



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2012

**SÓNIA ANDREIA
NEVES LOPES**

**AJUSTAMENTO EMOCIONAL E COPING NA
COMPULSIVIDADE SEXUAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense, realizada sob a orientação científica do Doutor Pedro Nobre, Professor Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto e sob a co-orientação da Doutora Joana Carvalho.

À minha Mãe...

o júri

Presidente

Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Marisalva Fernandes Fávero
Professora Auxiliar do Instituto Superior da Maia

Prof. Doutor Pedro Jorge da Silva Coelho Nobre
Professor Associado com Agregação da Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto

Doutora Joana Patrícia Pereira de Carvalho
Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto

agradecimentos

À Doutora Joana Carvalho e ao Professor Doutor Pedro Nobre, um agradecimento especial pela permanente disponibilidade e atenção, por toda a confiança depositada em mim, mas acima de tudo por todo o apoio, incentivo e motivação, por forma a garantir a conclusão deste trabalho.

À Sílvia, por todo o apoio, estímulo, mas acima de tudo pela sua amizade.

À minha família e amigos pelo apoio constante, paciência e carinho.

OBRIGADA

palavras-chave

Compulsividade sexual, psicopatologia, resposta sexual, estratégias coping, hostilidade, psicoticismo, evitamento

Resumo

Nos últimos anos a comunidade científica tem prestado especial atenção às características do comportamento sexual compulsivo, bem como da sua etiologia e conceptualização, existindo ainda alguma controvérsia relativamente a estes quesitos. O presente estudo teve como objectivos analisar o papel do ajustamento emocional/psicopatologia na compulsividade sexual em jovens/estudantes universitários de ambos os sexos, assim como avaliar se a resposta sexual (desejo e excitação sexual) durante estados de depressão e ansiedade e estratégias de coping disfuncionais predizem de forma significativa a compulsividade sexual. A amostra deste trabalho foi constituída por 414 estudantes do Ensino Superior (179 do sexo masculino e 235 do sexo feminino). Os resultados referentes ao ajustamento emocional/psicopatologia sugerem, no caso masculino, que a hostilidade poderá estar associada à compulsividade sexual, sucedendo o mesmo com o psicoticismo no sexo feminino. Relativamente à resposta sexual durante estados de depressão e ansiedade, os homens não apresentaram maior resposta sexual quando estão deprimidos/ansiosos, enquanto que nas mulheres a maior excitação sexual durante estados de ansiedade previu de forma significativa a compulsividade sexual. Os dados obtidos em relação às estratégias de coping disfuncionais indicaram que as estratégias de evitamento previram de forma significativa a compulsividade sexual feminina. Os resultados deste estudo poderão vir a ter implicações na prática clínica, assim como impacto na compreensão das características desta problemática.

keywords

Sexual compulsivity, psychopathology, sexual response, coping strategies, hostility, psychoticism, avoidance

abstract

In recent years the scientific community has paid special attention to the characteristics of compulsive sexual behavior, as well as its etiology and conceptualization, there is still some controversy regarding these topics. This study aims to analyze the role of emotional adjustment / psychopathology in sexual compulsivity in youth / college students of both sexes, as well as assess whether sexual response (desire and arousal) during states of depression and anxiety and coping strategies dysfunctional predict significantly to sexual compulsivity. The study sample consisted of 414 higher education students (179 male and 235 female). The results for the emotional adjustment / psychopathology suggest, in males, that hostility may be associated with sexual compulsivity, succeeding even with psychoticism in females. Regarding sexual response during states of depression and anxiety, men did not have greater sexual response when you're depressed / anxious, while in women the highest sexual arousal during states of anxiety significantly predicted sexual compulsiveness. The data obtained in relation to dysfunctional coping strategies must be noted that the strategies of avoidance significantly predicted the female sexual compulsivity. The results of this study are likely to have implications for clinical practice as well as impact on the understanding of the characteristics of this problem.

Índice Geral

Introdução.....	1
Metodologia.....	6
Participantes.....	6
Procedimentos.....	6
Instrumentos.....	6
Resultados.....	9
Discussão de resultados.....	15
Conclusão.....	18
Referências Bibliográficas.....	20

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Ajustamento emocional como preditor de compulsividade sexual no sexo masculino

Tabela 2 - Ajustamento emocional como preditor de compulsividade sexual no sexo feminino

Tabela 3 - Resposta sexual (em estados de depressão e ansiedade) como preditora de compulsividade sexual no sexo masculino

Tabela 4 - Resposta sexual (em estados de depressão e ansiedade) como preditora de compulsividade sexual no sexo feminino

Tabela 5 - Estratégias disfuncionais de coping como preditoras de compulsividade sexual no sexo masculino

Tabela 6 - Estratégias disfuncionais de coping como preditoras de compulsividade sexual no sexo feminino

Índice de Anexos

Anexo 1 - Formulário de Consentimento Informado

Anexo 2 - Questionário sócio-demográfico

Anexo 3 - Breve Inventário de Sintomas

Anexo 4 - Questionário Humor e Sexualidade

Anexo 5 - Questionário de Estratégias de Coping

Anexo 6 – Escala de Compulsividade Sexual

Introdução

Nas últimas décadas os comportamentos sexuais compulsivos têm recebido especial atenção por parte da comunidade científica (e.g. Reid, Carpenter & Loyd, 2009; Kafka, 2010;). Adição sexual, impulsividade sexual, compulsividade sexual ou hipersexualidade são alguns dos termos utilizados por diversos autores para definir e caracterizar comportamentos sexuais compulsivos. Para o presente artigo será utilizado o termo compulsividade sexual. Esta caracteriza-se por fantasias e comportamentos sexuais, intensos e frequentes, que interferem significativamente na vida diária do indivíduo (Bancroft, 2008; Black, 1998; Kafka & Prentky, 1994; cit por Grov, Parsons & Bimbi, 2010). Segundo Reid, Carpenter, Spackman e Willes (2008), o comportamento hipersexual pode incluir uma sensação de descontrolo ou um historial de tentativas fracassadas para o tentar controlar, englobando elementos comuns a outras disfunções psiquiátricas, como dificuldades acentuadas em diversos aspectos da vida diária, sofrimento subjectivo e deficits nas estratégias de coping para lidar com experiências afectivas desconfortáveis (e.g. ansiedade), normalmente por causa da dependência excessiva do comportamento sexual como forma de regulação afectiva. Para Reid, Harper e Anderson (2009), esta conduta compulsiva pode incluir comportamentos individuais (e.g. masturbação, uso de pornografia) ou surgir no contexto de uma interacção (e.g. cybersexo, clubes de strip, sexo por telefone, relações múltiplas). Cooper, Scherer, Boies e Gordon (1999), mencionam que a compulsividade sexual tem-se tornado um problema cada vez mais intenso, tendo em conta que sites sobre sexo e salas de chats são dos locais mais procurados na internet. O anonimato e a fácil acessibilidade alimentam assim um padrão de segredo compulsivo.

