



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**ALEXITIMIA, INTEROCEÇÃO E
FUNCIONAMENTO SEXUAL**

Cláudia Berenguer

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR RUI COSTA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2018

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Rui Costa, apresentada no ISPA - Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Começo por agradecer aos meus professores, em especial aos que marcaram pela diferença, aos que marcaram pelo gosto no seu trabalho e pela proximidade com os alunos. Agradeço à minha orientadora de seminário, a professora Dra. Isabel Leal, que possibilitou todo este trabalho e ao meu orientador de dissertação, o professor Dr. Rui Miguel Costa, que com muita sorte tive o privilégio de trabalhar.

Agradeço à minha mãe, que me transmitiu os principais valores sobre os quais guio a minha vida. Agradeço ao meu pai, um exemplo de esforço e disponibilidade. Agradeço à minha família, em especial à minha avó e à minha irmã que me deram a conhecer o amor mais altruísta. Agradeço à família que a vida foi acrescentando, sobretudo ao “outro elemento do trio” por toda a compreensão e afeto.

Agradeço ao meu namorado, aquele que esteve presente todo este ano (muitas vezes caótico) e com quem partilhei todos os meus momentos de entusiasmo, mas também de insegurança. Aquele que me deu um apoio extraordinário simplesmente me permitindo “ser o mais eu que eu posso ser”. Um obrigada especial!

Agradeço aos colegas que durante este caminho se tornaram amigos. Obrigada pela riqueza que adicionaram, obrigada pela amizade, pelas gargalhadas e diversão! Agradeço aos amigos que fruto da vida estão um bocadinho mais longe, no entanto, sempre no coração. Agradeço a quem já partiu e faz muita falta... Obrigada!

Muito obrigada às alegrias e às tristezas, aos sucessos e derrotas... todos eles partes fundamentais deste meu percurso. Muito obrigada!

Resumo

A literatura aponta para associações entre maior alexitimia, menor interoção e problemas no funcionamento sexual. No entanto, a investigação é escassa e dada a diversidade de conceitos e medidas utilizadas, pouco conclusiva. Este estudo visa explorar as intercorrelações entre a alexitimia, interoção, e algumas dimensões do funcionamento sexual como o desejo, excitação, lubrificação, função erétil, orgasmo, satisfação, dor, *distress* e frequência de atividade sexual. O estudo conta com uma amostra de 340 indivíduos (228 mulheres e 112 homens), e uma subamostra constituída pelos indivíduos com relações sexuais com o sexo oposto nas últimas 4 semanas perfazendo um total de 244 indivíduos (152 mulheres e 88 homens). Utilizou-se um Questionário Sociodemográfico, a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), a Escala de Avaliação Multidimensional da Consciência Interoativa (MAIA), um Questionário de Frequências Sexuais, o Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI), a Escala de *Distress* Sexual Feminino - Revisto (FSDS-R), o Índice Internacional de Função Erétil (IIEF) e a Ferramenta de Diagnóstico de Ejaculação Precoce (PEDT). Foram encontradas correlações entre maior alexitimia e menor interoção. Maior alexitimia e menor interoção correlacionaram-se com mais dificuldades em todas as dimensões do funcionamento sexual feminino avaliadas, com exceção da alexitimia com o desejo. Nos homens, menor interoção correlacionou-se com mais sintomas de ejaculação precoce e maior alexitimia correlacionou-se com mais sintomas de ejaculação precoce e mais dificuldades na ereção. O presente estudo corrobora a noção de que a consciência das emoções e das sensações corporais internas é um fator importante no funcionamento sexual. Limitações e implicações clínicas são discutidas.

Palavras-chave: Alexitimia, Interoção, Sensibilidade Interoativa, Funcionamento Sexual, Sexualidade.

Abstract

The literature shows an association between greater alexithymia, lesser interoception and more impaired sexual function. However, the investigation is limited, and given the diversity of concepts and measures, inconclusive. This study aims to explore the intercorrelations between alexithymia, interoception and several dimensions of sexual function, namely desire, arousal, lubrication, erectile function, orgasm, satisfaction, pain, distress and frequency of sexual activity. The sample has 340 individuals (228 women and 112 men), and a subsample composed by individuals having sex with the opposite sex in the last 4 weeks has 244 individuals (152 women and 88 men). We used a Sociodemographic Questionnaire, the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA), a Sexual Frequency Questionnaire, the Female Sexual Function Index (FSFI), the Female Sexual Distress Scale -Revised (FSDS-R), the International Index of Erectile Function (IIEF) and the Premature Ejaculation Diagnostic Tool (PEDT). Greater alexithymia correlated with lesser interoception. Greater alexithymia and lesser interoception correlated with more difficulties in all dimensions of female sexual function, except for alexithymia with desire. In men, lesser interoception correlated with more premature ejaculation symptoms, and greater alexithymia correlated with more premature ejaculation symptoms and more difficulties in erectile function. The present investigation corroborates the view that awareness of emotions and internal bodily states are important for sexual functioning. Limitations and clinical implications are discussed.

Key-words: Alexithymia, Interoception, Interoceptive sensibility, Sexual Function, Sexuality.

Índice

Introdução.....	1
Alexitimia e Funcionamento Sexual.....	1
Interoceção e Funcionamento Sexual.....	2
Alexitimia e Interoceção.....	3
Alexitimia, Interoceção e Funcionamento Sexual.....	4
Objetivos.....	4
Método	5
Participantes.....	5
Procedimento	5
Materiais	5
Análises Estatísticas	9
Resultados	9
Discussão.....	16
Considerações Finais.....	20
Referências	20
Anexos.....	27

Lista de Anexos

Anexo I – Revisão de Literatura

Anexo II – Questionário Online (versão feminina)

Anexo III – Questionário Online (versão masculina)

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estatísticas descritivas (amostra total)

Tabela 2 – Estatísticas descritivas (subamostra com relações sexuais com o sexo oposto nas últimas 4 semanas)

Tabela 3 – Correlações entre o MAIA e o TAS-20

Tabela 4 – Correlações entre o MAIA, TAS-20 e Dimensões do Funcionamento Sexual (subamostra feminina)

Tabela 5 – Correlações entre o MAIA, TAS-20 e Dimensões do Funcionamento Sexual (subamostra masculina)

Tabela 6 – Correlações entre o MAIA, TAS-20 e Frequências de Atividades Sexuais

Tabela 7 – Correlações Parciais das Frequências de Atividades Sexuais controlando Relações Sexuais nas últimas 4 semanas com o sexo oposto e/ou Parceiro Sexual

