoriais confirmatórias realizadas foi avaliado através dos seguintes índices de qualidade do ajustamento; qui-quadrado/df (χ^2/df), o *root mean square error of approximation* (RMSEA), o *comparative fit index* (CFI), o *Tucker-Lewis index* (TLI) e o *standardized root mean square residual* (SRMR). As correlações obtidas, por sua vez, foram interpretadas à luz dos seguintes valores de referência: $r = .10$ a $.29$ (correlação fraca); $r = .30$ a $.49$ (correlação moderada); $r = .50$ a 1 (correlação forte) (Cohen, 1988). Em seguida procedeu-se ao cálculo dos valores de consistência interna de cada uma destas escalas.

Tendo as análises suportado a criação de um score único de disfunção sexual, o estudo prosseguiu, a partir daqui, sem que se discriminassem grupos e foi realizada uma *análise fatorial exploratória*. Por fim, para avaliar a hipótese de mediação, foi aplicada uma *análise de trajetórias*.

Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados e analisados com recurso ao IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences), versão 27. As análises fatoriais confirmatórias, análises fatoriais exploratórias e a análise de trajetórias foram realizadas através do software JAMOV (Versão 11.3.0).

Resultados

1.Estatísticas Descritivas

Foram calculadas as estatísticas descritivas para todos os itens (ver Anexo 1), assim como para o score total do AAQ-II (M=19.81; DP=9.86), das subescalas de ansiedade (M=5,93; DP=4.57) e depressão (M=5.78; DP= 4.79) do BSI, da subescala de neuroticismo do BFI (M=22.5; DP=6.59), do IIEF (M=56.8; DP=18.4) e da FSFI (MD=26.6; DP=7.78) (Tabela 3).

Tabela 3

Estatísticas Descritivas dos Scores Totais do AAQ-II, das Subescalas de Ansiedade e Depressão do BSI, da Subescala de Neuroticismo do BFI, do IIEF e do FSFI

	N	Min	Max	MD	DP	Assimetria	Curtose
AAQ-II	619	7	49	19.82	9.86	59	-.43
BSI.Ansiedade	671	0	24	5.93	4.57	1.03	1.11
BSI.Depressão	671	0	23	5.78	4.79	.93	.46
BFI.Neuroticismo	670	8	40	22.54	6.59	.09	-.53
FSFI.Total	438	2	36	26.58	7.78	-1.37	1.39
IIEF.Total	276	5	75	56.79	18.39	-1.2	.43

Pelos valores de assimetria e curtose podemos afirmar que a distribuição das variáveis não se afasta de forma severa de uma distribuição normal.

2.Consistência Interna

Foi também analisada a consistência interna de cada uma destas escalas. Na tabela 4, observa-se que os valores de α obtidos variam entre .84 e .96, enquanto os valores de ω variam entre .84 e .96.

Tabela 4

Valores de Consistência Interna do AAQ-II, das Subescalas e Ansiedade e Depressão do BSI, da Subescala de Neuroticismo do BFI, do IIEF e do FSFI

	Cronbach's α	McDonald's ω
AAQ-II	0.93	0.93
BSI.Ansiedade	0.86	0.87
BSI.Depressão	0.86	0.87
BFI.Neuroticismo	0.84	0.84

IIEF	0.95	0.95
FSFI	0.96	0.96

Uma vez que todas os instrumentos obtiveram valores de consistência interna excelentes, todos os itens foram mantidos para análise (ver Anexo 2).

3. Análises Fatoriais Confirmatórias

Para confirmar as estruturas fatoriais dos instrumentos, realizaram-se -se análises fatoriais confirmatórias. Uma vez que as medidas de disfunção sexual utilizadas neste estudo não são diretamente comparáveis entre si, foram feitas análises distintas em função da variável “Sexo”.

3.1. Mulheres

Porque a análise fatorial confirmatória do AAQ-II revelou um mau ajustamento do modelo ($\chi^2/df = 13.3$, $p < .001$; CFI = 0.92; TLI = 0.87; SRMR = 0.04; RMSEA = 0.18), foi necessário proceder à modificação de índices. De acordo com a informação da tabela 16, em anexo, índices de modificação mais elevados verificam-se para a correlação existente entre os itens AAQ1 e AAQ4¹⁰. A trajetória entre estes itens foi, então, adicionada ao modelo, que acabou por apresentar um bom ajustamento ($\chi^2/df = 4.5$, $p < .001$; CFI = 0.978; TLI = 0.968; SRMR = 0.0249; RMSEA = 0,0944), como mostra a tabela 5.

Tabela 5

Índices de Ajustamento obtidos para o AAQ-II, a subescala de Ansiedade e Depressão do BSI, a subescala de Neuroticismo do BFI e o FSFI na amostra feminina

	χ^2/df	p	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
AAQ-II	4.5	<.001	0.978	0.968	0.0249	0.0944
BSI	4.78	<.001	0.93	0.91	0,05	0,09
BFI Neuroticismo	3.96	<.001	0.950	0.926	0.0391	0.0840
FSFI	4.96	<.001	0.950	0.938	0.0496	0.0949

¹⁰ “Quando itens pertencentes ao mesmo modelo apresentam erros correlacionados, é usual adicional esta trajetória ao modelo” (Marôco, 2010).

Todos os itens do AAQ-II demonstram pesos fatoriais elevados ($>.70$) e estatisticamente significativos (Tabela 19, em anexo).

De igual modo, também a análise fatorial confirmatória realizada às subescalas de ansiedade e depressão do BSI revelou um mau ajustamento inicial ($\chi^2/df=7.13$, $p<.001$; CFI=0.88; TLI=0.85; SRMR=0,06; RMSEA= 0,12). Por forma a obter índices de ajustamento aceitáveis, foram adicionadas ao modelo as correlações entre os itens BSI3 e BSI6, BSI9 e BSI12 e BSI17 e BSI12 em função do índice de modificação observado na tabela 17, em anexo. Introduzidas as trajetórias, o modelo passou a demonstrar um bom ajustamento aos dados ($\chi^2/df=4.78$, $p<.001$; CFI=0.93; TLI=0.91; SRMR=0,05; RMSEA= 0,09) (Tabela 5). Todos os itens da subescala demonstram pesos fatoriais elevados ($>.47$) e estatisticamente significativos (Tabela 20, em anexo).

Apesar de revelar um ajustamento aceitável ($\chi^2/df=5.2$, $p<.001$; CFI=0.925; TLI=0.895; SRMR=0,0426; RMSEA= 0,0999), a tabela dos índices de modificação relativa à subescala de Neuroticismo do BFI (tabela 18, em anexo) sugere ser possível melhorar os índices de ajustamento ao adicionar ao modelo a correlação entre os itens BFI9.REC e BFI39. Adicionada a trajetória ao modelo, observam-se os seguintes índices: ($\chi^2/df=3.96$, $p<.001$; CFI=0.950; TLI=0.926; SRMR=0,0391; RMSEA= 0,00840) (Tabela 5). A tabela 21, em anexo, permite constatar que todos os itens revelam bons pesos fatoriais ($>.47$), todos eles estatisticamente significativos

A análise fatorial confirmatória da estrutura fatorial do FSFI na amostra em estudo revela, por último, um bom ajustamento aos dados ($\chi^2/df=4.96$, $p<.001$; CFI=0.950; TLI=0.938; SRMR=0,0469; RMSEA= 0,00949), como é possível constatar na tabela 5. Todos os itens do FSFI apresentam pesos fatoriais elevados ($>.76$) e estatisticamente significativos (tabela 22, em anexo).

3.2.Homens

Considerando agora o grupo dos homens, foram repetidos os mesmos procedimentos, mas com a particularidade de agora se passar a considerar não o FSFI, mas antes o IIEF.

O modelo que resultou da análise fatorial confirmatória realizado ao AAQ-II mostrou, inicialmente, um mau ajustamento aos dados ($\chi^2/df=8.93$, $p<.001$; CFI=0.895; TLI=0.842; SRMR=0,0537; RMSEA= 0,188). Assim sendo, foram adicionadas ao modelo as correlações entre os itens AAQ1 e AAQ4 e entre os itens AAQ6 e AAQ7, tal como sugerido pela análise da tabela 23, em anexo. O modelo passou, então a mostrar um bom ajustamento aos dados ($\chi^2/df=3.142$, $p<.001$; CFI=0.976; TLI=0.957; SRMR=0,0301; RMSEA= 0,0978), como atesta a tabela 6.