Este padrão de comportamentos tem consequências adversas na esfera sexual e relacional, na saúde do indivíduo, podendo também acarretar efeitos negativos na sociedade em geral. Mais concretamente, pode estar associado a doenças sexualmente transmissíveis, síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), gravidez indesejada, problemas com a justiça, violência doméstica, dificuldades em manter um relacionamento ou casamento, problemas sociais e ocupacionais, resultantes do não cumprimento das suas obrigações em prol da actividade sexual, problemas financeiros (custos com pornografia, pagar para ter sexo, perda de rendimentos) (Muench & Parson, 2004). Relações desprotegidas e a existência de múltiplos parceiros são também comportamentos de risco associados à compulsividade sexual (e.g. Dodge et al., 2004; Kalichman & Rompa, 1995,

2001; Kalichman et al., 1994; cit por Winters, Christoff & Gorzalka, 2010). Muitos pacientes com este tipo de comportamentos também apresentam incongruências entre os seus valores e crenças e o seu comportamento sexual, resultando em sentimentos de vergonha e pouca auto-estima (Reid et al., 2008).

Benotsch, Kalichman e Kelly (1999), referem que homens portadores de HIV e com manifestação de alta compulsividade sexual, apresentam taxas substancialmente mais elevadas de relações desprotegidas, maior número de parceiros sexuais e mais abuso de cocaína do que homens também portadores de HIV, mas com taxa de compulsividade sexual mais baixa. Em 1956, Eisenstein mencionou a hipersexualidade como um dos seis tipos de problemas sexuais que afectam o casamento. No entanto, e apesar da relação entre hipersexualidade e risco sexual, a compulsividade sexual parece estar relacionada com o aumento da actividade sexual de todos os tipos e não apenas com actividades sexuais de risco (Winters, Christoff & Gorzalka, 2010).

Estima-se que 5 a 6% da população geral seja sexualmente compulsiva (Coleman, 1992). Nos Estados Unidos, Black (1998, 2000) aponta para uma percentagem de sujeitos sexualmente compulsivos entre os 3 e os 6%, com maior incidência no sexo masculino (Dodge, Reece, Cole & Sandfort, 2004; Gullette & Lyons, 2005; Kuzma & Black, 2008). Winters, Christoff e Gorzalka (2010) mencionam uma predominância de compulsividade sexual superior no sexo masculino, sendo que a maioria das pessoas que procura tratamento para esta problemática são também homens (e.g. Raymond, Coleman & Miner, 2003). Num estudo levado a cabo por Cooper et al., em 1999, 8% dos indivíduos manifestava sinais de comportamentos sexualmente compulsivos.

Alguns autores (e.g. Kafka, 2010; Langstrom & Hanson, 2006) consideram que a Perturbação Hipersexual é substancialmente alta no final da adolescência/início da idade adulta, comparada com a meia-idade/final da idade adulta, sendo igualmente comum em homens e mulheres.

Apesar da ausência de clareza na nomenclatura e na etiologia da compulsividade sexual, há manifesto interesse em ver esta problemática da sexualidade descontrolada reconhecida como uma perturbação distinta no DSM-V (Winters, Christoff & Gorzalka, 2010). No entanto, tal ainda não irá suceder na próxima edição do DSM, devido à ausência de estudos e consenso entre investigadores e clínicos.

Segundo Bradshaw (1988) (cit por Pincu, 1989) a questão da compulsão sexual não está na excitação sexual, mas sim na alteração de humor.

A hipersexualidade tem vindo a ser correlacionada com diversas manifestações de psicopatologia, que incluem ansiedade, depressão (Raviv, 1993; Raymond, Coleman & Miner, 2003), somatização, transtorno obsessivo-compulsivo, agressão, sensibilidade interpessoal, distúrbios relacionados com consumo de substâncias, stress pós-traumático, diminuição de auto-eficácia, violência e baixa auto-estima (Baldwin, Baldwin & Ewald, 2006; Brown, 2004; Gilbert, 2000; Harder, 1995; Lewis, 1971, 1987; Nathanson, 1992, 1994; Tangney & Dearing, 2002; cit por Reid et al., 2009). Também perturbações de personalidade, humor e de ansiedade e abuso de substâncias foram tidas como condições associadas ao comportamento sexual compulsivo (Putnam, 2000), bem como a dissociação (Friedman, 1988; Griffin-Shelly, Benjamin & Benjamin, 1995; Schartz, 1996; cit por Friedman, 1999).

Comparativamente com indivíduos que estão em tratamento devido a outro tipo de perturbação, sujeitos sexualmente compulsivos têm uma elevada percentagem de comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas (Raymond et al., 2003). Perturbações de humor e de ansiedade estão presentes entre 64 e 81% de sujeitos com compulsividade sexual (Raymond et al., 2003).

Segundo alguns autores (e.g. Raviv, 1993; Raymond, Coleman & Miner, 2003), existe uma correlação entre hipersexualidade, ansiedade e depressão, défice de atenção (Blankenship & Laaser, 2004; Kafka & Prentky, 1998; Reid, 1997), fobia social e abuso de substâncias (Kafka & Hennen, 2002).

Déficits na regulação afectiva podem influenciar o comportamento sexual excessivo em algumas pessoas (e.g. na ausência de outras estratégias de coping, o comportamento sexual pode proporcionar uma gestão afectiva bem sucedida) (Reid et al., 2008).

Estados de humor negativos agravados pela crescente vulnerabilidade ao stress podem desencadear comportamentos hipersexuais, sendo a actividade sexual utilizada como estratégia de coping para lidar com o stress (Reid et al., 2008).

A actividade sexual pode assim proporcionar alterações de humor, permitindo ao individuo desligar-se de emoções desagradáveis (Reid et al., 2008). No entanto, a dependência sexual funciona, para algumas pessoas, como forma de enfrentar/ultrapassar

outro tipo de problemas (Levine & Troiden, 1988). Diversos autores (e.g. Adams & Robinson, 2001; Harper & Hoopes, 1990; Reed, 2000; Schwartz & Masters, 1994; Wilson, 2000), mencionam que, em contexto clínico muitas vezes os pacientes utilizam o sexo como estratégia de coping para evitar ou escapar da dor emocional, activada pela vergonha ou por outras experiências afectivas desagradáveis. Já Winters, Christof & Gorzalka (2010) referem que a sexualidade descontrolada pode simplesmente ser um indicador de desejo sexual hiperactivo.

Vários autores (e.g. Angst, 1998; Mathew & Weinman, 1982; Nofzinger et al., 1993; cit por Bancroft & Vukadinovic, 2004), relatam que em alguns indivíduos ocorre um aumento do desejo sexual em estados de humor negativo. Bancroft e Vukadinovic (2004) referem mesmo que esta associação ocorre em cerca de 15 a 25% dos indivíduos.

Este aumento do interesse sexual quando se está deprimido pode indicar um maior desejo sexual ou a necessidade de contacto pessoal (Bancroft & Vukadinovic, 2004). Em situações de ansiedade o comportamento sexual permite chegar ao orgasmo, surgindo como uma forma de aliviar esse estado de ansiedade. A ideia de que alguns indivíduos podem ser mais propensos a procurar mais interacção sexual ou estimulação, ou mesmo tornarem-se sexualmente excitados quando estão com humor negativo, é consideravelmente relevante para a compreensão de padrões de controlo do comportamento sexual (Bancroft & Vukadinovic, 2004).