Lista de abreviaturas

PI – Precisão Interocetiva

SI – Sensibilidade Interocetiva

CI – Consciência Interocetiva

TAS-20 – Escala de Alexitimia de Toronto

MAIA – Avaliação Multidimensional da Consciência Interocetiva

FSFI – Índice de Funcionamento Sexual Feminino

FSDS – Escala de *Distress* Sexual Feminino

IIEF – Índice Internacional de Função Erétil

PEDT - Escala Diagnóstica de Ejaculação Precoce

DIS – Dificuldade em Identificar Sentimentos

DDS – Dificuldade em Descrever Sentimentos

POE – Pensamento Orientado para o Exterior

Introdução

Existem razões para pensar que a consciência das emoções e a consciência das sensações corporais poderão influir no funcionamento sexual. É nesse sentido que, a par das variadas dimensões do funcionamento sexual, exploraremos os conceitos, alexitimia, que se refere a uma dificuldade em estar consciente das emoções, e interocepção, representativa da consciência dos estados corporais internos.

Alexitimia e Funcionamento Sexual

A alexitimia é considerada uma condição subclínica, podendo ser descrita globalmente como um déficit na representação e regulação cognitiva das emoções (Taylor, Bagby, & Parker, 2016). Representa um contínuo de diferenças individuais (Parker, Keefer, Taylor, & Bagby, 2008), sendo definida como: dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos; dificuldade em fazer distinções entre sentimentos e sensações físicas de excitação emocional (manifestadas em somatizações); dificuldade em encontrar palavras para descrever sentimentos; imaginação e fantasia limitadas no que se refere à simbolização dos afetos; e um estilo de pensamento concreto e voltado para a realidade externa (Sifneos, 1973; Taylor, 1994; Taylor et al., 2016). As características alexitímicas têm vindo recorrentemente a ser associadas a um acréscimo das dificuldades ao sucesso das intervenções psicológicas (Krytal, 1982; Taylor, 1984) e/ou médicas (Taylor, 1984), a elevadas hospitalizações (Kleiger & Dirks, 1980) e a uma tendência a comportamentos pouco saudáveis (Lumley, Nelly, & Burger, 2007; Lumley, Stettner, & Wehmer, 1996).

Apesar do desenvolvimento inicial no contexto da medicina psicossomática (Correia et al., 2014), rapidamente, se percebeu que as características alexitímicas surgiam não apenas associadas a quadros psicossomáticos clássicos como artrite reumatóide, hipertensão, doença inflamatória do intestino. Compreendeu-se uma associação às mais variadas condições de saúde física, e. g., doença cardíaca, cancro, diabetes, dor crónica, fibromialgia (Taylor, Bagby & Parker, 1997), e de saúde mental, e.g., abuso de substâncias (Bashapoor, Hosseini-Kiasari, Daneshvar, & Kazemi-Taskooh, 2015; Lyvers, Lysychka, & Thorberg, 2014), perturbações alimentares (Elfhag & Lundh, 2007; Torres et al, 2011;), perturbações de personalidade (New et al., 2012; Nicolò et al., 2011), depressão e ansiedade (Picardi et al., 2011), perturbação de stress pós-traumático (Frewen, Dozois, Neufeld, & Lanius, 2008) e disfunções sexuais (Madioni & Mammana, 2001; Michetti et al., 2007; Michetti, Rossi, Bonanno, Tieso, & Simonelli, 2006)

Investigações estabeleceram uma associação entre valores elevados de alexitimia e quadros de disfunção sexual como disfunção erétil (Madioni & Mammana, 2001; Michetti et al., 2006), desejo sexual hipotativo (Madioni & Mammana, 2001) e ejaculação precoce (Michetti et al., 2007). Ainda no campo da sexualidade foram encontradas associações entre a alexitimia e insatisfação sexual (Humphreys, Wood, & Parker, 2009; Scimeca et al., 2012) e menor frequência coital nas mulheres (Brody, 2003). Para além disso, sabemos que algumas das mais importantes características no estabelecimento de relações de intimidade tendem a apresentar-se comprometidas por elevados valores de alexitimia (Humphrey et al., 2009). Deste modo indivíduos com elevados valores de alexitimia parecem ter uma maior dificuldade em conectar-se com os outros a um nível íntimo (Mallinckrodt & Wei, 2005; Vanheule et al., 2006), têm mais probabilidade de ser solteiros (Kokonen et al., 2001) e, quando comprometidos, relatam menor satisfação relacional (Humphreys et al., 2009). Maior alexitimia aparece ainda associada a mais dificuldades interpessoais como o desapego, o nervosismo e a vergonha, dificuldades estas relevantes no comportamento sexual (Scimeca et al., 2013).

Interoceção e Funcionamento Sexual

A interoceção refere-se à percepção consciente dos estados corporais internos, que criam um senso da condição fisiológica do corpo (Craig, 2002), tais como as sensações de fome, sede, respiração, batimento cardíaco, excitação, fadiga, temperatura, dor, entre outros (Fowler, 2003). Distinguem-se três dimensões da interoceção: precisão interoceptiva (PI), sensibilidade interoceptiva (SI) e consciência interoceptiva (CI). A PI refere-se à capacidade de detetar sinais internos quantificando-os objetivamente, sendo normalmente utilizada como medida de avaliação a tarefa de deteção do ritmo cardíaco (Garfinkel et al., 2015). Já a SI refere-se, segundo os autores supramencionados, à tendência auto-relatada do indivíduo para estar atento às sensações corporais internas. Por sua vez a CI, refere-se ao grau de concordância entre a interoceção objetiva e a interoceção subjetiva, ou seja, entre as dimensões PI e SI (Garfinkel et al., 2015). Importa referir que estas taxonomias são recentes e observamos a utilização de diferentes terminologias por diferentes autores.

Uma elevada interoceção associa-se, por exemplo, a quadros de pânico e ansiedade, nomeadamente a PI avaliada através da tarefa de deteção do ritmo cardíaco (Limmer, Kornhuber, & Martin, 2015). Ainda assim, esta associação parece dever-se principalmente ao estilo cognitivo do indivíduo, que se foca excessivamente nesta reação corporal, mas não está necessariamente mais atento a outras reações corporais. Ou seja, compreendeu-se a influência

de um estilo atencional que se consubstancia numa interoção desadaptativa (Mehling et al., 2012).