Tabela 6

Índices de Ajustamento obtidos para o AAQ-II, a subescala de Ansiedade e Depressão do BSI, a subescala de Neuroticismo do BFI e o FSFI

	χ^2/df	p	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
AAQ-II	3.142	<.001	0.976	0.957	0,0301	0,0978
BSI	3.41	<.001	0.925	0.903	0.0486	0.0886
BFI Neuroticismo	2.625	<.001	0.957	0.925	0.0416	0.0809
IIEF	4.2	<.001	0.941	0.922	0.0572	0.108

A tabela 26, em anexo, mostra que todos os itens apresentam pesos fatoriais elevados (>.50) e estatisticamente significativos:

A estrutura fatorial das subescalas de ansiedade e depressão do BSI, que a análise fatorial confirmatória pretendia verificar, apresentou, inicialmente, um mau ajustamento aos dados ($\chi^2/df=4.283$, $p<.001$; CFI=0.894; TLI=0.868; SRMR=0,0571; RMSEA= 0,115). Para melhorar os índices de ajustamento, foram introduzidas no modelo as correlações entre os itens BSI3 e BSI6 e entre os itens BSI12 e BSI18, tal como sugeria a análise da tabela 24, em anexo. O modelo passou assim a mostrar um ajustamento aceitável ($\chi^2/df=3.41$, $p<.001$; CFI=0.925; TLI=0.903; SRMR=0.0486; RMSEA= 0.0886), como mostra a tabela 10. À exceção do item BSI17, todos os itens apresentam um peso fatorial elevado (>.50) e todos eles se mostram estatisticamente significativos (Tabela 27, em anexo).

De igual modo, também a análise fatorial confirmatória à qual foram submetidos os itens da subescala de Neuroticismo do BFI revelou um mau ajustamento do modelo aos dados ($\chi^2/df=7.1$, $p<.001$; CFI=0.799; TLI=0.718; SRMR=0.0155; RMSEA= 0.157). Foram, por isso, adicionadas ao modelo as correlações entre os itens BFI9.REC e

BFI34.REC, BFI9.REC e BFI24.REC, BFI24.REC e BFI34.REC e ainda a correlação entre os itens BFI24.REC e BFI29, conforme sugeriam os índices de modificação (tabela 25, em anexo). O modelo passou, então, a revelar um bom ajustamento ($\chi^2/df=2.625$, $p<.001$; CFI=0.957; TLI=0.925; SRMR=0.0416; RMSEA= 0.0809). Todos os itens apresentaram bons pesos fatoriais ($>.49$), todos eles estatisticamente significativos (Tabela 28, em anexo).

A estrutural fatorial do IIEF mostrou, por último, um bom ajustamento aos dados ($\chi^2/df=4.2$, $p<.001$; CFI=0.941; TLI=0.922; SRMR=0.0572; RMSEA= 0.108) (Tabela 10). Os itens que o compõem apresentaram bons pesos fatoriais ($>.40$) e significância estatística, como se observa na tabela 14, em anexo.

4. Coeficientes de Correlação Momento-Produto de Pearson entre Dimensões de Psicopatologia

Para efeitos de comparação, foi necessário, em primeiro lugar, harmonizar as medidas, transformando a escala original das variáveis em questão numa escala de 0 a 100 utilizando a fórmula (1):

$$\frac{max_{new} - min_{new}}{max_{old} - min_{old}} \times (v - max_{old}) + max_{new} \quad (1)$$

Em seguida, foi necessário recodificar os scores finais do FSFI e do IIEF, de modo que scores mais elevados passassem a traduzir níveis inferiores de funcionamento sexual/níveis superiores de disfunção.

Harmonizadas as medidas, foram calculados os coeficientes de correlação (r) de Pearson para analisar a forma como as medidas de ansiedade, depressão e disfunção sexual se associam entre si.

4.1.Mulheres

A tabela 7 permite constatar que todas as variáveis se apresentam positivamente correlacionadas e que todas estas se mostram estatisticamente significativas.

Tabela 7

Coeficientes de Correlação (r) entre as medidas de Ansiedade, Depressão e Disfunção Sexual Feminina

	N	MD	DP	Ansiedade	Depressão	Disf.Sex.Feminina
Ansiedade	420	28.28	19.56	-	.719**	.272**
Depressão	420	26.33	19.87		-	.320**
Disf.Sex.Feminina	438	27.72	22.89			-

**A correlação é significativa no nível 0.01

4.2.Homens

Os valores das correlações entre ansiedade, depressão e disfunção sexual masculino podem ser observados na tabela 8.

Tabela 8

Coeficientes de Correlação (r) entre as medidas de Ansiedade, Depressão e Disfunção Sexual Masculina

	N	MD	DP	Ansiedade	Depressão	Disf.Sex.Feminina
Ansiedade	248	18.418	17.28	-	.767**	.297**
Depressão	248	20.04	19.26		-	.392**
Disf.Sex.Masculina	276	26.01	26.28			-

**A correlação é significativa no nível 0.01

Uma vez que as correlações obtidas entre as medidas de disfunção sexual e as medidas de ansiedade e depressão são semelhantes entre os dois grupos optou-se pela criação de um score único de disfunção sexual, por forma a simplificar a análise.

5. Análise Fatorial Exploratória

Por forma a testar a existência de um fator latente entre as ansiedade, depressão e disfunção sexual, foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória. Os resultados permitiram identificar uma estrutura unifatorial. A este fator único surge associado um valor de *eigenvalue* de 1.64¹¹. Os valores de Bartlett ($\chi^2(3)=618$, $p<.001$), o valor de KMO

¹¹ De acordo com o critério de Kaiser (aplicável quando o número de variáveis em análise é inferior ou igual a 30), o número de fatores a reter é determinado por valores de *eigenvalue* superiores a 1.

(0.57) sugerem a adequação da estrutura fatorial aos dados. Na tabela 9, surgem os valores de saturação de cada medida relativamente ao fator único que a análise permitiu revelar.

Tabela 9

Saturação Fatorial das Medidas de Ansiedade, Depressão e Disfunção Sexual

	Fator
	1
Ansiedade	.782
Depressão	.952
Disfunção Sexual	.355

Podendo a variância partilhada entre as três dimensões de psicopatologia analisadas ser explicada à luz de um único *Fator Transdiagnóstico* - como o passaremos a designar daqui em diante – interessou, através do cálculo da média dos valores de ansiedade, depressão e disfunção sexual, computar este fator. Para isso, as escalas originais das variáveis Neuroticismo e Inflexibilidade Psicológica foram transformadas em escalas de 0 a 100, através da fórmula 1. O Fator Transdiagnóstico demonstrou qualidades psicométricas muito boas ($\alpha = .69$; $\omega = .77$).

6. Percentagem de Variância do Fator Transdiagnóstico Associada ao Neuroticismo e à Inflexibilidade Psicológica

Para determinar a percentagem de variância do Fator Transdiagnóstico que é explicada pelo Neuroticismo e Inflexibilidade Psicológica, foi realizada uma regressão linear múltipla cujos resultados mostram que, no seu conjunto, o Neuroticismo e a Inflexibilidade Psicológica explicam cerca de 41.5% da variância associada ao Fator Transdiagnóstico ($F(2, 616) = 220$, $p < .001$, $R^2 = .417$, R^2 ajustado = .415).

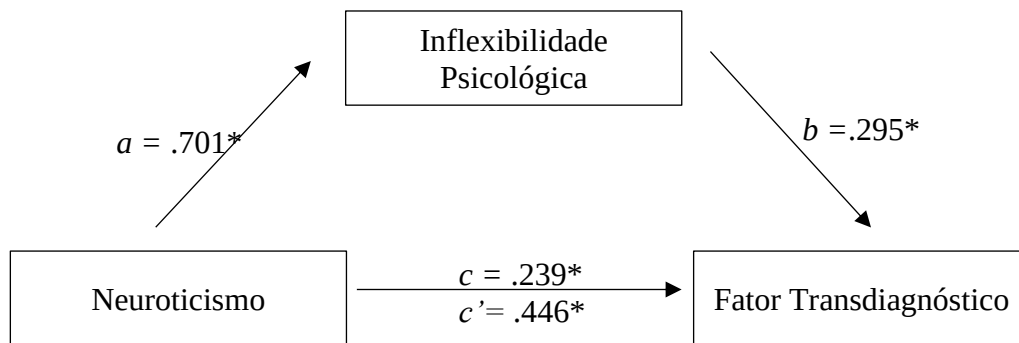
7. Análise de Trajetórias para testar Mediação da Inflexibilidade Psicológica na Relação entre Neuroticismo e o Fator Latente

Por forma a testar a hipótese de mediação, recorreremos a uma análise de trajetórias. Através dos valores assinalados na Figura 3 é possível obter os valores do efeito direto (c), do efeito indireto ($a \times b$) e do efeito total ($c + a \times b$). O Neuroticismo mostra assim um efeito total de .446 sobre o Fator Transdiagnóstico, sendo o efeito direto de .239 e o

efeito indireto de .207. O efeito indireto representa 46,4% do efeito total, enquanto o efeito direto representa 53,6%.