O presente estudo teve como objectivo avaliar o papel do ajustamento emocional e de estratégias de coping na compulsividade sexual em estudantes universitários de ambos os sexos. Os jovens adultos são, regra geral, sexualmente mais aventureiros, correm mais riscos, estando mais vulneráveis aos diversos subtipos de compulsividade sexual do que qualquer outra faixa etária (Reid et al., 2009). Desta forma, torna-se assim importante estabelecer os principais preditores da compulsividade sexual em jovens, homens e mulheres, para que se possam delinear estratégias eficazes na prevenção e tratamento desta síndrome clínica, ou ainda criar novas linhas de orientação no âmbito dos programas de educação sexual para jovens.

Neste sentido, foram consideradas as seguintes hipóteses:

H1: O baixo ajustamento emocional (nomeadamente a depressão e ansiedade) prediz de forma significativa a compulsividade sexual em jovens/estudantes de ambos os sexos.

H2: O aumento da resposta sexual (desejo e excitação sexual) durante estados de depressão e ansiedade prediz de forma significativa a compulsividade sexual em ambos os sexos, sugerindo que o comportamento sexual pode exercer uma função de coping.

H3: Estratégias disfuncionais de coping predizem de forma significativa a compulsividade sexual em jovens/estudantes de ambos os sexos.

Metodologia

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 414 estudantes universitários de ambos os sexos. Os participantes do sexo masculino (N= 179) apresentaram uma idade média de 24 anos, variando entre os 18 e os 60 anos. Relativamente ao estado civil, a sua maioria são solteiros (92,7%). Os participantes do sexo feminino (N=235), apresentaram uma idade média de 23 anos, variando entre os 18 e os 60 anos. Em relação ao estado civil, sua maioria são solteiras (87,2%). Quanto às habilitações académicas são todos estudantes do Ensino Superior.

Procedimentos

Os participantes foram recrutados em Instituições de Ensino Superior, entre os meses de Janeiro e Março de 2012. Todos os alunos que colaboraram foram devidamente informados dos objectivos do estudo, tendo assinado um formulário de consentimento informado antes de responderem ao questionário de auto-resposta. Não houve lugar a qualquer remuneração.

Instrumentos

Breve Inventário de Sintomas (BSI)

O Breve Inventário de Sintomas (BSI; Derogatis & Spencer, 1982) é um questionário de auto-resposta constituído por 53 itens, que avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Na versão original, os níveis de consistência interna para as nove dimensões, com valores de *alfa de Cronbach* entre .71 (psicoticismo) e .85 (depressão), são indicadores de unidade e consistência. (Derogatis & Spencer, 1982). Relativamente aos estudos psicométricos realizados com a população portuguesa (Canavarro, 1999), estes mostraram níveis de consistência interna com valores de *alfa de Cronbach* entre .62 (psicoticismo) e .80 (somatização) e coeficientes teste-reteste entre .63 (ideação paranóide) e .81 (depressão).

No presente estudo, os valores de consistência interna foram: somatização .83, obsessão-compulsão .75, sensibilidade interpessoal .80, depressão .85, ansiedade .83, hostilidade .81, ansiedade fóbica .76, ideação paranóide .80 e psicoticismo .74. As respostas ao BSI variaram da seguinte forma: homens, somatização 7-26 (M =12.4, DP=4.3), obsessão-compulsão 4-17 (M=14.2, DP=3.8), sensibilidade interpessoal 4-17 (M=8.7, DP=2.9), depressão 6-28 (M=12.6, DP=4.5), ansiedade 6-27 (M=12.0, DP=4.1), hostilidade 5-22 (M=10.6, DP=3.7), ansiedade fóbica 5-18 (M=8.1, DP= 3.1), ideação paranóide 5-24 (M=11.7, DP=3.8) e psicoticismo 5-19 (M=9.9, DP=3.4); mulheres, somatização 7-31 (M=13.8, DP=5.0), obsessão-compulsão 6-26 (M=14.5, DP=4.1), sensibilidade interpessoal 4-18 (M=9.1, DP=3.3), depressão 6-30 (M=13.5, DP=4.7), ansiedade 6-28 (M=13.1, DP=4.2), hostilidade 5-23 (M=10.6, DP=3.8), ansiedade fóbica 5-21 (M=9.0, DP=3.4), paranóide 5-24 (M=12.3, DP=3.9) e psicoticismo 5-21 (M=10.1, DP=3.6).

Questionário Humor e Sexualidade (QHS) (resposta sexual a estados depressivos/ansiosos)

O Questionário Humor e Sexualidade (QHS; Bancroft, Janssen, Strong, Carnes, Vukadinovic et al, 2003) é uma medida de auto-relato que avalia a relação entre humor negativo e resposta/interesse sexual. É pedido aos participantes que indiquem o que acontece ao seu interesse/resposta sexual quando se sentem ansiosos ou deprimidos. É utilizada uma escala tipo Likert constituída por nove pontos, onde 5 indica que não há alterações, 1 indica uma redução acentuada e 9 indica um aumento acentuado da resposta sexual. Este questionário apresenta uma boa consistência interna (alfa de cronbach = .78) e coeficiente teste-reteste entre .43 e .91. Em relação ao presente estudo, a consistência interna foi .77. Os valores variaram da seguinte forma: homens, depressão/desejo 1-9 (M=3.7, DP=1.7), depressão/excitação 1-9 (M=4.0, DP=1.3), ansiedade/desejo 1-9 (M=4.4, DP=1.7) e ansiedade/excitação 1-9 (M=4.3, DP=1.5); mulheres, depressão/desejo 1-9 (M=3.1, DP=2.3), depressão/excitação 1-8 (M=3.0, DP=1.3), ansiedade/desejo 1-9 (M=3.8, DP=1.5) e ansiedade/excitação 1-9 (M=3.8, DP=1.6).

Questionário de Estratégias de Coping (QEC)

O Questionário de Estratégias de Coping (QEC; Folkman & Lazarus, 1988) é uma medida de auto-relato que visa identificar estratégias utilizadas pelo sujeito para lidar com situações de stress. É constituído por 48 itens, onde é solicitado ao participante que avalie a frequência que usou cada estratégia, numa escala de 0 a 3 (0 = Nunca usei; 1= Usei de alguma forma; 2= Usei algumas vezes; 3= Usei muitas vezes). Os 48 itens estão divididos em 8 subescalas: Autocontrolo, Procura de Suporte Social, Evitamento, Resolução Planeada do Problema, Reavaliação Positiva, Assumir a Responsabilidade, Coping Confrontativo e Distanciamento (Montez, 2008). A versão portuguesa (Ribeiro & Santos, 2001) apresenta valores de *alfa de Cronbach* entre .65 e .80. Em relação ao presente estudo, os valores de consistência interna foram: auto-controlo .58 , procura de suporte social .68, evitamento .66, resolução planeada do problema .71, reavaliação positiva .70, assumir a responsabilidade .50 , coping confrontativo .61 e distanciamento .58. Os valores variaram da seguinte forma: homens, auto-controlo 0-19 (M=11.3, DP=3.1), suporte social 0-21 (M=10.9, DP=3.6), evitamento 0-17 (M=7.8, DP=3.5), resolução planeada 0-17 (M=10.2, DP=3.2), reavaliação positiva 0-21 (M=11.3, DP=3.4), assumir responsabilidades 0-9 (M=5.2, DP=1.7), Coping confrontativo 0-15 (M=8.7, DP=2.9) e distanciamento 0-14 (M=6.8, DP=2.6); mulheres, auto-controlo 5-21 (M=12.5, DP=3.1), suporte social 3-20 (M=11.9, DP=3.2), evitamento 0-17 (M=7.9, DP=3.5), resolução planeada 1-18 (M=11.0, DP=2.9), reavaliação positiva 0-21 (M=12.4, DP=3.6), assumir responsabilidades 1-9 (M=6.0, DP=1.6), coping confrontativo 0-17 (M=8.9, DP=2.8) e distanciamento 0-14 (M=6.7, DP=2.5).