Por outro lado, a investigação associada ao *mindfulness*, bem como a outras práticas que visam aumentar a consciência corporal, apoia claramente a interoção como um fator positivo para o bem-estar e saúde psicológica do indivíduo (Bornemann, Herbert, Mehling, & Singer, 2015), e, adicionalmente, com elevado potencial de desenvolvimento (Melloni et al., 2013). Num sentido semelhante, vários estudos têm demonstrado correlações entre valores reduzidos de interoção e vários quadros psicopatológicos, e. g., perturbações de adicção (Paulos & Stewart, 2014; Verdejo-Garcia, Clark, & Dunn, 2012; Sönmez, Kahyacı Kılıç, Çöl, Görgülü, & Köse Çınar, 2016), perturbações alimentares (Fischer et al., 2016; Herbert & Pollatos, 2014), perturbações somáticas (Weiss et al., 2014), e no que concerne ao campo da sexualidade, a um baixo desejo e *distress* sexual em mulheres (Paterson, Handy, & Brotto, 2016).

Num estudo em que se realizaram oito sessões de uma intervenção cognitiva baseada em exercícios de *mindfulness* em mulheres com problemas de desejo e/ou excitação sexual detetaram-se alterações significativas nos níveis de interoção, no desejo sexual e no *distress*. Verificou-se que as melhorias no desejo sexual e *distress* foram mediadas pelo aumento da interoção. Desta forma, foi sugerida uma relação entre a interoção e o desejo sexual feminino e *distress* (Paterson et al., 2016). Contrariamente a resultados previamente obtidos (Velten & Brotto, 2017), dois estudos demonstraram que quer numa amostra feminina sem disfunção sexual (Handy & Meston, 2016), quer numa amostra feminina com perturbação da excitação sexual (Handy & Meston, 2017), a concordância entre excitação genital e a perceção subjetiva das mudanças genitais em resposta a filmes com conteúdo sexual, foi maior em quem relatou ter maior interoção através da escala *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA). Considerou-se que muitos casos de perturbação da excitação feminina poderão ser resultado de dificuldades na perceção das alterações genitais e não da ausência ou na diminuição da resposta genital (Handy & Meston, 2017; Handy, Stanton, Pulverman, & Meston, 2018).

Alexitimia e Interoção

Alguns autores têm-se debruçado sobre a associação entre a alexitimia e a interoção, verificando que as mesmas se correlacionam negativamente (Herbert, Herbert & Pollatos, 2011; Shah, Hall, Catmur, & Bird, 2016; Zamariola, Vlemincx, Luminet, & Corneille, 2018), isto é, quanto maior alexitimia, menor interoção. Indaga-se se a primeira poderá não estar apenas

associada a défices no reconhecimento e descrição de sentimentos, mas sim, a dificuldades globais na interoção, ou seja, na perceção de sinais corporais internos (Brewer, Happé, Cook, & Bird, 2015; Brewer, Cook, & Bird, 2016; Sowden, Brewer, Catmur, & Bird, 2016;). A investigação é recente e, portanto, pouco extensa, no entanto, vai ao encontro de várias teorias da emoção que estabelecem uma proximidade entre as sensações corporais, emoções e sentimentos. Um pioneiro foi James (1884) que defendeu que as emoções eram as sensações perante alterações corporais inatas pós-perceção de facto excitante. Posteriormente Damásio (1994) explora com profundidade esta temática. O autor definiu emoção como as reações corporais inatas desencadeadas por um estímulo e sentimento como a experiência mental deste processo.

A posição de que a alexitimia se correlaciona inversamente com a interoção não está totalmente assente, já que alguns autores, ainda que estabelecendo associação entre a alexitimia e a SI, não encontram qualquer ligação com a PI medida através da tarefa de deteção do batimento cardíaco (Zamariola et al., 2018).

Alexitimia, Interoção e Funcionamento Sexual

Até onde temos conhecimento, apenas uma investigação examinou simultaneamente as variáveis alexitimia, interoção e funcionamento sexual. No referido estudo encontrou-se na amostra feminina (mas não na masculina), uma correlação negativa entre o desejo sexual e a alexitimia e uma correlação positiva entre o desejo sexual e a interoção avaliada através da tarefa de deteção do ritmo cardíaco (PI). Estas relações foram independentes (Costa et al., 2018).

Objetivos

O presente estudo pretende colmatar algumas das limitações e lacunas presentes na literatura, tendo por isso como objetivos: examinar as relações entre alexitimia, interoção, frequência de atividades sexuais e várias dimensões do funcionamento sexual (desejo, excitação, lubrificação, função erétil, orgasmo, satisfação, dor e *distres*), em ambos os sexos, conforme se aplique. Os resultados poderão guiar ao desenvolvimento de novas investigações neste âmbito, e ainda, no aprimoramento de terapias para dificuldades sexuais, que tenham em consideração os níveis de alexitimia do indivíduo e que incluam uma componente de aumento da interoção.

Método

Participantes

O estudo contou com uma amostra inicial de 364 participantes (247 mulheres e 117 homens). Após exclusão de participantes a tomarem antidepressivos ($N = 18$), com condições de saúde que pudessem interferir com a função sexual ($N = 5$) e que relataram ter menos de 18 anos ($N = 1$), restaram 340 indivíduos (228 mulheres e 112 homens). A análise das associações da interoção e da alexitimia com as dimensões do funcionamento sexual aplicou-se somente à subamostra com relações sexuais com o sexo oposto nas últimas quatro semanas, perfazendo esta subamostra um total de 244 indivíduos (152 mulheres e 88 homens). Este tamanho de amostra tem poder adequado (.80) para detetar efeitos moderados nas mulheres ($r^2 = .048$, i. e., $r = .22$) e nos homens ($r^2 = .081$, i. e., $r = .28$).

Procedimento

O protocolo para recolha de dados foi operacionalizado em formato online através do software Qualtrics. O convite à participação foi enviado por email a uma lista de contactos com pedido de reencaminhamento. Adicionalmente foi realizada divulgação através das redes sociais igualmente com pedido de partilha do link do questionário. Após clicarem no link, os potenciais participantes, visualizavam o consentimento informado. O consentimento explicitava o âmbito e objetivos da investigação, informava sobre o carácter voluntário do questionário, o anonimato e confidencialidade das respostas, e indicava o contacto do professor orientador. Só após concordarem e afirmarem ter mais de 18 anos é que eram encaminhados para o questionário.