Figura 3

Modelo de Mediação da Inflexibilidade Psicológica sobre a relação entre Neuroticismo e o Fator Transdiagnóstico



Nota: * $p < .001$.

Os resultados da análise de trajetórias indicam um efeito de mediação parcial. Quer isto dizer que o Neuroticismo exerce os seus efeitos diretamente sobre o Fator Transdiagnóstico, mas também via inflexibilidade psicológica.

Discussão

A investigação psicológica tem revelado, sobretudo ao longo dos último 20 anos, sensivelmente, um conjunto de processos psicológicos comuns a diferentes formas de psicopatologia. Estudos que têm analisado os padrões de comorbilidade entre perturbações psicológicas presumivelmente diferentes têm sistematicamente assinalado que a melhor explicação para a ocorrência destes padrões é a existência de fatores latentes de internalização e externalização (Koton, Krueger & Watson, 2018). Nesta linha, um conjunto substancial de evidência científica parece suportar a hipótese de que as disfunções sexuais poderão ser enquadradas no espectro da internalização, sendo mantidas por processos semelhantes àqueles que mantêm outras manifestações deste tipo (Forbes et al., 2017). A investigação ao nível dos processos transdiagnósticos nas disfunções sexuais tem sido, porém, escassa. O presente estudo teve como objetivos gerais preencher esta lacuna na literatura científica e, ao mesmo tempo, aprofundar o entendimento atual acerca das relações entre ansiedade, depressão e disfunção sexual.

Ao ter revelado, através da análise fatorial exploratória, um fator transdiagnóstico latente que permite explicar a variância partilhada entre ansiedade, depressão e disfunção sexual, o presente estudo parece suportar a tese de que as a disfunções sexuais são uma manifestação do espectro da internalização. Esta observação faz eco com aquilo que já havia sido encontrado previamente por Forbes e Schniering (2013).

É possível constatar que entre as três variáveis aquela que surge menos representada no fator é a disfunção sexual. Esta observação poderá ser explicada por dois motivos: por um lado, o score único de disfunção sexual foi obtido através da fusão de duas medidas de disfunção que não são diretamente comparáveis entre si (para além de serem compostas por um número diferente de itens, apresentam também estruturas fatoriais distintas); por outro lado, as medidas de ansiedade e depressão utilizadas são subescalas de um mesmo instrumento, mantendo entre si correlações mais elevadas do que aquilo que seria de esperar se tivessem sido utilizadas medidas independentes de ansiedade e depressão (e.g. Inventário de Ansiedade de Beck como medida de ansiedade e a subescala de depressão do BSI como medida de depressão).

Para além de fortalecer a hipótese de inclusão das disfunções sexuais no espectro da internalização, a identificação de um fator latente de ansiedade, depressão e disfunção

sexual chama também a atenção para processos partilhados. A este nível, a nossa investigação permitiu mostrar que o Neuroticismo e a Inflexibilidade Psicológica explicam cerca de 41.5% da variância associada ao Fator Transdiagnóstico. Este resultado pode ser interpretado à luz da investigação transdiagnóstica que aponta o neuroticismo e a inflexibilidade psicológica como dois importantes processos funcionais em apresentações clínicas comórbidas. No que diz respeito ao neuroticismo, Griffith et al. (2010) encontraram uma correlação de .98 entre este construto e manifestações de internalização, constatando uma certa isomorfia¹². A investigação que relaciona o neuroticismo com as perturbações emocionais é tão vasta e de tal modo sólida, que Barlow et al. (2010) apontam este processo como o mais importante fator de manutenção das perturbações emocionais. A investigação relativamente à inflexibilidade psicológica é igualmente substancial. Im e Kahler (2020) demonstraram, num estudo em que se procuravam testar, através de modelos de equações estruturais, as relações entre diferentes processos transdiagnósticos (desregulação emocional, ruminação e inflexibilidade psicológica) e diversas categorias nosológicas (a saber, depressão, ansiedade generalizada, perturbação de pânico, fobia específica e ansiedade social), que a inflexibilidade psicológica era o processo que melhor explicava as relações entre as perturbações psicológicas em estudo. A evidência do carácter transdiagnóstico da inflexibilidade psicológica é tal, que Hayes (1996) a aponta como uma dimensão diagnóstica funcional.

Os resultados da nossa investigação mostram que o fator transdiagnóstico identificado capta bem o contributo do neuroticismo e da inflexibilidade psicológica enquanto fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de ansiedade, depressão e disfunção sexual, mas chama também a atenção para variáveis exteriores ao modelo que não são consideradas e que poderão aumentar o seu valor explicativo (e.g. extroversão). Em estudos futuros, sugere-se que sejam utilizadas mais medidas de processos psicológico e personalidade.

Por fim, a nossa investigação permitiu ainda mostrar que a relação entre o neuroticismo e o fator transdiagnóstico é parcialmente mediada pela inflexibilidade psicológica/evitamento experiencial. O neuroticismo tem sido amplamente estudado, quer no que diz respeito às perturbações de ansiedade e de humor, quer no que diz respeito

¹² “Neuroticism may be the core of internalizing psychopathology” (Griffith et al., 2010).

à sexualidade. A investigação transdiagnóstica nas perturbações emocionais tem demonstrado que estas não são apenas o resultado direto de níveis elevados de neuroticismo, mas antes uma combinação de fatores relacionados com a experiência de afeto negativo e a forma como o indivíduo se relaciona com essas experiências emocionais negativas (Barlow et al., 2014). Os resultados do nosso estudo parecem confirmar parcialmente estas observações, ao mostrar que o neuroticismo exerce os seus efeitos diretamente sobre o Fator Transdiagnóstico, mas também via inflexibilidade psicológica. O facto de nos servirmos de uma amostra composta maioritariamente por indivíduos saudáveis limita a generalização dos resultados, pelo que poderá ser interessante procurar replicar o estudo numa amostra clínica. Poderemos especular, inclusive, que ao realizar o mesmo estudo numa amostra clínica os efeitos indiretos do neuroticismo sobre o fator transdiagnóstico se sobreponham aos efeitos diretos, uma vez que indivíduos com níveis mais elevados de neuroticismo (característico de amostras clínicas) têm também uma maior tendência para aplicarem de forma rígida estratégias de evitamento, por forma a regular as emoções negativas que experimentam e que concebem como aversivas.

Ao nível da metodologia, podemos tecer algumas considerações relativamente à medida de inflexibilidade psicológica utilizada. De facto, a revisão de que aqui nos servimos para justificar a hipótese de mediação (Morris & Mansell, 2018) apenas inclui dois artigos que tenham utilizado o AAQ-II como medida de inflexibilidade psicológica (um estudo utilizou a versão do AAQ-II com 10 itens e outro utilizou a versão do AAQ-II com 7 itens). Grande parte dos artigos que constam na revisão servem-se de medidas de funcionamento executivo (e.g. task-switching paradigm, tarefa de Stroop). Além disso, recentemente, o AAQ-II tem sido alvo de críticas que apontam este instrumento como uma medida de neuroticismo e não de inflexibilidade (Rochefort, Baldwin & Chmielewski, 2018). De acordo com Evans (1996), para que se possa considerar que medidas diferentes medem o mesmo construto é expectável que a correlação entre ambos seja superior a .80. Para averiguar a esta possibilidade, calculamos o coeficiente de correlação de Pearson entre a subescala de neuroticismo do BFI e o AAQ-II, tendo sido obtida uma correlação de .61. Apesar de ser uma correlação previsivelmente elevada (segundo Morris e Mansell (2018), existe uma forte associação entre diferentes processos transdiagnósticos), não é tão elevada ao ponto de podermos dizer que ambas medem o mesmo construto. Ainda assim, consideramos que os resultados deste estudo devem ser

interpretados com cautela e sugerimos que estudos posteriores se façam valer de medidas de inflexibilidade diversas.