Escala de Compulsividade Sexual (ECS)

A Escala de Compulsividade Sexual (ECS; Kalichman et al., 1994) é um questionário de auto-resposta, constituído por 10 itens, que avalia o impacto de pensamentos sexuais no funcionamento diário e a incapacidade de controlar esses pensamentos e comportamentos (Groves, Parsons & Bimbi, 2010). Aos participantes é pedido que indiquem até que ponto concordam com uma série de afirmações relacionadas com o comportamento sexual compulsivo, preocupações sexuais e pensamentos sexualmente intrusivos (Kalichman & Rompa, 2001). Esta escala apresenta valores de

consistência interna entre .86 (amostra composta por indivíduos homossexuais) e .87 (amostra composta por indivíduos heterossexuais) (Kalichman & Rompa, 1995).

O presente estudo apresenta valores *alfa de cronbach* de .83 para homens e .78 para mulheres, denotando boas características psicométricas. Os valores variaram da seguinte forma: homens 10-35 (M=15.8, DP=5.2) e mulheres 10-35 (M=12.9, DP=3.4).

Resultados

Ajustamento emocional e compulsividade sexual

Na avaliação do papel do ajustamento emocional na compulsividade sexual foi realizada uma análise de regressão múltipla (método Enter), onde todas as dimensões da psicopatologia (avaliadas através do Breve Inventário de Sintomas) foram seleccionadas como variáveis preditoras e a compulsividade sexual (avaliada a partir da Escala de Compulsividade Sexual) como variável critério. Através deste método surgiu um modelo significativo para o sexo masculino: [$F(9, 159) = 6.155; p < .001$]. Este modelo explica 26% da variância ($R = .258$). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostra que a hostilidade previu de forma significativa a compulsividade sexual ($\beta = .35; p < .001$), sendo que a cada modificação de um desvio padrão nesta sub-escala corresponde uma modificação de .35 desvios padrão no índice de compulsividade sexual (Tabela 1).

Para o sexo feminino, surgiu o seguinte modelo: [$F(9, 215) = 4,586; p < .001$]. Este modelo explica 16% da variância ($R = .161$). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostra que o psicoticismo previu de forma significativa a compulsividade sexual ($\beta = .26; p < .05$), logo por cada modificação de um desvio padrão nesta dimensão corresponde uma modificação de .26 desvios padrão no índice de compulsividade sexual (Tabela 2).

Tabela 1

Ajustamento emocional como preditor de compulsividade sexual no sexo masculino (regressão múltipla método Enter, n= 179)

Psicopatologia	B	EP	β	t	p
----------------	---	----	---------	---	---

(BSI)					
Somatização	-,057	,147	-,047	-,392	,696
Obsessão- Compulsão	-,071	,145	-,051	-,485	,629
Sensibilidade Interpessoal	-,008	,240	-,004	-,033	,974
Depressão	,188	,168	,160	1,121	,264
Ansiedade	-,096	,176	-,072	-,543	,588
Hostilidade	,510	,137	,357	3,715	,000
Ansiedade Fóbica	,147	,183	,087	,805	,422
Ideação Paranóide	,240	,142	,175	1,688	,093
Psicoticismo	-,050	,186	-,032	-,269	,788

Tabela 2

Ajustamento emocional como preditor de compulsividade sexual no sexo feminino (regressão múltipla método Enter, n= 235)

Psicopatologia (BSI)	B	EP	β	t	p
Somatização	,025	,067	,035	,365	,715
Obsessão- Compulsão	,049	,081	,053	,609	,543
Sensibilidade Interpessoal	,030	,130	,028	,230	,818
Depressão	,025	,095	,033	,259	,796
Ansiedade	-,002	,105	-,002	-,019	,985
Hostilidade	,059	,085	,064	,686	,493
Ansiedade Fóbica	-,041	,100	-,040	-,415	,678

Ideação	,008	,095	,008	,080	,936
Paranóide					
Psicoticismo	,249	,119	,261	2,095	,037

Resposta sexual durante estados de humor deprimido e ansiedade e compulsividade sexual

Para se avaliar o papel da resposta sexual durante estados de humor deprimido e da ansiedade na compulsividade sexual realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter), onde todas as dimensões da resposta sexual (avaliadas através do Questionário Humor e Sexualidade) foram seleccionadas como variáveis preditoras e a compulsividade sexual (avaliada a partir da Escala de Compulsividade Sexual) como variável critério. Através deste método surgiu um modelo não significativo para o sexo masculino: [$F(4, 171) = 1.907$; $p = .111$] explicando apenas 4% da variância ($R = .043$). A análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostra que nenhuma dimensão previu de forma significativa a compulsividade sexual (Tabela 3).

Para o sexo feminino, surgiu o seguinte modelo: [$F(4, 225) = 1.831$, $p = .124$]. Este modelo explica 3% da variância ($R = .032$). Apesar do modelo não ter atingido significância estatística, a análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostra que a ansiedade/excitação (i.e., o aumento da excitação sexual durante estados de ansiedade) previu de forma significativa a compulsividade sexual ($\beta = .29$; $p < .05$), logo por cada modificação de um desvio padrão nesta dimensão corresponde uma modificação de .29 desvios padrão no índice de compulsividade sexual feminina (Tabela 4).

Tabela 3

Resposta sexual (em estados de depressão e ansiedade) como preditora de compulsividade sexual no sexo masculino (regressão múltipla método Enter, $n = 179$)

Resposta Sexual(QHS)	B	EP	β	t	p
Dep/Desejo	,327	,301	,107	1,086	,279
Dep/Exc.	,254	,419	,065	,613	,541
Ans/Desejo	,631	,444	,210	1,420	,157

Ans/Exc.	-,512	,522	-,156	-,981	,328
----------	-------	------	-------	-------	------

Tabela 4

Resposta sexual (em estados de depressão e ansiedade) como preditora de compulsividade sexual no sexo feminino (regressão múltipla método Enter, n=235)

Resposta	B	EP	β	t	p
Sexual(QHS)					
Dep/Desejo	,134	,108	,090	1,240	,216
Dep/ Exc.	-,139	,228	-,052	-,610	,542
Ans/Desejo	-,396	,291	-,175	-1,360	,175
Ans/ Exc.	,642	,299	,297	2,149	,033

Estratégias disfuncionais de coping e compulsividade sexual

Para se avaliar o papel de estratégias disfuncionais de coping na compulsividade sexual realizou-se uma análise de regressão múltipla (método Enter), onde todas as dimensões das estratégias disfuncionais de coping (avaliadas através do Questionário de Estratégias de Coping) foram seleccionadas como variáveis predictoras e a compulsividade sexual (avaliada a partir da Escala de Compulsividade Sexual) como variável critério. Através deste método surgiu um modelo significativo para o sexo masculino: [$F(8, 125) = 2.216$ $p < .05$]. Este modelo explica 12% da variância ($R = .124$). Porém e embora a análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostra que não houve preditores significativos, o evitamento mostrou estar perto da significância estatística ($\beta = .19$; $p = .06$), sendo que a cada modificação de um desvio padrão nesta sub-escala corresponde uma modificação de .19 desvios padrão no índice de compulsividade sexual (Tabela 5).