O método de amostragem foi por conveniência e por via de bola de neve. Este estudo foi conduzido de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsinki. Posteriormente à recolha, os dados foram extraídos e analisados com o SPSS 24.

Materiais

Questionário Sociodemográfico

Foram apresentadas questões sociodemográficas referentes ao sexo, idade, profissão e habilitações literárias. Foram também colocadas questões sobre a existência de problemas de saúde, bem como toma de antidepressivos e outros medicamentos. Questionou-se sobre a

existência de parceiro/a sexual regular, coabitação, duração da relação (caso existisse) e orientação sexual. A orientação sexual foi acedida através da questão “Das seguintes opções, qual é a que melhor descreve a sua sexualidade?” com as seguintes opções de resposta “a) Só com o sexo oposto; b) Principalmente com o sexo oposto; c) Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo; d) Principalmente com o mesmo sexo; e) Só com o mesmo sexo”.

Alexitimia

De forma a analisar os valores de alexitimia foi utilizada a *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), instrumento originalmente desenvolvido por Bagby e Parker (1994), com tradução e adaptação Portuguesa de Prazeres, Parker e Taylor (2000) designada em português Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Este é um questionário de auto-relato composto por 20 itens pontuados em escala *likert* de 5 pontos, em que é pedido ao indivíduo que registre o seu grau de concordância com cada item de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Apresenta três fatores: dificuldade em identificar sentimentos (DIS), dificuldade em descrever sentimentos (DDS), e estilo de pensamento orientado para o exterior (POE). Análises fatoriais confirmatórias tanto em amostras clínicas, como não clínicas, têm vindo a replicar esta estrutura, o que se aplica à versão portuguesa. Esta última apresentou uma precisão teste-reteste de .90 e consistência interna adequada (alfa de cronbach = .79) (Prazeres et al., 2000). De salientar que esta é a escala mais utilizada globalmente na avaliação dos níveis de alexitimia (Taylor et al., 2016).

Interoceção

Para avaliação da interoceção optou-se pela utilização da escala *Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness* (MAIA) (Mehling et al., 2012). É um questionário de auto-relato composto por 32 itens pontuados em escala de *likert* de seis pontos, em que é pedido ao indivíduo que registre o seu grau de concordância de 0 (nunca) a 5 (sempre). É uma medida multidimensional de interoceção composta por oito fatores: notando, não-distração, não-preocupação, regulação da atenção, consciência emocional, autorregulação, escuta corporal e confiança (no original, *noticing, not-distracting, not-worrying, attention regulation, emotional awareness, self-regulation, body listening e trusting*). As subescalas apresentam uma consistência interna adequada (alfa de cronbach entre .66 e .82). Esta escala não se encontrava

validada nem mesmo possuía uma tradução portuguesa, desta forma a tradução foi realizada no âmbito da presente investigação. A escala aqui denominada como Escala de Avaliação Multidimensional da Consciência Interocetiva (MAIA), apresentou uma boa consistência interna (alfa de cronbach = .87). No presente estudo, utilizou-se apenas a pontuação total e como tal, não foram realizadas análises fatoriais.

De acordo com a terminologia apresentada por Garfinkel et al. (2015), e adotada na presente investigação, esta é uma escala que avalia a sensibilidade interocetiva (SI).

Frequência sexual

Perguntou-se aos participantes o número de dias no decorrer do último mês em que tiveram as seguintes atividades sexuais: coito vaginal (pénis-vagina), relações sexuais não coitais (sexo oral, masturbação por parceiro/a, sexo anal) e masturbação a sós. De modo a restringir o acesso aos questionários sobre a função sexual perguntou-se sobre a ocorrência de relações sexuais com o sexo oposto nas últimas quatro semanas.

Funcionamento Sexual Feminino

Para avaliação das dimensões do funcionamento sexual feminino foi utilizado o *Female Sexual Function Index* (FSFI) desenvolvido por Rosen et al. (2000). E escala foi validada para a população portuguesa por Pechorro, Diniz, Almeida e Vieira (2009), denominando-se no português Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). Este instrumento tem seis fatores: desejo, excitação subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. A versão portuguesa apresenta uma sobreposição dos dois primeiros fatores desejo-excitação. Contudo, no presente estudo, diferenciámos as referidas dimensões, pois é a estrutura fatorial de seis itens que é comumente utilizada em estudos em várias línguas e países. Todas as suas dimensões têm valores ponderados diferentemente para calcular o valor total do FSFI. Nenhuma informação sobre alterações a esta ponderação foi fornecida na versão portuguesa, por isso conservaram-se as ponderações originais. É um questionário multidimensional de auto-relato composto por 19 itens com resposta em escala *likert* de cinco pontos acerca das últimas quatro semanas. Os itens são pontuados de 1 a 5, sendo o 0 correspondente a nenhuma atividade sexual (no entanto, nenhuma participante nestas condições preencheu o FSFI). Com exceção da dimensão “dor” que especifica penetração vaginal, as outras questões referem-se a atividade sexual ou relações sexuais, e como tal poderiam incluir funcionamento durante a masturbação a sós. Como os

objetivos do presente estudo se focam no funcionamento heterossexual, adaptou-se a questão de forma a apenas incluir as relações sexuais. Há estudos publicados com adaptações semelhantes (Aslan, Beji, Gungor, Kadioglu & Dikencik, 2008; Costa & Peres, 2015). Apresenta uma boa consistência interna, sendo o alfa de cronbach igual ou superior a .82 para os vários fatores e igual a .95 para escala total. Na versão portuguesa o alfa de cronbach encontra-se entre os .88 e .90 para as diferentes subescalas e igual a .93 para a escala total (Pechorro et al., 2009).

Ainda, no funcionamento sexual feminino, foi avaliado o *distress*, sendo para isso utilizada a escala *Female Sexual Distress Scale-Revised* (FSDS-R) desenvolvida por DeRogatis et al. (2009). Este é um questionário de auto-relato composto por 13 itens pontuados numa escala de *likert* de 5 pontos de 0 (nunca) a 4 (sempre) relativamente ao *distress* sexual sentido nas últimas 4 semanas (angústia com a sexualidade, numa tradução possível). A escala apresenta boa validade discriminante entre mulheres com e sem desejo sexual hipoativo, a validade teste-reteste foi adequada nomeadamente de .74 e um alfa de cronbach entre .88 e .96 confirma uma boa consistência interna (DeRogatis et al, 2009). Apesar de ter sido desenvolvido para a utilização com foco na perturbação do desejo sexual hipoativo, a FSDS-R tem vindo a ser comumente empregue na avaliação do *distress* sexual em variados aspetos do funcionamento sexual (Knoepp, Shippey, Chen, Cundiff, Derogatis, & Handa, 2010; Shifren, Monz, Russo, Segreti, & Johannes 2008). Esta escala não se encontrava validada para a população portuguesa, desta forma foi realizada uma tradução da escala, a que denominamos Escala de *Distress* Sexual Feminino (FSFI-R). Verificou-se adequada consistência interna (alfa de cronbach = .94) e adequada validade de constructo (a correlação com o FSFI total foi de -.71; $p < .01$ e com as dimensões do FSFI variou entre -.40 e -.66; $p < .01$).