Para além das limitações já apontadas, o estudo não aborda as questões da multifinalidade e das trajetórias divergentes (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Este estudo não permite desvendar os mecanismos através dos quais um mesmo fator de vulnerabilidade (e.g. neuroticismo) contribui para o desenvolvimento de várias perturbações (multifinalidade) – apesar de desvendar a existência de um fator comum entre ansiedade, depressão e disfunção sexual - nem quais os mecanismos que explicam o porquê de um indivíduo com determinado fator de risco desenvolver uma, mas não outra perturbação (trajetórias divergentes). Estudos futuros poderão focar-se sobre estas questões.

Tanto quanto sabemos, a presente análise é a primeira do seu tipo na área das abordagens transdiagnósticas em disfunções sexuais: não tanto porque mostrou existir evidência de um fator comum entre ansiedade, depressão e disfunção sexual (isso já havia sido demonstrado em investigações anteriores), mas sobretudo porque relacionou esse fator transdiagnóstico com dois processos transdiagnósticos estabelecidos e com utilidade clínica. O presente estudo diferencia-se também pela metodologia utilizada e pelo facto de, ao ter sido calculado um score único de disfunção sexual, não se discriminar grupos em função do sexo. A heterogeneidade nos métodos de investigação aplicados entre estudos é, segundo Fobes et al. (2017) uma forma de estabelecer e solidificar a confiança relativamente aos resultados de um corpo de investigação. O facto de este ser o primeiro estudo deste tipo também se assume, por isso, como um dos pontos fortes da investigação, na medida em que permitiu corroborar resultados de investigação anterior e, ao mesmo tempo, avançar no conhecimento.

De acordo com Mansell, Carey e Tai (2013), é altamente provável que os fatores de manutenção do distress psicológico se sobreponham ao ponto de poderem ser concetualizados à luz de um construto unificado. É necessário, por isso, desenvolver mais investigação transdiagnóstica que inclua as disfunções sexuais, no sentido de perceber se, de facto, é possível conceber a existência de um construto unificado que seja responsável pela manutenção das dificuldades do foro sexual (e outras).

“Que processos biopsicossociais fundamentais devem ser visados para determinado cliente, dados os objetivos definidos para determinada situação e como poderemos modificá-los com eficácia e eficiência?”, perguntam Hayes e Hoffman (2018). Para estes autores, a identificação de processos fundamentais permitirá ultrapassar as limitações associadas à utilização de protocolos baseados em sistemas de diagnóstico e estabelecer uma ligação direta entre teoria e prática. Este estudo representa, ao nível das disfunções sexuais, um primeiro passo nesse sentido e um possível contributo para o desenvolvimento de terapias/protocolos não necessariamente novos ou mais eficazes, mas mais eficientes e de processos de avaliação psicológica focados na avaliação dimensional de vários processos e não no diagnóstico clínico de putativas doenças. Uma vez que o estudo permite corroborar a hipótese de as disfunções sexuais serem, à semelhança das perturbações de ansiedade e de humor, uma manifestação do espectro da internalização, faz sentido questionar se, por exemplo, o Protocolo Unificado para o Tratamento de Perturbações Emocionais (Barlow et al., 2010) será eficaz no tratamento da disfunção sexual. Apesar de existir evidência que aponte neste sentido (Maia, Sanford, Boettcher, Nardi & Barlow, 2016), são necessários mais estudos que solidifiquem estes resultados.

Conclusão

A Psicologia Clínica está a mudar. A identificação de comunalidades entre categorias nosológicas discretas e presumivelmente distintas (frequentemente reificadas ao estatuto de doença), assim como a identificação de fatores comuns entre diferentes abordagens psicoterapêuticas e o desenvolvimento de terapias transdiagnósticas e personalizadas tem colocado em causa a utilidade clínica e a validade científica dos sistemas de diagnóstico categoriais e do modelo biomédico sobre o qual se erguem.

Os psicólogos têm orientado grande parte da investigação transdiagnóstica ao estudo das perturbações emocionais. Um conjunto substancial de evidência tem vindo a apontar para o enorme potencial que encerra a aplicação de abordagens transdiagnósticas à investigação e intervenção em disfunções sexuais. Estender a investigação transdiagnóstica a diferentes categorias nosológicas pode significar um investimento no desenvolvimento e aplicação de intervenções de espectro alargado, através das quais se possa intervir sobre apresentações clínicas heterogêneas e comórbidas. Investir neste tipo de investigação, permitirá aos psicólogos ir além das limitações do modelo biomédico dominante e estabelecer um modelo verdadeiramente biopsicossocial de investigação e prática psicológica, que servirá melhor os interesses da Ciência, dos utilizadores de serviços de saúde mental e da Sociedade, em geral.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barlow, D. H. & Carl, J. R. (2014). The Future of Clinical Psychology: Promise, Perspectives, and Predictions. In Barlow, D. H. (2014). The Oxford Handbook of Clinical Psychology (1ªed., pp 899-919). New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. & Ehrenreich, J. T. (2010). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D., Allen, L., & Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. Behavior Therapy, 35, 205–230.
- Barlow, D. H., & Kennedy, K. A. (2016). New approaches to diagnosis and treatment in anxiety and related emotional disorders: A focus on temperament. Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 57(1), 8–20. doi:10.1037/cap0000039
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2013). The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. Doi:10.1177/2167702613505532
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. Behavior Therapy, 42(4), 676–688. doi:10.1016/j.beth.2011.03.007
- Bossini, L., Fortini, V., Casolaro, I., Caterini, C., Koukouna, D., Cecchini, F. & Fagiolini, A. (2014). Sexual dysfunction, psychiatric diseases, and quality of life: A review. *Psychiatria Polska*, 48, 715-726.
- Brito-Costa, S. Bem-Haja, P., Moisés, A., Albery, A., Castro, F. V., & Almeida, H. (2015). Psychometric Properties of Portuguese Version of Big Five Inventory

- (BFI). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 83-94. Doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n2.v1.325>
- Brotto, L. A. (2010). The DSM diagnostic criteria for female sexual desire disorder in women. *Archives of Sexual Behavior*, 39 (2), 221 – 239. DOI: 10.1007/s10508-009-9543-1.
- Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., Graham, C., Nobre, P. & Wylie, K. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 538-571. doi:10.1016/j.jsxm.2016.01.019
- Brown, T. A., Campbell, L.A., Lenham, C. L., Grisham, J. R. & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety ad mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Browne, K. (2005). *Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 47–60. doi:10.1080/1364557032000081663
- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Orgs.), *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp. 115-130). Lisboa: Editora Pactor.
- Carcone, D. & Ruocco, A. C. (2017). Siz Years of Research on the National Institute of Mental Heath’s Research Domain Criteria (RDoC) Initiative: A Systemic Review. *Frontiers in Celular Neuroscience*, 11, 46. DOI:10.3389/fncel.2017.00046
- Carey, T. A., Mansell, W. & Tai, S. J. (2015). *Principles-Based Counselling and Psychotherapy: A Method of Levels Approach*. East Sussex: Routledge.
- Carragher, N., Krueger, R. F., Eaton, N. R. & Slade, T. (2015). Disorders without borders: Current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Social*

Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50, 339-350. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1004-z>

Carvalho, J., Campos, P., Carrito, M., Moura, C., Quinta-Gomes, A., Tavares, I., & Nobre, P. (2021). The relationship between COVID-19 confinement, psychological adjustment, and sexual functioning, in a sample of portuguese men and women. *Journal of Sexual Medicine*, 18(7), 1191-1197. doi:10.1016/j.jsxm.2021.04.007

Carvalho, J., Vieira, A.L., Nobre, P. (2011). Latent Structures of Male Sexual Functioning. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 2501-2511

Carvalho, J., Vieira, A. L., & Nobre, P. (2011). *Latent Structures of Female Sexual Functioning*. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 907–917. doi:10.1007/s10508-011-9865-7

Cha, E. & Hyun, M. (2021). Mediating Effects of Attentional Control in the Relationship Between Neuroticism and Repetitive Negative Thinking. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 40 (2), 167-175. Doi: 10.15842/kjcp.2021.40.2.005

Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E. & Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Menstal Disorder: ICD-11, Dsm-5, and the National Institute of Mental Health’s Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18, 2, 72-145. DOI: 10.1177/1529100617727266

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (3rd ed.). New York: Academic Press.

Costa. J., Marôco, J. Pinto-Gouveia, J. & Galhardo, A. (2014). Validation of the Psychometric Properties of Acceptance and Action Questionnaire-II in Clinical and Nonclinical Groups of Portuguese Population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 353-364.

- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55, 299-316. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1987.tb00438.x>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678. Retrieved from <https://doi.org/10.1037/0022-3514.38.4.668>
- Costa, P. T., & MacCrae, R. R. (1992). Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO FFI): professional manual. Psychological Assessment Resources.
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D. & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic Approaches to Mental Health Problems: Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 1, 179-195. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorders: a critical analysis of its validity, utility and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33, 846-861. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Derogatis, L. R. (2001). BSI 18 – Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual. Minneapolis, MN: Pearson.
- Eaton, N. R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N. & Krueger, R. F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorder: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 171-182. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1001-2>
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New Jersey: Citadel Press.
- Evans, J. D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Fagan, P., Wise, T., Schmidt, C., Ponticas, Y., Marshall, R., & Costa, P. (1991). A comparison of five-factor personality dimensions in males with sexual

- dysfunction and males with paraphilia. *Journal of Personality Assessment*, 57, 434–448.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
- Forbes, M. K., Baillie, A. J., Eaton, N. R. & Kueger, R. F. (2017). A Place for Sexual Dysfunctions in na Empirical Taxonomy of Psychopathology. *The Journal of Sex Research*, 00(00), 1-21. DOI: 10.1080/00224499.2016.1269306.
- Forbes, M. K., Baillie, A. J., & Schniering, C. A. (2015). Should Sexual Problems Be Included in the Internalizing Spectrum? A Comparison of Dimensional and Categorical Models. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(1), 70–90. doi:10.1080/0092623x.2014.996928.
- Forbes, M. K., & Schniering, C. A. (2013). Are Sexual Problems a Form of Internalizing Psychopathology? A Structural Equation Modeling Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 23–34. doi:10.1007/s10508-012-9948-0
- Gonçalves, Ó. (2006). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas (5ª ed)*. Edições Afrontamento: Porto.
- Griffith, J. W., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Rose, R. D., Waters, A. M., & Sutton, J. M. (2009). *Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders*. *Psychological Medicine*, 40(07), 1125–1136. doi:10.1017/s0033291709991449
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioral Processes Across Psychological Disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Harvey, A., Murray, G., Chandler, R., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neuro-biological mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 31, 2, 225–235. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.003>

- Haslam, H., Holland, E. & Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: A quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine*, 42, 903-920. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291711001966>
- Hayes, R. D., Dennerstein, L., Bennett, C. M., Sidat, M., Gurrin, L. C. & Farley, C. K. (2008). Risk factors for female sexual dysfunction in the general population: Exploring the factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1681-1693. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00838.x>
- Hayes, S. C. & Hoffman, S. G. (2018). *Process-based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Context Press: Oakland.
- Hyman, S. E. (2020). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. doi:10.1037/0022-006x.64.6.1152
- Im, S., & Kahler, J. (2020). Evaluating the empirical evidence for three transdiagnostic mechanisms in anxiety and mood disorders. *The Journal of General Psychology*, 1–26. doi:10.1080/00221309.2020.1828252
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 109, 1152-1168.
- Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Frisvold, J. P. & Steger, M. F. (2005). Experiential Avoidance as a Generalized Psychological Vulnerability: Comparisons With Coping and Emotion Regulation Strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1302-1320. DOI:

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kinderman, P. (2013). *The New Laws of Psychology: Why Nature and Nurture Alone Can't Explain Human Behaviour*. London: Constable & Robinson Ltd.
- Kotov, R., Krueger, R. F. & Watson, D. (2018). A paradigm Shift in psychiatric classification: The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*, 17, 24-25. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20478>
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926. DOI: 10.1001/archpsyc.56.10.921.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111.
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes S. C., Biglan, A. & Pistorello, J. (2014). Examining psychological flexibility as a transdiagnostic process cross psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3 (3), 155-163.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Lauman, E. O., Moreira Jr, E. D. & Segraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 1598-1607. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01778.x
- Maia, A. C. C., Sanford, J., Boettcher, H., Nardi, A. E. & Barlow, D. (2016). Improvement in quality of life and sexual functioning in a comorbid sample after the unified protocol transdiagnostic group treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 93, 30-36. DOI:
- Mansell, W. (2019). Transdiagnostic psychiatry goes above and beyond classification. *World Psychiatry*, 18, 3, 360-361. DOI: 10.1002/wps.20680.

- Mansell, W., Carey, T. A. & Tai, S. J. (2013). A Transdiagnostic Approach to CBT using Method of Levels Therapy: Distinctive Features. East Sussex: Routledge.
- Mansell, W., Carey, T., A. & Tai, S. J. (2015). Classification of Psychopathology and Unifying Theory: The Ingredients of a Darwinian Paradigm Shift in Research Methodology. *Psychopathology Review*, 2, 1, 129-153. Doi: 10.5127/pr.036114.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual Foundations of the Transdiagnostic Approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6–19. Doi:10.1891/0889-8391.23.1.6
- Marôco, J. (2010). Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações. Report Number, Lda: Pêro Pinheiro.
- Masters, W., & Johnson, V. E. (1970). Human Sexual Inadequacy. Boston: Little, Brown.
- McCabe, M. P. & Althof, S. E. (2014). A systematic review of the psychosocial outcomes associated with erectile dysfunction: Does the impact of erectile dysfunction extend beyond a man's inability to have sex? *Journal of Sexual Medicine*, 11, 347-363. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsm.12374>
- Morris, L. & Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 1-40.
- Naragon-Gainey, K. & Watson, D. (2018). What Lies Beyond Neuroticism? An Examination of the Unique Contributions of Social-Cognitive Vulnerabilities to Internalizing Disorders. *Assessment*, 25(2), 143-158.
- Nazaré, B., Pereira, M. & Canavarro, M. C. (2017). Avaliação Breve de psicossintomatologia: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Brief Symptom Inventory 18 (BSI 18). *Análise Psicológica*, 2 (35), 213-230. Doi: 10.14417/ap.1287
- Nolen-Hoeksema, S. & Watkins, F. R. (2011). A Heuristic for Developing Transdiagnostic Models of Psychopathology and Divergent Trajectories.

Perspectives on Psychological Science, 6 (6), 589-609. DOI: 10.1177/1745691611419672.

Nobre, P. J. (2009). Determinants of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 35(5), 360-377. doi:10.1080/00926230903065716

Nobre, P. J. (2010). Psychological determinants of erectile dysfunction: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sexual Medicine*, 7(4), 1429-1437. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01656.x

Nobre, P. J. (2017). Treating men's erectile problems. In Z. Peterson (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of sex therapy* (pp. 40–56). Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/9781118510384.ch4>

Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2009). *Cognitive Schemas Associated with Negative Sexual Events: A Comparison of Men and Women with and Without Sexual Dysfunction*. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 842–851. Doi:10.1007/s10508-008-9450-x

Oliveira, C., & Nobre, P. J. (2013). The role of trait-affect, depression, and anxiety in women with sexual dysfunction: A pilot study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 39(5), 436-452. doi:10.1080/0092623X.2012.665813

Pascoal, P. M., Raposo, C. F. & Roberto, M. S. (2020). A Transdiagnostic Approach to Sexual Distress and Sexual Pleasure: A Preliminary Mediation Study with Repetitive Negative Thinking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (21). Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217864>

Patel, T. Mansell, W. & Veale, D. (2015). The Cognitive Behavioural Processes Questionnaire: A Preliminary Analysis With Students, Mixed Clinical and Community Samples and the Identification of a Core Transdiagnostic Process. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 2, 193-203. DOI: 10.1007/s10608-014-9641-9

- Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J., & Sharp, C. (2016). From neuroticism to anxiety: Examining unique contributions of three transdiagnostic vulnerability factors. *Personality and Individual Differences*, 94, 38–43. Doi:10.1016/j.paid.2016.01.012
- Pedroso-Lima, M., Magalhães, E., Salgueira, I., Gonzalez, A., Costa, J. J., Costa, M. J. & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade. *PSICOLOGIA*, 28 (2), 1-10.
- Peixoto, M. M., & Nobre, P. (2015). Prevalence and sociodemographic predictors of sexual problems in Portugal: A population-based study with women aged 18 to 79 years. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(2), 169-180. doi:10.1080/0092623X.2013.842195
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1), 33-44.
- Persons, J. B. (1986). The Advantages of Studying Psychological Phenomena Rather Than Psychiatric Diagnoses. *American Psychologist*, 41 (11), 1252-1260.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para as Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS (6ª ed.)*. Edições Sílabo: Lisboa.
- Purdon, C. (1990). Thought suppression and psychopathology. *Behavior Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. (2011). Personality Traits and Psychopathology on Male Sexual Dysfunction: An Empirical Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(2), 461–469. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.02092.x
- Quinta-Gomes, A. L., & Nobre, P. (2014). Prevalence of Sexual Problems in Portugal: Results of a Population-Based Study Using a Stratified Sample of Men Aged 18 to 70 Years. *The Journal of Sex Research*, 51(1), 13-21.