Para o sexo feminino, surgiu o seguinte modelo: [$F(8, 200) = 1.759$, $p = .087$]. Este modelo explica 6% da variância ($R = .066$). Embora não significativo, a análise dos coeficientes de regressão estandardizados mostra que o evitamento previu de forma significativa a compulsividade sexual feminina ($\beta = .27$; $p < .01$), logo por cada modificação

de um desvio padrão nesta dimensão corresponde uma modificação de .27 desvios padrão no índice de compulsividade sexual (Tabela 6).

Tabela 5

Estratégias disfuncionais de coping como predictoras de compulsividade sexual no sexo masculino (regressão múltipla método Enter, n=179)

Coping (QEC)	B	EP	β	t	p
Auto-Controlo	,249	,217	,147	1,149	,253
Suporte Social	,152	,171	,103	,893	,373
Evitamento	,293	,155	,190	1,894	,061
Resolução	-,234	,203	-,138	-1,153	,251
Planeada					
Reavaliação	,207	,196	,125	1,058	,292
Positiva					
Assumir	-,724	,408	-,227	-1,774	,079
Responsabilidades					
Coping	-,015	,217	-,008	-,069	,945
Confrontativo					
Distanciamento	,256	,213	,123	1,203	,231

Tabela 6

Estratégias disfuncionais de coping como predictoras de compulsividade sexual no sexo feminino (regressão múltipla método Enter, n=235)

Coping (QEC)	B	EP	β	t	p
Auto-Controlo	-,089	,121	-,081	-,733	,464
Suporte Social	,035	,099	,034	,356	,722
Evitamento	,266	,077	,276	3,447	,001
Resolução	,172	,122	,148	1,413	,159
Planeada					

Reavaliação	-,075	,097	-,080	-,774	,440
Positiva					
Assumir	-,002	,201	,000	-,008	,994
Responsabilidades					
Coping	-,102	,109	-,082	-,913	,354
Confrontativo					
Distanciamento	-,098	,109	-,071	-,900	,369

Discussão de resultados

Os jovens adultos são, por norma, mais aventureiros, correndo mais riscos de cariz sexual, estando mais vulneráveis às diversas manifestações de compulsividade sexual. Desta forma, estudos que analisem a compulsividade sexual nesta faixa etária são de extrema importância, tendo em conta o seu potencial impacto no desenvolvimento psicossocial destes jovens.

O presente estudo teve como objectivos analisar o papel do ajustamento emocional na compulsividade sexual em jovens/estudantes universitários de ambos os sexos, assim como avaliar se a resposta sexual (desejo e excitação sexual) durante estados de depressão e ansiedade e estratégias de coping disfuncionais predizem de forma significativa a compulsividade sexual.

Relativamente ao ajustamento emocional/psicopatologia, no caso masculino constatou-se que a hostilidade previu de forma significativa a compulsividade sexual. A hostilidade, tal como ela foi avaliada neste estudo, inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo da cólera (Derogatis, 1993, cit por Canavaro, 1999). Estes dados sugerem que esta dimensão pode estar associada à compulsividade sexual em estudantes universitários reflectindo assim um padrão semelhante àquele encontrado em amostras clínicas onde a afectividade negativa está patente (Reid, Carpenter e Loyd, 2009). No sexo feminino verificou-se que o psicoticismo previu significativamente a compulsividade sexual. A sub-escala do psicoticismo foi desenvolvida de forma a representar este constructo como uma dimensão contínua da experiência humana, englobando indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, estando também associada ao controlo de pensamentos (Derogatis, 1993, cit por Canavaro, 1999). Derogatis e Melisaratos (1983), referiram que em indivíduos sem perturbação psiquiátrica, esta dimensão centra-se em particular na alienação social. Os dados obtidos sugerem que psicoticismo e compulsividade sexual poderão estar relacionados pela sua conexão com a alienação social que é também uma característica dos sujeitos sexualmente compulsivos (Coleman & Miner, 2003).

Estes dados vão de encontro ao que foi já mencionado por alguns autores (e.g. Raviv, 1993; Raymond, Coleman & Miner, 2003), em que a compulsividade sexual é correlacionada com diversas manifestações de psicopatologia. Comparativamente com indivíduos que estão em tratamento devido a outro tipo de perturbação, sujeitos

sexualmente compulsivos têm uma elevada percentagem de comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas (Raymond et al., 2003). Um outro estudo desenvolvido por Reid, Carpenter e Loyd (2009), onde foram avaliados estudantes universitários que procuraram ajuda para a compulsividade sexual, verificou-se que estes apresentavam mais sintomas depressivos, sensibilidade interpessoal, obsessão, alienação social e psicoticismo do que a amostra de controlo. Porém, e apesar da forte relação entre sintomatologia psicopatológica e compulsividade sexual, fica por esclarecer se a compulsividade sexual poderá ser uma entidade única (i.e. uma doença) ou simplesmente uma representação sintomática de um outro quadro clínico já reconhecido formalmente pelo DSM. É ainda importante salientar os resultados obtidos para o sexo feminino, dado que nos estudos anteriormente realizados a amostra foi apenas masculina. Os dados agora conseguidos mostram uma relação entre ajustamento emocional e compulsividade sexual, analogamente ao que tem vindo a suceder no sexo masculino. Resultados similares aos das mulheres neste estudo foram também encontrados num outro estudo realizado apenas com estudantes universitários do sexo masculino, onde a dimensão psicoticismo previu de forma significativa a compulsividade sexual (Pinto, 2011).

Em relação ao papel da resposta sexual (desejo sexual e excitação sexual) mediante estados de humor deprimido e ansiedade na compulsividade sexual, contrariamente ao que era esperado, os resultados não foram significativos. De um modo geral, nos homens a resposta sexual quando estão deprimidos/ansioso não se revelou preditora da compulsividade sexual. Nas mulheres, ainda que o modelo não tenha sido significativo, verificou-se que a maior excitação sexual durante estados de ansiedade previu de forma significativa a compulsividade sexual. Apesar de alguns indivíduos apresentarem um aumento da sua resposta sexual perante estados de humor disfuncionais (Angst, 1998; Mathew & Weinman, 1982; Nofzinger et al., 1993; cit por Bancroft & Vukadinovic, 2004), e isso poder reflectir um comportamento de coping que visa aliviar os sintomas psicológicos através do comportamento sexual (Bancroft & Vukadinovic, 2004), este mecanismo poderá não estar necessariamente implicado nos casos de compulsividade sexual, pelo menos em amostras não clínicas, como é o caso dos estudantes universitários. Ou seja, se na literatura (estudos com amostras clínicas) há alguma evidência sugerindo que o comportamento sexual compulsivo é despoletado por estados emocionais negativos podendo ter efeitos de coping e ser por isso mantido independentemente das suas

consequências negativas, no presente estudo, com amostras sem sintomatologia clínica significativa, a compulsividade pode estar associada ao menor ajustamento psicológico, parecendo não funcionar como mecanismo de coping. No sexo feminino, esta potencial relação funcional entre compulsividade sexual e coping deveria ser aprofundada dado que houve uma tendência para que as mulheres apresentassem maior excitação sexual durante estados de ansiedade. Desta forma, estudos futuros deveriam debruçar-se sobre qual a função que a actividade sexual assume nestas situações e possíveis implicações da compulsividade sexual no sexo feminino.