Funcionamento Sexual Masculino

Para avaliar as dimensões do funcionamento sexual masculino utilizou-se o *International Index of Erectile Function* (IIEF) de Rosen et al. (1997), aferido para a população portuguesa por Gomes e Nobre (2011) com a denominação Índice Internacional de Função Erétil. Esta é uma escala multidimensional que tem por objetivo aceder à função sexual nos homens, em amostras clínicas e não clínicas. É um questionário de auto-relato composto por 15 itens com resposta em escala *likert* de 5 pontos sobre a função sexual nas últimas 4 semanas. Conta com cinco fatores: desejo, ereção, orgasmo, satisfação com a relação sexual e satisfação sexual geral (Rosen et al., 1997). A versão portuguesa possui os mesmos cinco fatores, mas

exclui o item 6 original, passando assim a versão portuguesa a ter um total de 14 itens. A escala apresenta consistência interna adequados com alfa de cronbach com valores entre .72 e .86 para as subescalas. Apresenta boa validade discriminante. Já a precisão teste-reteste varia para as diferentes subescalas, sendo moderada para o orgasmo e satisfação na relação sexual, elevada para a satisfação sexual geral. Já para a ereção e para o desejo sexual os valores apresentados não foram estatisticamente significativos (Gomes & Nobre, 2012).

Foi ainda utilizada a escala *Premature Ejaculation Diagnostic Tool* (PEDT) desenvolvida por Symonds et al., (2007). Este é um questionário de auto-relato composto por cinco itens, em escala *likert* de quatro pontos. É unifatorial e avalia aspetos relacionados com a ejaculação precoce como controlo, frequência, estimulação mínima, frustração, e dificuldades interpessoais. Mais especificamente, indivíduos com ejaculação precoce tendem a relatar: uma falta de controlo sobre o momento da ejaculação (e. g., dificuldade em retardar); salientam a sua ocorrência com estimulação genital reduzida; relatam ocorrência da ejaculação precoce frequentemente; apresentam frustração associada à ejaculação precoce; bem como questões associadas à relação com o outro (e. g., preocupação com a satisfação da parceira). Apresenta qualidades psicométricas boas, com um alfa de cronbach igual a .71. A precisão teste-reteste é igual a .70 (Symonds et al., 2007). Esta escala não se encontrava validada, tendo sido realizada uma tradução de modo a utiliza-la neste estudo. Nesta versão portuguesa, a que denominamos como Escala Diagnóstica de Ejaculação Precoce (PEDT), verificou-se uma razoável consistência interna (alfa de Cronbach = .67) e adequada validade de constructo (a correlação com o IIEF foi de -.28; $p < .05$).

Análises Estatísticas

Utilizaram-se correlações de Pearson para examinar as associações entre as variáveis.

Resultados

As estatísticas descritivas são apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Estatísticas descritivas (amostra total N = 340)

	Mulheres N (%) ou Média (DP)	Homens N (%) ou Média (DP)
N	228	112
Idade	24.6 (7.14)	26.21 (6.43)
<i>Habilitações literárias</i>		
Inferior a 12º Ano	19 (8.3%)	30 (26.8%)
12º Ano	47 (20.6%)	35 (31.3%)
Frequência Universitária	95 (41.7%)	26 (23.2%)
Licenciatura	31 (13.6%)	15 (13.4%)
Mestrado	24 (10.5%)	4 (3.6%)
Doutoramento	2 (0.9%)	0 (0%)
<i>Profissão</i>		
Estudante	130 (57%)	33 (29.5%)
Empregado/a	82 (36%)	76 (67.9%)
Desempregado/a	9 (3.9%)	2 (1.8%)
Trabalhador(a) estudante	2 (0.9%)	0 (0%)
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	182 (79.8%)	99 (88.4%)
Casado	26 (11.4%)	10 (8.9%)
União de Facto	13 (5.7%)	0 (0%)
Divorciado	5 (2.2%)	1 (0,9%)
Sem parceiro/a regular	68 (29.8%)	43 (38.4%)
Com parceiro/a regular	160 (70.2%)	69 (61.6%)
Coabitação	74 (32.5%)	38 (33.9%)
Duração da relação (meses)	61.17 (62.51)	61.33 (71.61)
Frequência coital (dias)	7.03 (7.29)	10.0 (8.61)
Frequência de sexo não coital (dias)	3.74 (5.50)	5.87 (6.60)
Frequência de masturbação (dias)	2.95 (4.70)	7.30 (8.10)
C/ Relações Sexuais com o sexo oposto nas últimas 4 semanas	152 (66.7 %)	88 (78.6%)
S/ Relações Sexuais com o sexo oposto nas últimas 4 semanas	76 (33.3 %)	23 (20.5%)

DP = Desvio Padrão

Tabela 2 - Estatísticas descritivas (subamostra com relações sexuais com o sexo oposto nas últimas 4 semanas N = 244)

	Mulheres	Homens
	N (%) ou Média (DP)	N (%) ou Média (DP)
N	152	88
Idade	25.01 (6.66)	26.24 (6.28)
<i>Habilitações literárias</i>		
Inferior a 12º Ano	12 (7.9%)	24 (27.3%)
12º Ano	31 (20.4%)	29 (33%)
Frequência Universitária	57 (37.5%)	19 (21.6%)
Licenciatura	27 (17.8%)	12 (13.6%)
Mestrado	17 (11.2%)	3 (3.4%)
Doutoramento	2 (1.3%)	0 (0%)
<i>Profissão</i>		
Estudante	77 (50.7%)	25 (28.4%)
Empregado/a	63 (41.4%)	62 (70.5%)
Desempregado/a	7 (4.6%)	1 (1.1%)
Trabalhador(a) estudante	2 (1.3%)	0 (0%)
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	118 (77.1%)	78 (88.6%)
Casado	21 (13.8%)	8 (9.1%)
União de Facto	11 (7.2%)	0 (0%)
Divorciado	1 (0.7%)	0 (0%)
Sem parceiro/a regular	17 (11.2%)	24 (27.3%)
Com parceiro/a regular	135 (88.8%)	64 (72.7%)
Coabitação	66 (43.4%)	37 (40.7%)
Duração da relação (meses)	62.61 (63.60)	58.14 (67.36)
Frequência coital (dias)	9.79 (6.79)	11.20 (8.12)
Frequência de sexo não coital (dias)	4.66 (5.49)	6.26 (6.32)
Frequência de masturbação (dias)	2.81 (4.58)	7.18 (8.06)

DP = Desvio Padrão

Como apresentado na Tabela 3, verificou-se uma correlação entre menor alexitimia e maior interoção em ambos os sexos e para todos os fatores da alexitimia.