- Rassin, A., Merckelbach, H. & Muris, P. (2000). Paradoxical and less paradoxical effects of thought suppression: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 20, 973-995.
- Rodriguez-Seijas, C., Eaton, N. R., & Krueger, R. F. (2015). How Transdiagnostic Factors of Personality and Psychopathology Can Inform Clinical Assessment and Intervention. *Journal of Personality Assessment*, 97(5), 425–435. doi:10.1080/00223891.2015.1055752
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. Doi:10.1080/009262300278597
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. & Barlow, D. H. (2017). Current Definitions of “Transdiagnostic” in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*, 48, 128-138.
- Sheikh, A., Johnson, R., Mulekar, M., Crichley, C., & Scott, P. (2006). Evaluation of the BSI18 for measurement of psychological distress in pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, S88. doi:10.1016/j.ajog.2005.10.791
- Spearman, C. (1904). "General Intelligence," Objectively Determined and Measured. *The American Journal of Psychology*, 15, 2, 201-292. DOI: <https://doi.org/10.2307/1412107>
- Tavares, I. M., Santo-Iglésias, P., & Nobre, P. J. (2021). Psychometric validation of the Sexual Distress Scale in male and female Portuguese samples. Manuscript in preparation.
- Taylor, S. & Clark, D. A. (2009). Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Treatments for Mood and Anxiety Disorders: Introduction to the Special Issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 1, 3-5. Doi: 10.1891/0889-8391.23.1.3

- Thurstone, L. L. (1934). The vectors of mind. *Psychological Review*, 41(1), 1–32. doi:10.1037/h0075959.
- Vendeira, P., Pereira, N., Santo, M., & Macedo, A. (2005). Prevalência da disfunção sexual feminina em Portugal. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Andrologia.
- Waszczuk, M. A., Zimmerman, M., Ruggero, C., Li, K., MacNamara, A., Wein, A., Hajcak, G., Watson, D. & Kotov, R. (2017). What do clinicians treat: Diagnoses or symptoms? The incremental validity of a symptom-based, dimensional characterization of emotional disorders in predicting medication prescription patterns. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 80-88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.004>
- Wenzlaff, R., M. & Wegner, D. M. (2000), Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Yarber, W. L. & Sayad, B. W. (2019). *Human Sexuality: Diversity in Contemporary Society* (10^a ed.). McGraw-Hill Education: New York.

ANEXOS

Anexo 1 – Estatísticas Descritivas dos Itens do AAQ-II, das subescalas de Ansiedade e Depressão do BSI, subescala de Neuroticismo do BFI, do IIEF e do **FSFI**

Tabela 10

Estatísticas Descritivas dos itens do AAQ-II

	N	Min	Max	MD	DP	Assimetria	Curtose
AAQ_AAQ1	619	1	7	2,50	1,60	,85	-,22
AAQ_AAQ2	619	1	7	2,59	1,59	,75	-,35
AAQ_AAQ3	619	1	7	3,19	1,80	,39	-,91
AAQ_AAQ4	619	1	7	2,50	1,67	,93	-,17
AAQ_AAQ5	619	1	7	2,98	1,67	,54	-,67
AAQ_AAQ6	619	1	7	3,00	1,79	,56	-,74
AAQ_AAQ7	619	1	7	3,06	1,71	,48	-,76

Tabela 11

Estatísticas Descritivas dos itens relativos às subescalas de Ansiedade e de Depressão do BSI

	N	Min	Max	MD	DP	Assimetria	Curtose
Ansiedade							
BSI3	671	0	4	1,67	1,130	-,650	-,35
BSI6	671	0	4	1,73	1,099	-,578	-,91
BSI9	671	0	4	,52	,912	3,513	-,17
BSI12	671	0	4	,31	,712	7,282	-,67
BSI15	671	0	4	,71	,958	1,267	-,74
BSI18	671	0	4	,99	1,084	,069	-,76
Depressão							
BSI2	671	0	4	1,15	1,061	,585	,188
BSI5	671	0	4	1,15	1,182	,805	,188
BSI8	671	0	4	1,52	1,102	,486	,188
BSI11	671	0	4	,81	1,110	1,267	,188
BSI14	671	0	4	1,01	1,119	,876	,188
BSI17	671	0	4	,14	,473	4,303	,188

Tabela 12

Estatísticas Descritivas da subescala de Neuroticismo do BFI

	N	Min	Max	MD	DP	Assimetria	Curtose
BFI4	671	1	5	2,03	1,197	,823	-,685
BFI9.REC	671	1	5	2,9508	1,22254	,197	-1,191
BFI14	671	1	5	3,04	1,229	-,213	-1,173
BFI19	671	1	5	3,46	1,195	-,562	-,728
BFI24.REC	671	1	5	2,7869	1,19359	,243	-1,065

BFI29	671	1	5	2,72	1,268	,086	-1,290
BFI34.REC	671	1	5	2,5291	1,07007	,584	-,511
BFI39	670	1	5	3,02	1,226	-,085	-1,143

Tabela 13

Estatísticas Descritivas dos itens e das dimensões do IIEF

	N	Min	Max	MD	DP	Assimetria	Curtose
IIEF.1	276	,00	5,00	4,1014	1,72591	-1,744	1,370
IIEF.2	276	,00	5,00	3,9275	1,86113	-1,465	,401
IIEF.3	276	,00	5,00	3,7428	1,98607	-1,202	-,354
IIEF.4	276	,00	5,00	3,6232	2,00980	-1,055	-,669
IIEF.5	276	,00	5,00	3,8696	1,84618	-1,438	,392
IIEF.6	276	,00	5,00	2,8297	1,86352	-,283	-1,328
IIEF.7	276	,00	5,00	3,5000	1,86353	-,976	-,577
IIEF.8	276	,00	5,00	3,2391	1,69085	-1,008	-,271
IIEF.9	276	,00	5,00	4,1449	1,66483	-1,837	1,767
IIEF.10	276	,00	5,00	4,0797	1,61386	-1,746	1,647
IIEF.11	276	1,00	5,00	4,2899	,90817	-1,398	1,935
IIEF.12	276	1,00	5,00	3,9601	,93529	-,834	,663
IIEF.13	276	1,00	5,00	3,6232	1,21627	-,748	-,411
IIEF.14	276	1,00	5,00	3,7319	1,24193	-,925	-,101
IIEF.15	276	1,00	5,00	4,1304	,99326	-1,139	,859
IIEF_DesejoSexual	276	2,00	10,00	8,2500	1,70107	-1,222	1,583
IIEF_FuncaoEretil	276	1,00	30,00	23,3949	9,23746	-1,339	,264
IIEF_FuncaoOrgasm	276	,00	10,00	8,2246	3,20345	-1,846	1,947
IIEF_SatSexual	276	,00	15,00	9,5688	4,88400	-,966	-,324

Tabela 14

Estatísticas Descritivas dos itens e das dimensões do FSFI

	N	Min	Max	MD	DP	Assimetria	Curtose
FSFI 1	440	1	5	3,62	1,184	-,584	-,515
FSFI 2	440	1	5	3,39	1,065	-,365	-,400
FSFI 3	440	0	5	3,82	1,551	-1,370	,821
FSFI 4	440	0	5	3,50	1,405	-1,273	1,045
FSFI 5	440	0	5	3,35	1,411	-1,089	,565
FSFI 6	439	0	5	3,52	1,488	-1,175	,532
FSFI 7	439	0	5	3,87	1,511	-1,538	1,397
FSFI 8	439	0	5	4,00	1,548	-1,739	1,833
FSFI 9	439	0	5	3,80	1,552	-1,442	1,026
FSFI 10	439	0	5	4,05	1,521	-1,846	2,251

FSFI 11	439	0	5	3,48	1,593	-,953	-,226
FSFI 12	439	0	5	3,67	1,549	-1,269	,511
FSFI 13	439	0	5	3,49	1,637	-,957	-,353
FSFI 14	439	0	5	3,74	1,704	-1,331	,380
FSFI 15	438	1	5	3,89	1,242	-1,092	,188
FSFI 16	439	1	5	3,73	1,189	-,816	-,260
FSFI 17	439	0	5	3,77	1,665	-1,346	,503
FSFI 18	439	0	5	3,83	1,676	-1,403	,608
FSFI 19	439	0	5	3,86	1,610	-1,484	1,010
FSFI_DesejoSexual	440	1,20	6,00	4,2055	1,27294	-,597	-,382
FSFI_Excitação	439	,00	6,00	4,2567	1,65782	-1,388	1,146
FSFI_Lubrificação	439	,00	6,00	4,7159	1,75108	-1,785	2,143
FSFI_Orgasmo	439	,00	6,00	4,2560	1,83274	-1,165	,248
FSFI_Satisfação	438	,80	6,00	4,5498	1,43708	-1,011	,084
FSFI_Dor	439	,00	6,00	4,5831	1,93850	-1,469	,885