Em relação aos resultados das estratégias de coping disfuncionais, os modelos testados explicaram uma percentagem muito pequena da variância, não tendo no caso feminino sido atingido o limiar de significância. Tal como se verificou com o resultado anterior, o ajustamento emocional, não o coping disfuncional, parece estar associado à compulsividade sexual em amostras estudantis. Estes dados poderão sugerir que, embora a psicopatologia possa ter um papel nos níveis de compulsividade sexual em amostras não clínicas, o sexo poderá ter um papel secundário na gestão dos sintomas psicopatológicos. No entanto, deve salvaguardar-se que as estratégias de evitamento previram de forma significativa a compulsividade sexual feminina, que juntamente com os dados acerca da relação entre excitação sexual/ansiedade (i.e. maior excitação sexual em estados de ansiedade previu maior compulsividade sexual), indicam que poderá ser pertinente o estudo, de forma mais pormenorizada, do papel do comportamento sexual enquanto mecanismo de coping em mulheres, já que este poderá ter alguma influência na compulsividade sexual feminina.

No que respeita às limitações deste estudo, consideramos que a utilização de uma amostra composta por estudantes universitários (amostra não clínica) não permite clarificar mecanismos associados à compulsividade sexual em amostras clínicas, pelo que deve ser tida em conta a especificidade da amostra utilizada. O número de elementos que constituem a amostra masculina, que consideramos ser insuficiente/reduzido, é também por nós considerado uma limitação. Apesar de ter sido garantida a confidencialidade e o anonimato dos questionários de auto-relato aplicados, por se tratar de uma temática que se relaciona com experiências íntimas, a deseabilidade social associada é elevada, o que pode ter enviesado a veracidade das respostas dadas pelos participantes. Tal facto poderá ter especial incidência no sexo feminino, já que os padrões culturais são mais restritos para

com a sexualidade feminina. Desta forma, futuramente seria fundamental o estudo deste tema nas mulheres, não só pela escassez de dados, mas também porque, por razões culturais, a sexualidade feminina tem uma expressão diferente da masculina, podendo existir mecanismos próprios que expliquem a compulsividade sexual no sexo feminino.

A compulsividade sexual pode ter um impacto negativo na vida de sujeitos sexualmente compulsivos. Associada a comportamentos de risco (e.g. relações desprotegidas, existência de múltiplos parceiros, síndrome de imunodeficiência adquirida, gravidez indesejada), a compulsividade sexual acarreta desta forma efeitos adversos na saúde sexual dos jovens. Esta faixa etária caracteriza-se por uma certa tendência a contrariar as regras e normas sociais, estando também muito exposta a situações stressantes. Desta forma, torna-se pertinente a criação de programas de prevenção e promoção da saúde sexual que considerem a temática da compulsividade sexual, por forma a minimizar o seu impacto na saúde e no bem-estar dos indivíduos.

Conclusão

Nos últimos anos a comunidade científica tem vindo a debruçar-se sobre a problemática do comportamento sexual compulsivo, apesar de a investigação nesta área ser ainda pouco abundante. Desta forma, estudos que procurem explorar as causas, consequências e factores de manutenção da compulsividade sexual são cruciais. O comportamento sexualmente compulsivo causa dificuldades acentuadas no funcionamento normal do sujeito. Assim achou-se importante estudar o papel do ajustamento emocional, através do BSI, e explorar quais as dimensões da psicopatologia sustentadas por esta escala na compulsividade sexual, bem como quais as sub-escalas da resposta sexual (avaliada através do Questionário Humor e Sexualidade) durante estados de humor deprimido e ansiedade associados à compulsividade sexual. Por último, julgou-se pertinente analisar se estratégias de coping disfuncionais poderiam relacionar-se com a compulsividade sexual dadas as observações clínicas que sugerem que indivíduos sexualmente compulsivos tendem a usar o sexo como forma de gestão emocional pela carpa capacidade em lidar, de forma saudável, com aspectos negativos da sua vida. Os jovens adultos, onde se incluem os estudantes universitários, constituem uma faixa etária em que os riscos de ordem sexual

são mais elevados, estando assim mais vulneráveis aos diversos subtipos de compulsividade sexual do que qualquer outro grupo etário (Reid, Carpenter e Lloyd, 2009). Torna-se então pertinente delimitar estratégias de intervenção e de prevenção desta problemática ou então criar novas linhas de orientação no âmbito de programas de educação sexual para jovens que abrangam a saúde sexual dos indivíduos.

Referências Bibliográficas

- Adams, K.M., & Robinson, D.W. (2001). Shame reduction, affect regulation and sexual boundary development: Essential Building blocks of sexual addiction treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8(1), 23-44.
- Bancroft, J., Vukadinovic, Z. (2004). Sexual Addiction, Sexual Compulsivity, Sexual Impulsivity, or What? Toward a Theoretical Model. *The Journal of Sex Research*, 41, 225-234.
- Benotsch, E.G., Kalichman, S.C., & Kelly, J.A. (1999). Sexual compulsivity and substance use in HIV-seropositive men who have sex with men: Prevalence and predictors of high-risk behaviors. *Addictive Behaviors*, 24, 857-868.
- Black, D.W. (1998). Compulsive sexual behavior: A review. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 219-230.
- Black, D.W. (2000). The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. *CNS Spectrums*, 5, 26-35.
- Blankenship, R.L., & Laaser, M. (2004). Sexual addiction and ADHD: Is there a connection? *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11(1-2), 7-20.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II; pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Cooper, A., Scherer, C., Boies, S., & Gordon, B. (1999). Sexuality on the internet. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 154-164.
- Derogatis, L., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Dodge, B., Reece, M., Cole, S.L., & Sandfort, T.G.M. (2004). Sexual Compulsivity among heterosexual college students. *Journal of Sex Research*, 41, 343-350.