Tabela 3 - Correlações entre o MAIA e o TAS-20 (amostra total N= 340)

	MAIA		
	Amostra Total	Amostra Feminina	Amostra Masculina
TAS-20 Final	-.34**	-.36**	-.30**
DIS (TAS-20)	-.29**	-.31**	-.21**
DDS (TAS-20)	-.30**	-.32**	-.25*
POE (TAS-20)	-.19**	-.21**	-.27**

TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto; DIS = Dificuldade em Identificar Sentimentos; DDS = Dificuldade em Descrever Sentimentos; POE = Pensamento Orientado para o Exterior; MAIA = Avaliação Multidimensional da Consciência Interoativa.

** p < .01

* p < .05

Na tabela 4 são apresentados os resultados obtidos na subamostra feminina no que concerne ao funcionamento sexual. A interoção correlacionou-se significativamente com todos as dimensões analisadas do funcionamento sexual feminino, nomeadamente, uma maior interoção associou-se a um menor *distress* sexual e melhor funcionamento a nível do desejo, excitação subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. A alexitimia apenas não se correlacionou com o desejo sexual feminino, aparecendo associada a mais *distress* sexual, e a um pior funcionamento sexual no que se refere à excitação subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. O fator dificuldade em identificar sentimentos (DIS) aparece correlacionado com todas as dimensões sexuais exceto com o desejo sexual. O fator dificuldade em descrever sentimentos (DDS) surge associado a mais *distress*, menor excitação subjetiva, menor lubrificação e mais dor. Por sua vez o pensamento externamente orientado (POE) correlacionou-se significativamente com mais dificuldades a nível da excitação subjetiva e mais dor.

Tabela 4 - Correlações entre o MAIA, TAS-20 e Dimensões do Funcionamento Sexual Feminino (subamostra feminina com relações sexuais com o sexo oposto nas últimas quatro semanas; N = 152)

	MAIA	TAS-20	DIS (TAS-20)	DDS (TAS-20)	POE (TAS-20)	FSDS-R
FSFD-R	-.24**	.27**	.34**	.23**	.03	-
FSFI	.35**	-.26**	-.28**	-.22**	-.10	-.71**
Desejo (FSFI)	.19*	-.08	-.02	-.11	-.10	-.39**
Excitação Subjetiva (FSFI)	.33**	-.28**	-.27**	-.21*	-.19*	-.61**
Lubrificação (FSFI)	.18*	-.19*	-.18*	-.22**	-.05	-.44**
Orgasmo (FSFI)	.33**	-.18*	-.30**	-.15	.09	-.53**
Satisfação (FSFI)	.25**	-.16*	-.21**	-.19	-.01	-.66**
Dor (FSFI)	.24**	-.26**	-.25**	-.18*	-.17*	-.59**

MAIA = Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceiva; TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto; DIS = Dificuldade em Identificar Sentimentos; DDS = Dificuldade em Descrever Sentimentos; POE= Pensamento Orientado para o Exterior; FSFI= Índice Funcionamento Sexual Feminino; FSDS-R = Escala de *Distress* Sexual Feminino.

** p < .01

* p ≤ .05

Na Tabela 5 são apresentadas as correlações obtidas entre a interoção, alexitimia e funcionamento sexual na subamostra masculina. Uma maior interoção surge associada a menos sintomas de ejaculação precoce. Já valores superiores de alexitimia associaram-se com mais sintomas de ejaculação precoce e com mais dificuldades na ereção. De referir que entre os fatores do TAS-20 a dificuldade em identificar sentimentos (DIS) é o fator correlacionado com as dificuldades a nível da ereção, e a dificuldade em descrever sentimentos (DDS) é o fator que se correlaciona significativamente com sintomas de ejaculação precoce.

Tabela 5 - Correlações entre o MAIA, TAS-20 e Dimensões do Funcionamento Sexual Masculino (subamostra masculina com relações sexuais com o sexo oposto nas últimas quatro semanas; N = 88)

	MAIA	TAS-20	DIS (TAS-20)	DDS (TAS-20)	POE (TAS-20)	PEDT
PEDT	-.26*	.24*	.20	.26*	.11	-
IIEF	.02	-.17	-.20	-.10	-.10	-.28*
Ereção (IIEF)	-.001	-.23**	-.28**	-.10	-.12	-.25*
Desejo (IIEF)	.07	.12	.13	.10	.03	-.21*
Satisfação relação sexual (IIEF)	.10	-.11	-.15	-.05	-.06	-.20
Orgasmo (IIEF)	.01	-.16	-.19	-.06	-.11	-.12
Satisfação sexual geral (IIEF)	-.01	-.16	-.14	-.16	-.09	-.32**

MAIA = Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceiva; TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto; DIS = Dificuldade em Identificar Sentimentos; DDS = Dificuldade em Descrever Sentimentos; POE = Pensamento Orientado para o Exterior; IIEF = Índice Internacional da Função Erétil; PEDT = Escala Diagnóstica de Ejaculação Precoce.

** p < .01

* p < .05

Como é possível consultar na Tabela 6, as mulheres com maior interoção e menor alexitimia apresentaram maior probabilidade de ter tido relações sexuais com o sexo oposto nas últimas 4 semanas. No grupo feminino, maior interoção também se associou a maior frequência coital e maior frequência de masturbação. Maior alexitimia associou-se a mais masturbação. Dificuldade em identificar (DIS) e dificuldade em descrever sentimentos (DDS) correlacionaram-se com uma maior frequência de masturbação e menos relações nas últimas 4 semanas. Este padrão de correlações não se verificou no grupo masculino. Neste grupo a subescala do pensamento orientado para o exterior (POE) foi a única a obter correlações significativas, nomeadamente associando-se a uma maior frequência de sexo coital. Quando excluídos os indivíduos homossexuais, os resultados permanecem basicamente idênticos.