Anexo 2 - Consistência Interna das Escalas *if item deleted*

Tabela 15

Valores de Consistência Interna do AAQ-II, das subescalas de ansiedade e depressão do BSI, da subescala de Neuroticismo, do IIEF e do FSFI

	If item deleted	
	Cronbach's α	McDonald's ω
AAQ-II		
AAQ_AAQ1	0.919	0.920
AAQ_AAQ2	0.921	0.921
AAQ_AAQ3	0.916	0.917
AAQ_AAQ4	0.913	0.913
AAQ_AAQ5	0.912	0.913
AAQ_AAQ6	0.915	0.915
AAQ_AAQ7	0.910	0.911
BSI Ansiedade		
BSI18_BSI3	0.823	0.831
BSI18_BSI6	0.819	0.828
BSI18_BSI9	0.849	0.854
BSI18_BSI12	0.846	0.849
BSI18_BSI15	0.850	0.855
BSI18_BSI18	0.831	0.837
BSI Depressão		
BSI18_BSI2	0.838	0.845
BSI18_BSI5	0.831	0.837
BSI18_BSI8	0.815	0.823
BSI18_BSI11	0.824	0.830
BSI18_BSI14	0.834	0.841
BSI17	0.878	0.879
BFI Neuroticismo		
BFI4	0.835	0.837
BFI9.REC	0.813	0.816
BFI14	0.807	0.810
BFI19	0.822	0.825
BFI24.REC	0.817	0.821
BFI29	0.833	0.835
BFI34.REC	0.829	0.832
BFI39	0.806	0.809
IIEF		
IIEF.1	0.944	0.945
IIEF.2	0.941	0.943
IIEF.3	0.942	0.943
IIEF.4	0.942	0.943
IIEF.5	0.941	0.943
IIEF.6	0.948	0.948
IIEF.7	0.942	0.943
IIEF.8	0.941	0.942
IIEF.9	0.946	0.947
IIEF.10	0.945	0.946
IIEF.11	0.949	0.950
IIEF.12	0.950	0.951
IIEF.13	0.948	0.948
IIEF.14	0.949	0.950
IIEF.15	0.949	0.950
FSFI		
FSFI1	0.960	0.962
FSFI2	0.961	0.962
FSFI3	0.955	0.957

FSFI4	0.955	0.956
FSFI5	0.955	0.957
FSFI6	0.955	0.956
FSFI7	0.955	0.957
FSFI8	0.955	0.957
FSFI9	0.955	0.957
FSFI10	0.955	0.957
FSFI11	0.957	0.958
FSFI12	0.956	0.958
FSFI13	0.956	0.958
FSFI14	0.957	0.959
FSFI15	0.959	0.960
FSFI16	0.959	0.961
FSFI17	0.959	0.960
FSFI18	0.959	0.958
FSFI19	0.959	0.961

Anexo 3 – Tabelas dos Índices de Modificação para o subgrupo das Mulheres

Tabela 16

Índices de Modificação relativos ao AAQ-II, para o subgrupo das Mulheres

	AAQ1	AAQ2	AAQ3	AAQ4	AAQ5	AAQ6	AAQ7
AAQ1		9.39	7.17	129.12	12.310	9.634	15.776
AAQ2			10.52	1.71	0.110	1.654	8.780
AAQ3				3.80	3.998	0.784	0.653
AAQ4					2.043	12.251	6.222
AAQ5						1.721	1.431
AAQ6							38.650
AAQ7							

Tabela 17

Índices de Modificação relativos aos itens das subescalas de Ansiedade e Depressão do BSI para o subgrupo das Mulheres

	BSI3	BSI6	BSI9	BSI1 2	BSI1 5	BSI1 8	BSI2	BSI5	BSI8	BSI1 1	BSI14	BSI17
BSI3		102	13.3	30.1	0.06	8.31	21.42 1	3.50	0.073 6	2.622	2.256 64	10.79 51
BSI6			17.6	23.9	6.97	10.47	0.215	3.04	10.52 44	12.47 4	0.570 09	8.556 6
BSI9				69.8	2.01	12.10	0.443	2.94	1.071 5	1.633	0.026 99	8.678 7
BSI12					9.10	25	3.496	2.52	3.635 6	11.91 9	0.001 29	46.16 92
BSI15						0.11	1.840	7.28	3.083 6	6.913	6.186 54	8.053 5
BSI18							0.728	2.41	0.064 4	0.356	8.789 95	0.018 6
BSI2								2.66	1.741 2	4.021	0.243 50	5.016 6
BSI5									37.40 85	0.714	1.154 18	2.681 6
BSI8										12.25 3	22.09 490	2.002 9
BSI11											20.67 908	15.67 05
BSI14												0.659 2
BSI17												

Tabela 18

Índices de Modificação relativos à subescala de Neuroticismo do BFI para o subgrupo das Mulheres

	BFI4	BFI9.RE C	BFI1 4	BFI19	BFI24.RE C	BFI29	BFI34.RE C	BFI39
BFI4		0.360	3.84 4	0.031 7	6.75	0.672	2.407	0.00637
BFI9.REC			0.64 1	1.279 4	10.15	7.807	10.611	24.7194 9
BFI14				3.693 2	6.73	0.157	6.591	7.66481
BFI19					6.19	7.429	2.075	3.31009
BFI24.RE C						16.44 8	2.158	7.42152
BFI29							0.682	4.06073
BFI34.RE C								1.50861
BFI39								

Anexo 4 – Tabelas Relativas à Saturação Fatorial dos itens de cada uma das medidas em estudo (subgrupo das mulheres)

Tabela 19

Saturação Fatorial dos itens do AAQ-II

	Estimate	SE	95% Intervalo de Confiança		Z	p	Standard Estimate
			Lower	Upper			
AAQ1	1.000						0.742
AAQ2	0.960	0.0683	0.827	1.09	14.1	< .001	0.702
AAQ3	1.171	0.0757	1.022	1.32	15.5	< .001	0.775
AAQ4	1.111	0.0471	1.018	1.20	23.6	< .001	0.773
AAQ5	1.185	0.0704	1.047	1.32	16.8	< .001	0.839
AAQ6	1.333	0.0773	1.181	1.48	17.2	< .001	0.859
AAQ7	1.239	0.0707	1.101	1.38	17.5	< .001	0.874

Tabela 20

Saturação Fatorial das Subescalas de Ansiedade e Depressão do BSI

	Estimate	SE	95% Intervalo de Confiança		Z	p	Standard Estimate
			Lower	Upper			
Ansiedade							
BSI3	1						0.760
BSI6	0.986	0.0442	0.899	1.073	22.33	< .001	0.778
BSI9	0.693	0.0619	0.572	0.814	11.20	< .001	0.588
BSI12	0.617	0.0490	0.521	0.713	12.61	< .001	0.669
BSI15	0.719	0.0611	0.600	0.839	11.77	< .001	0.602
BSI18	0.999	0.0693	0.864	1.135	14.43	< .001	0.747
Depressão							
BSI	1						0.707
BSI	1.142	0.0837	0.978	1.306	22.33	< .001	0.724
BSI	1.220	0.0770	1.069	1.371	11.20	< .001	0.838
BSI	1.151	0.0805	0.994	1.309	12.61	< .001	0.763
BSI	1.119	0.0826	0.957	1.281	11.77	< .001	0.713

BSI	0.295	0.0348	0.227	0.363	14.43	< .001	0.466
-----	-------	--------	-------	-------	-------	--------	-------

Tabela 21

Saturação Fatorial dos itens da Subescala de Neuroticismo do BFI

	Estimate	SE	95% Intervalo de Confiança		Z	p	Standard Estimate
			Lower	Upper			
Neuroticismo							
BFI4	1.00						0.47
BFI9.REC	1.60	0.180	1.244	1.95	8.87	< .001	0.728
BFI14	1.63	0.178	1.278	1.98	9.13	< .001	0.745
BFI19	1.44	0.163	1.118	1.76	8.84	< .001	0.683
BFI24.REC	1.36	0.159	1.047	1.67	8.55	< .001	0.625
BFI29	1.21	0.158	0.895	1.52	7.62	< .001	0.510
BFI34.REC	1.08	0.136	0.810	1.34	7.94	< .001	0.557
BFI39	1.75	0.190	1.381	2.12	9.24	< .001	0.807