- Eisenstein, V. W. (1956). Sexual Problems in Marriage. In V.W. Eisenstein (ed.). *Neurotic Interaction in Marriage*. Tavistock, London.
- Friedman, H. R. (1999). A Gestalt Approach to Sexual Compulsivity. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 6, 63-75.
- Grov, C., Parsons, J. T., & Bimbi, D. S. (2010). Sexual Compulsivity and Sexual Risk in Gay and Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 940-949.
- Gullette, D.L., & Lyons, M.A. (1994). Sexual sensation seeking, compulsivity and HIV risk behaviors in college students. *Journal of Community Health Nursing*, 22, 47-60.
- Harper, J.M. & Hoopes, M.H. (1990). *Uncovering shame: An approach integrating individuals and their family systems*. New York: Norton.
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.
- Kafka, M.P., & Hennen, J. (2002). A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n=120) with paraphilias and paraphilias-related disorders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 14(4), 349-366.
- Kafka, M.P., & Prentky, R.A. (1998). Attention-deficit/hyperactivity disorder in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: A comorbidity study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7), 388-396.
- Kalichman, S. C. & Rompa, D. (2001). The Sexual Compulsivity Scale: Further Development and Use With HIV-Positive Persons. *Journal of personality Assessment*, 76(3), 379-395.
- Kalichman, S. C. & Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65, 586-601.
- Kuzma, J.M., & Black, D.W. (2008). Epidemiology, prevalence and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 603-611.

- Leedes, R. (2001). The Three Most Important Criteria in Diagnosing Sexual Addictions: Obsession, Obsession, and Obsession. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8, 215-226.
- Levine, M. P. & Troiden, R. R. (1988). The Myth of Sexual Compulsivity. *The Journal of Sex Research*, 25, 347-363.
- McCarthy, B. W. (2002). The Wife's Role in facilitating Recovery from Male Compulsive Sexual Behavior. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 9, 275-284.
- Montez, S. M. (2008). Incontinência Urinária: Promoção da Qualidade de Vida do Incontinente Urinário. Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve, Faro.
- Muench, F., Parsons, J.T. (2004). Sexual compulsivity and HIV: Identification and treatment. *Focus: A Guide to AIDS Research and Counseling*, 19, 1-3.
- Orford, J. (1978). Implications for a Theory of Dependence. *British Journal of Addiction*, 73, 299-310.
- Parsons, J. T., Kelly, B. C., Bimbi, D. S., DiMaria, L., Wainberg, M. L. & Morgenstern, J. (2008). Explanations for the Origins of Sexual Compulsivity Among Gay and Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 37, 817-826.
- Pincu, L. (1989). Sexual Compulsivity in Gay Men: Controversy and Treatment. *Journal of Counseling & Development*. Vol.68.
- Pinto, J. R. S. (2011). Personalidade e Psicopatologia: Implicações na Compulsividade Sexual. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Putnam, D. E. (2000). Initiation and Maintenance of Online Sexual Compulsivity: Implications for Assessment and Treatment. *CyberPsychology & Behavior*, vol3, nº4.
- Raviv, M. (1993). Personality characteristics of sexual addicts and pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 17-30.
- Raymond, N. C., Coleman, E., & Miner, M. H. (2003). Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 370-380.

- Reed, S.J. (2000). Shame and hope in sexual addiction. *Journal of Ministry in Addiction & Recovery*, 7(1), 9-17.
- Reid, R.C. (2007). Assessing readiness to change among clients seeking help for hypersexual behavior. *Journal of Sexual addiction and Compulsivity*, 14(3), 167-186.
- Reid, R. C., Carpenter, B. N., & Lloyd, T. Q. (2009). Assessing psychological patterns of patients seeking help for hypersexual behavior. *Sexual and Relationship Therapy*, 24, 47-63.
- Reid, R. C., Carpenter, B. C., Spackman, M. & Willes, D. (2008). Alexithimia, Emotional Instability, and Vulnerability to Stress Proneness in Patients Seeking Help for Hypersexual Behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34, 133-149.
- Reid, R.C., Harper, J.M.&Anderson, E.H. (2009). Coping Strategies Used by Hypersexual Patients to Defend Against the Painful Effects of Shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 125-138.
- Ribeiro, J.L.P. & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do *Ways of Coping Questionnaire* a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4(XIX), 491-502.
- Schwartz, M.F. & Masters, W.H. (1994). Integration of trauma-based, cognitive, behavioral, systemic and addiction approaches for treatment of hypersexual pain-bonding disorder. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 1, 57-76.
- Wilson, M. (2000). Creativity and shame reduction in sex addiction treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7(4), 229-248.
- Winters, J., Christoff, K. & Gorzalka, B.B. (2010). Dysregulated Sexuality and High Sexual Desire: Distinct Constructs?. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1029-1043.
- Young, K. S., Griffin-Shelley, E., Cooper, A., O'Mara, J. & Buchanan, J. (2000). Online Infidelity: A New Dimension in Couple Relationships with Implications for Evaluations and Treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 59-74.

Anexos

Anexo 1 : Formulário de Consentimento Informado

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo enquadra-se no âmbito do Mestrado em Psicologia da Universidade de Aveiro, sob a orientação do Prof. Doutor Pedro Nobre e Dra. Joana Carvalho. Este estudo tem por objectivo investigar o papel de variáveis psicológicas no funcionamento sexual masculino e feminino, em indivíduos do Ensino Superior.

Para tal, solicitamos que preencha os questionários em anexo. As respostas são anónimas e os dados serão utilizados para fins estatísticos. Poderá desistir em qualquer altura se assim entender.

Eu (rubrica),.....tenho mais de 18 anos, e estou de acordo em participar no presente estudo. Sei que sou livre de abandonar o estudo, se for esse o meu desejo, que a minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais.

Para outras informações: <http://www.ua.pt/sexlab/>

Questionário Sócio-Demográfico

Sexo: 1 Masculino.... 2 Feminino.... **Idade:**....

Estado Civil:

1 Casado..... 2 Solteiro..... 3 União de Facto.... 4 Divorciado..... 5 Separado

6 Viúvo.....

Habilitações Literárias:

1ª Ciclo (até 4ª Classe)..... 2ª Ciclo (até ao 6º Ano)..... 3ª Ciclo (até ao 9ª Ano).....

Secundário (até ao 12º ano) Licenciatura/Mestrado Integrado Outro

Problemas psiquiátricos (anteriores ou actuais) diagnosticados por médico ou psicólogo:

1 Depressão..... 2 Doença Bipolar..... 3 Ansiedade..... 4 Perturbação Obsessivo-Compulsiva.....

5 Esquizofrenia (ou outra doença psicótica) 6 Anorexia 7 Bulimia.....

8 Hiperactividade 9 Jogo Patológico..... 10 Personalidade Boderline

11 Dependência de Drogas..... 12 Alcoolismo.....13
Outro:.....

Orientação Sexual:

Exclusivamente homossexual 1 2 3 4 5 6 7 Exclusivamente heterossexual

Número de parceiros sexuais actuais:

1 Nenhum 2 Um parceiro sexual..... 3 Dois parceiros sexuais.....

4 Múltiplos parceiros sexuais.....

Frequência de actividade sexual (qualquer prática sexual):

1 Nenhuma..... 2 Raramente..... 3 1 vez por mês..... 4 2/3 vezes por mês.....

5 1/3 vezes por semana..... 6 Quase sempre.....

Alguma vez foi vítima de abuso sexual?

1 Sim 2 Não.....

Consome Drogas?

1 Sim..... 2 Não..... Se sim, 1 Todas as semanas 2 1/3 vezes por mês 3 1/3 vezes por ano..... Que drogas consome?

.....
.....