Tabela 6 - Correlações entre o MAIA, TAS-20 e Frequências de Atividades Sexuais (amostra total; n = 340)

	Mulheres				Homens			
	Sexo com coito	Sexo sem coito	Masturb ação	Relações Sexuais últimas 4 semanas	Sexo com coito	Sexo sem coito	Mastur bação	Relações Sexuais últimas 4 semanas
MAIA	.15*	.03	.17*	.23**	.01	-.17	.13	-.001
TAS-20	-.03	.09	.18**	-.27**	-.03	.07	-.01	-.07
DIS (TAS-20)	.04	.11*	.21**	-.18**	-.13	-.04	.02	-.09
DDS (TAS-20)	-.18**	.02	.14*	-.33**	-.08	.08	-.02	-.08
POE (TAS-20)	.06	.07	.06	-.15*	.20*	.18	-.02	.04

MAIA = Avaliação Multidimensional da Consciência Interoceiva; TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto; DIS = Dificuldade em Identificar Sentimentos; DDS = Dificuldade em Descrever Sentimentos; POE= Pensamento Orientado para o Exterior

** p < .01

* p ≤ 05

Como é possível consultar na tabela 7, referente à amostra feminina, controlando as variáveis parceiro sexual e/ou relações sexuais nas últimas 4 semanas as correlações significativas anteriormente apresentadas mantêm-se. Controlando as referidas variáveis a correlação entre a alexitimia e uma maior frequência de sexo sem coito torna-se significativa.

Tabela 7 - Correlações Parciais das Frequências de Atividades Sexuais controlando Relações Sexuais nas últimas quatro semanas e/ou Parceiro Sexual (amostra feminina N = 228)

	TAS-20	MAIA
Variável de controlo: PS e RS4S		
Sexo com coito	.07	.03
Sem sem coito	.16*	-.06
Masturbação	.16*	.17*
Variáveis de Controlo: PS		
RS4S	-.24**	.19**

MAIA = Avaliação Multidimensional da Consciência Interocectiva; TAS-20 = Escala de Alexitimia de Toronto; PS = Parceiro Sexual Regular; RS4S = Relações Sexuais nas últimas quatro semanas;

** p < .01

* p < .05

Discussão

O objetivo deste estudo passou pela compreensão das relações entre as variáveis alexitimia, interoção e algumas das dimensões do funcionamento sexual feminino (desejo, excitação subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação, dor e *distress*) e masculino (função erétil, desejo, orgasmo e satisfação). Interessava ainda perceber se a alexitimia e a interoção poderiam estar relacionadas com as frequências das diferentes atividades sexuais (sexo coital, sexo não-coital e masturbação).

Com este estudo confirmou-se a associação negativa entre as variáveis alexitimia e interoção (SI). Este efeito foi superior na amostra feminina, no entanto, houve uma correlação negativa para toda a amostra e para todas as dimensões da alexitimia avaliadas pelo TAS-20. Estes resultados são coerentes com os encontrados na literatura (Herbert et al., 2011; Shah et al., 2016; Brewer et al., 2015; Brewer et al., 2016; Sowden et al., 2016; Zamariola et al., 2018). Teoricamente, e tal como supramencionado esta correlação é expectável, sendo que a interoção é necessária à experiência da emoção (Craig, 2004). No entanto, o mecanismo que subjaz a esta ligação, entre a alexitimia e interoção, não é ainda totalmente compreendido e apesar de hipotetizarmos a baixa interoção como antecedente da alexitimia, dadas as características deste estudo, tal não pode ainda ser concluído. Ainda que alguns estudos indiquem que de um modo geral a interoção e alexitimia estão correlacionadas (Shah et al., 2016; Herbert et al., 2011), outros afirmam que apenas a SI se relaciona significativamente com a

alexitimia (Zamariola et al., 2018). A literatura não é totalmente clara neste sentido, além disso é frequente o termo interoção aparecer com alguma indiferenciação. Salientamos e tal como defende Mehling (2016), a necessidade de utilização de medidas multidimensionais que tenham em conta o estilo atencional do indivíduo. Num estudo de Longarzo et al. (2015), em que apesar de ser utilizada, tal como aqui, uma medida de SI, os autores obtêm uma correlação oposta (positiva) à literatura e à presente investigação. No entanto, esta aparente contradição deve-se sobretudo à forma como a interoção é avaliada.

Estabeleceu-se uma associação entre alexitimia e um pior funcionamento sexual. Na amostra feminina, a alexitimia, e tal como verificado por Humphreys et al. (2009) e Scimeca et al. (2013) associou-se a uma menor satisfação sexual. Estes resultados são também congruentes com estudos que indicam uma elevada importância de contacto emocional e intimidade na satisfação sexual feminina (Ellison, 2001). A alexitimia associa-se a mais dificuldades na lubrificação, mais dificuldades em ter orgasmos, mais dor durante a penetração vaginal, mais *distress* sexual e, ao contrário dos resultados obtidos por Scimeca et al. (2012), a mais dificuldades na excitação sexual. Também contrariamente aos dados apresentados por Costa et al. (2018) e Madioni e Mammana (2001), não foi encontrada qualquer correlação com a dimensão desejo, sendo esta a única dimensão à qual a alexitimia, neste estudo, não surge associada. Estes resultados contraditórios poderão ser explicados pela forma como as dimensões desejo e excitação foram acedidas nas diferentes investigações. Devido às adaptações realizadas no FSFI, todas as dimensões do funcionamento sexual feminino, excetuando o desejo, têm, na presente investigação, perguntas obrigatoriamente associadas a atividades sexuais com parceiro. Deste modo, o desejo é a única dimensão não implicativa de contacto sexual com outrem. Contudo, no estudo de Scimeca et al. (2013), a medida de excitação não implicava necessariamente contacto sexual com parceiro ou parceira. Sabendo que a alexitimia coloca constrangimentos aos relacionamentos interpessoais (Humphrey et al., 2009; Mallinckrodt & Wei, 2005; Vanheule et al., 2006), a não implicação relacional do desejo poderá justificar o facto de esta ser a única dimensão do funcionamento sexual feminino sem associação com a alexitimia.