Tabela 22

Saturação Fatorial dos itens do FSFI

	Estimate	SE	95% Intervalo de Confiança		Z	p	Standard Estimate
			Lower	Upper			
Desejo Sexual							
FSFI1	1						0.908
FSFI2	0.849	0.0530	0.745	0.953	16.0	< .001	0.857
Excitação							
FSFI3	1						0.892
FSFI4	0.959	0.0287	0.903	1.016	33.5	< .001	0.945
FSFI5	0.941	0.0302	0.882	1.001	31.1	< .001	0.923
FSFI6	1.009	0.0309	0.949	1.070	32.7	< .001	0.939
Lubrificação							
FSFI7	1						0.905
FSFI8	1.056	0.0315	0.994	1.117	33.5	< .001	0.932

FSFI9	1.080	0.0299	1.022	1.139	36.1	< .001	0.952
Orgasmo							
FSFI11	1						0.939
FSFI12	0.995	0.0232	0.950	1.041	43.0	< .001	0.962
FSFI13	1.002	0.0284	0.946	1.057	35.3	< .001	0.915
Satisfação							
FSFI14	1						0.762
FSFI15	0.824	0.0508	0.724	0.924	16.2	< .001	0.862
FSFI16	0.727	0.0484	0.632	0.821	15.0	< .001	0.794
Dor							
FSFI17	1						0.976
FSFI18	0.996	0.0173	0.962	1.030	57.7	< .001	0.966
FSFI19	0.954	0.0169	0.921	0.987	56.4	< .001	0.963

Anexo 5 – Tabelas dos Índices de Modificação para o subgrupo dos homens

Tabela 23

Índices de Modificação relativos ao AAQ-II, para o subgrupo dos homens

	AAQ1	AAQ2	AAQ3	AAQ4	AAQ5	AAQ6	AAQ7
AAQ1		5.67	1.32	48.727	4.172	4.54	7.599
AAQ2			13.18	9.111	0.365	3.97	22.172
AAQ3				0.229	0.231	5.55	0.664
AAQ4					2.043	14.56	3.839
AAQ5						1.06	2.512
AAQ6							48.579
AAQ7							

Tabela 24

Índices de Modificação relativos aos itens das subescalas de Ansiedade e Depressão do BSI, para o subgrupo dos homens

	BSI3	BSI6	BSI9	BSI1 2	BSI1 5	BSI1 8	BSI2	BSI5	BSI8	BSI1 1	BSI4	BSI7
BSI3		43.5	19.95 671	11.96	0.372	4.543	10.64 237	1.438	1.704 9	4.251	0.009 62	8.381
BSI6			0.004 44	17.87	0.179	1.812	0.007 80	0.871	0.076 8	0.798	4.522 38	8.555
BSI9				6.11	8.096	0.551	0.730 22	0.273	0.564 8	4.023	5.763 46	5.379
BSI12					5.023	26.72 5	4.992 41	0.666	3.191 2	14.69 3	4.191 79	9.806
BSI15						3.757	8.917 02	1.385	3.039 8	0.146	3.941 65	3.597
BSI18							3.393 26	0.553	2.938 8	0.220	17.47 224	4.674
BSI2								2.171	0.156 0	1.311	2.136 16	6.214
BSI5									12.65 98	1.019	6.816 87	0.188
BSI8										9.242	0.966 78	0.158
BSI11											5.996 84	4.593
BSI14												3.742
BSI17												

Tabela 25

Índices de Modificação relativos à Subescala de Neuroticismo do BFI, para o subgrupo dos homens

	BFI 4	BFI9.RE C	BFI14	BFI19	BFI24.RE C	BFI29	BFI34.RE C	BFI39
BFI_BFI 4		4.32	4.4 3	0.01 53	0.122	2.77 5	0.399	4.59
BFI9.RE C			5.1 3	0.01 12	19.361	10.9 38	29.837	13.5 3
BFI_BFI 14				3.78 17	9.086	0.18 8	12.533	12.4 3
BFI_BFI 19					11.370	7.21 3	2.381	9.30
BFI24.R EC						13.0 47	17.263	9.00
BFI_BFI 29							0.528	9.88
BFI34.R EC								2.72
BFI_BFI 39								

Anexo 6 – Tabelas Relativas à Saturação Fatorial dos itens de cada uma das medidas em estudo (subgrupo das homens)

Tabela 26

Saturação Fatorial dos itens do AAQ-II

	Estimate	SE	95% Intervalo de Confiança		Z	p	Standard Estimate
			Lower	Upper			
AAQ1	1.00						0.595
AAQ2	1.16	0.133	0.901	1.42	8.75	< .001	0.742
AAQ3	1.48	0.160	1.161	1.79	9.20	< .001	0.823
AAQ4	1.31	0.112	1.086	1.53	11.63	< .001	0.786
AAQ5	1.44	0.155	1.137	1.75	9.27	< .001	0.845
AAQ6	1.33	0.155	1.024	1.63	8.56	< .001	0.743
AAQ7	1.49	0.163	1.171	1.81	9.15	< .001	0.824

Tabela 27

Saturação Fatorial das Subescalas de Ansiedade e Depressão do BSI

	Estimate	SE	95% Intervalo de Confiança		Z	p	Standard Estimate
			Lower	Upper			
Ansiedade							
BSI3	1.000						0.763
BSI6	1.030	0.0618	0.908	1.151	16.65	< .001	0.793
BSI9	0.493	0.0578	0.380	0.607	8.53	< .001	0.581
BSI12	0.358	0.0454	0.269	0.447	7.88	< .001	0.542
BSI15	0.633	0.0665	0.503	0.764	9.52	< .001	0.627
BSI18	0.779	0.0732	0.635	0.922	10.64	< .001	0.701
Depressão							
BSI2	1.000						0.749
BSI5	1.197	0.0945	1.011	1.382	12.66	< .001	0.800
BSI8	1.175	0.0862	1.006	1.344	13.64	< .001	0.849
BSI11	1.099	0.0852	0.932	1.265	12.90	< .001	0.805
BSI14	0.960	0.0801	0.803	1.117	11.98	< .001	0.751

BSI17	0.246	0.0392	0.169	0.323	6.27	< .001	0.414
-------	-------	--------	-------	-------	------	--------	-------

Tabela 28

Saturação Fatorial dos itens da Subescala de Neuroticismo do BFI

	Estimate	SE	95% Intervalo de Confiança		Z	p	Standard Estimate
			Lower	Upper			
Neuroticismo							
BFI4	1.000						0.524
BFI9.REC	0.966	0.153	0.666	1.266	6.31	< .001	0.526
BFI14	1.566	0.198	1.178	1.954	7.91	< .001	0.819
BFI19	1.096	0.171	0.761	1.431	6.41	< .001	0.569
BFI24.REC	0.735	0.143	0.454	1.015	5.13	< .001	0.404
BFI29	0.956	0.163	0.636	1.276	5.86	< .001	0.505
BFI34.REC	0.681	0.133	0.420	0.941	5.12	< .001	0.407
BFI39	1.454	0.200	1.061	1.847	7.25	< .001	0.763

Tabela 29

Saturações Fatoriais dos itens do IIEF

	Estimate	SE	95% Intervalo de Confiança		Z	p	Standard Estimate
			Lower	Upper			
Desejo Sexual							
IIEF.11	1.000						0.913
IIEF.12	0.869	0.0861	0.700	1.038	10.10	< .001	0.770
Função Erétil							
IIEF.1	1.000						0.892
IIEF.2	1.244	0.0678	1.111	1.377	18.36	< .001	0.945
IIEF.3	1.370	0.0723	1.228	1.512	18.96	< .001	0.923
IIEF.4	1.374	0.0735	1.230	1.518	18.70	< .001	0.939
IIEF.5	1.271	0.0665	1.141	1.402	19.12	< .001	0.940
IIEF.15	0.349	0.0423	0.266	0.432	8.24	< .001	0.480
Função Orgásmica							

IIEF.9	1						0.942
IIEF.10	0.993	0.0376	0.919	1.067	26.40	<.001	0.965
Satisfação Sexual							
IIEF.6	1.000						0.667
IIEF.7	1.398	0.1017	1.199	1.598	13.74	<.001	0.932
IIEF.8	1.312	0.0939	1.128	1.496	13.98	<.001	0.964
Satisfação Geral							
IIEF.13	1						0.762
IIEF.14	0.945	0.0545	0.838	1.052	17.33	<.001	0.883