Anexo 3: Breve Inventário de Sintomas

(BSI; L. R. Derogatis, 1983)

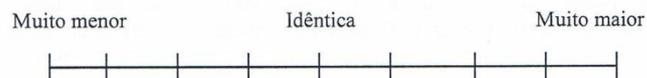
(Tradução e Adaptação de M. C. Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma, **aquele que melhor descreve o que sente geralmente**. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multísimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	1	2	3	4	5
2. Desmaios ou tonturas	1	2	3	4	5
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	1	2	3	4	5
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	1	2	3	4	5
5. Dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes	1	2	3	4	5
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	1	2	3	4	5
7. Dores sobre o coração ou no peito	1	2	3	4	5
8. Medo na rua ou praças públicas	1	2	3	4	5
9. Pensamentos de acabar com a vida	1	2	3	4	5
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	1	2	3	4	5
11. Perder o apetite	1	2	3	4	5
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	1	2	3	4	5
13. Ter impulsos que não se podem controlar	1	2	3	4	5
14. Sentir-se sozinho mesmo quando se está com mais pessoas	1	2	3	4	5
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	1	2	3	4	5
16. Sentir-se sozinho	1	2	3	4	5
17. Sentir-se triste	1	2	3	4	5
18. Não ter interesse por nada	1	2	3	4	5
19. Sentir-se atemorizado	1	2	3	4	5
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus interesses	1	2	3	4	5
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	1	2	3	4	5
22. Sentir-se inferior aos outros	1	2	3	4	5
23. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago	1	2	3	4	5
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	1	2	3	4	5
25. Dificuldade em adormecer	1	2	3	4	5
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	1	2	3	4	5
27. Dificuldade em tomar decisões	1	2	3	4	5
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	1	2	3	4	5
29. Sensação de que lhe falta o ar	1	2	3	4	5
30. Calafrios ou afrontamentos	1	2	3	4	5

EM QUE MEDIDA FOI AFECTADO PELOS SEGUINTE SINTOMAS					
	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	1	2	3	4	5
32. Sensação de vazio na cabeça	1	2	3	4	5
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	1	2	3	4	5
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	1	2	3	4	5
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	1	2	3	4	5
36. Ter dificuldade em se concentrar	1	2	3	4	5
37. Falta de forças em partes do corpo	1	2	3	4	5
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	1	2	3	4	5
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	1	2	3	4	5
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	1	2	3	4	5
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	1	2	3	4	5
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	1	2	3	4	5
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	1	2	3	4	5
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	1	2	3	4	5
45. Ter ataques de terror ou pânico	1	2	3	4	5
46. Entrar facilmente em discussão	1	2	3	4	5
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	1	2	3	4	5
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	1	2	3	4	5
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	1	2	3	4	5
50. Sentir que não tem valor	1	2	3	4	5
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	1	2	3	4	5
52. Ter sentimentos de culpa	1	2	3	4	5
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	1	2	3	4	5

2c) A minha capacidade para ter uma erecção quando estou ansioso ou stressado é habitualmente:



2d) Com que frequência a sua capacidade para ficar excitado permanece da forma que indicou em cima quando se sente stressado ou ansioso?

- a) Quase *sempre* permanece dessa forma
- b) Varia
- c) Não sei

SDSR5

Em baixo estão algumas frases acerca do seu relacionamento com outras pessoas. Por favor indique o quanto cada frase é verdadeira ou falsa para si.

	Definitivamente Verdade	Quase Sempre Verdade	Não Sei	Quase Sempre Falsa	Definitivamente Falsa
1. Sou sempre amável mesmo quando as pessoas são desagradáveis.	1	2	3	4	5
2. Houve situações em que tirei vantagem de alguém.	1	2	3	4	5
3. Às vezes tento vingar-me em vez de perdoar ou esquecer.	1	2	3	4	5
4. Às vezes fico ressentido quando não consigo as coisas à minha maneira.	1	2	3	4	5
5. Não importa com quem estou a falar, sou sempre um bom ouvinte.	1	2	3	4	5

Anexo 5: Questionário de Estratégias de Coping

QEC

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stress. Pensando na forma em que costuma lidar com as suas situações de stress, assinale a frequência com que costuma utilizar cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

- 0 = Nunca usei
- 1 = Usei de alguma forma
- 2 = Usei algumas vezes
- 3 = Usei muitas vezes

1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo	0	1	2	3
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0	1	2	3
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	0	1	2	3
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	0	1	2	3
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria	0	1	2	3
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	0	1	2	3
7	Esperei que acontecesse um milagre	0	1	2	3
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
9	Tentei guardar para mim própria o que estava a sentir	0	1	2	3
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	0	1	2	3
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0	1	2	3
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	0	1	2	3
13	Eu estava inspirada em fazer algo criativo	0	1	2	3
14	Tentei esquecer tudo	0	1	2	3
15	Procurei ajuda de um profissional	0	1	2	3
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	0	1	2	3
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	0	1	2	3
18	Construí um plano de acção e segui-o	0	1	2	3
19	Consegui mostrar o que sentia	0	1	2	3
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	0	1	2	3
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	0	1	2	3
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	0	1	2	3
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	0	1	2	3
24	Fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
26	Encontrei nova esperança	0	1	2	3
27	Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
29	Evitei estar com as pessoas em geral	0	1	2	3
30	Não deixei que a situação me afectasse; Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	0	1	2	3
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	0	1	2	3
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	0	1	2	3
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0	1	2	3
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir	0	1	2	3
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	0	1	2	3
36	Passéi o problema para os outros	0	1	2	3
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida em situações semelhantes.	0	1	2	3

QEC

38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0	1	2	3
40	Prometi a mim própria que as coisas para a próxima seriam diferentes	0	1	2	3
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	0	1	2	3
43	Mudei alguma coisa em mim própria	0	1	2	3
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma Terminasse	0	1	2	3
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	0	1	2	3
46	Rezei	0	1	2	3
47	Pensei para mim própria naquilo que iria dizer ou fazer	0	1	2	3
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	0	1	2	3

Anexo 6: Escala de Compulsividade Sexual

SCS

(Kalichman & Rompa, 1995)

(tradução de Joana Carvalho & Pedro Nobre, 2011)

De seguida encontram-se algumas afirmações acerca da sexualidade humana. **Indique em que medida cada uma delas se relaciona consigo.** Considerando que não existem respostas certas ou erradas, solicitamos a maior sinceridade possível.

	Nada	Um pouco	Às vezes	Muito
1. O meu apetite sexual tem interferido nos meus relacionamentos.	1	2	3	4
2. Os meus pensamentos sexuais e comportamentos estão a causar problemas na minha vida.	1	2	3	4
3. A minha vontade de ter sexo tem desorientado a minha vida diária.	1	2	3	4
4. Às vezes falho compromissos e responsabilidades por causa dos meus comportamentos sexuais.	1	2	3	4
5. Às vezes fico tão excitado que poderia perder o controlo.	1	2	3	4
6. Dou por mim a pensar em sexo durante o trabalho.	1	2	3	4
7. Sinto que pensamentos e sentimentos sexuais são mais fortes que eu.	1	2	3	4
8. Tenho de lutar para controlar os meus pensamentos sexuais e comportamento.	1	2	3	4
9. Penso em sexo mais do que gostaria.	1	2	3	4
10. Tem sido difícil para mim encontrar parceiras sexuais que desejem ter sexo tanto quanto eu.	1	2	3	4