Este estudo confirma parte dos resultados obtidos por Brody (2003) ao mostrar que a alexitimia correlaciona-se com uma menor probabilidade de ter tido relações sexuais nas últimas 4 semanas. Brody (2003) não encontrou uma associação significativa com a frequência de masturbação. No presente estudo, encontramos uma associação positiva entre a alexitimia e a masturbação nas mulheres, o que sugere que maior alexitimia não perturba ou até favorecerá comportamentos sexuais solitários, uma vez que a facilidade em estabelecer relações íntimas

não é aqui uma questão que se coloque. De referir que esta correlação entre maior alexitimia e maior frequência de masturbação não é explicada pela existência de parceiro sexual regular ou por ter tido relações nas últimas quatro semanas.

Nos homens, uma maior alexitimia associou-se a pior qualidade na ereção, coerente com os estudos supramencionados (Madioni & Mammana, 2001; Michetti et al., 2006). Madioni e Mammana (2001) no referido estudo supõem que os sintomas sexuais estudados e correlacionados com a alexitimia poderão tratar-se de uma variante de sintomatologia psicossomática. A alexitimia correlacionou-se também com mais sintomas de ejaculação precoce, o que vai encontro da investigação realizada por Michetti et al. (2007) que encontraram uma associação entre a alexitimia e a ejaculação precoce primária (presente durante toda a vida) e a sua severidade.

Estes resultados parecem frisar o impacto do acesso e expressão afetativa na sexualidade tal como já havia sido suposto por outros autores (Everaerd, 1988). Ainda que não seja possível inferir causalidade, parece que as características alexitimicas poderão constituir um fator de risco para problemas sexuais. Sublinha-se a diferença de géneros encontrada, com a alexitimia a ter efeitos numa gama maior de dimensões da sexualidade feminina. Ainda que esta diferença possa ter inerentes questões metodológicas deste estudo, que contou com uma amostra masculina inferior à feminina e com dados sociodemográficos distintos, consideramos que não será o único fator explicativo, já que esta diferença de géneros surge também em outros estudos (Brody, 2003; Humphrey et al., 2009; Scimeca et al., 2012). Brody (2003) refere a importância acrescida, na sexualidade feminina, e talvez por razões evolutivas, do estabelecimento de relações de intimidade, envolvimento emocional e partilha de afeto. Por esse motivo a alexitimia poderá associar-se mais robustamente com a sexualidade feminina comparativamente à masculina.

Mais capacidades interocetivas surgiram associadas a um melhor funcionamento sexual, também com efeitos mais robustos na amostra feminina. Nesta amostra, a interoção aparece associada a todas as dimensões do funcionamento sexual analisadas. Estes resultados vão ao encontro do referido na literatura, com a interoção associada ao desejo sexual e ao *distress* sexual (Costa et al., 2018; Paterson et al., 2009). Numa intervenção de *mindfulness* que resultou em aumentos significativos no desejo sexual, no *distress* e função sexual geral, as melhorias no desejo e no *distress*, foram mediadas pelos aumentos na interoção (Paterson et al., 2009). Alguns autores propuseram que muitas das disfunções de excitação poderiam ter como causa uma baixa sensação das perceções genitais, e, portanto, terapias visando o aumento da consciência corporal poderão ser uma opção viável no tratamento de problemas sexuais (Handy

& Meston, 2017). Na presente investigação, uma melhor competência interoceptiva associou-se também a um melhor funcionamento a nível da lubrificação, do orgasmo, mais satisfação sexual, menor dor durante a penetração vaginal e menor *distress*. Mulheres com maior interocepção apresentaram mais frequência de masturbação bem como mais probabilidade de ter tido relações sexuais nas últimas 4 semanas. Já na amostra masculina, baixa interocepção apresentou-se associada com mais sintomatologia de ejaculação precoce, o que é coerente com o hipotetizado por Kaplan (1974), de que uma possível causa para a ejaculação precoce será uma baixa consciência das sensações pré-orgásticas.

Salienta-se a globalidade com que a interocepção surge aqui associada ao funcionamento sexual feminino. Ainda que empiricamente, num estudo contemplativo de uma intervenção com características de aumento de consciência corporal, apenas as dimensões desejo e *distress* surjam associados à interocepção (Paterson et al., 2009), sabemos que de modo geral, este tipo de intervenções aumenta a interocepção (Bornemann et al., 2015; Silverstein, Brown, Roth, & Britton, 2011). Além do *mindfulness* (Paterson et al., 2009; Silverstein et al., 2011), e de exercícios meditativos como o *Body Scan* e o *Breath Meditation* (Bornemann et al., 2015), outras terapias, como por exemplo o treino autogénico poderão melhorar a função sexual. O treino autogénico foi associado a uma melhoria na excitação sexual em mulheres com (Stanton, Hixon, Nichols, & Meston, 2018) e sem (Stanton & Meston, 2016) problemas de excitação sexual. Este treino consiste num foco em sensações corporais, como por exemplo a sensação de calor nos membros, implicando deste modo interocepção. Posto isto, e tendo em conta os resultados aqui obtidos, supomos que este tipo de intervenções poderá ter impacto, não apenas nas dimensões desejo e *distress*, mas também nas restantes dimensões do funcionamento sexual feminino e nos sintomas de ejaculação precoce.

Como limitações refere-se a amostra por conveniência, o número superior de participantes do sexo feminino, uma amostra relativamente jovem, algumas discrepâncias entre a amostra feminina e masculina (mulheres com habilitações literárias superiores e predominantemente estudantes). Utilizou-se uma amostra não clínica, e, portanto, não sabemos em que medida estes resultados se aplicam a amostras clínicas, por exemplo, com disfunção sexual. De referir ainda a utilização de medidas de auto-relato, e, em especial, no que concerne à interocepção, uma medida de PI poderia ter sido um complemento de elevada importância empírica.

Apesar das limitações supramencionadas o nosso estudo apresenta resultados relevantes do ponto de vista teórico e empírico. Está estabelecido que a interocepção pode ser aumentada através de diversas práticas de aumento da consciência corporal (Bornemann et al., 2015;

Paterson et al., 2009). Desta forma, compreender que a interocepção pode ter impacto na sexualidade, poderá orientar o desenvolvimento e aprimoramento de terapias direcionadas para problemáticas sexuais. Ainda que surgindo como característica menos permutável e que em si, coloca constrangimentos às intervenções psicológicas, o conhecimento da alexitimia como variável associada a uma pior função sexual poderá também ser útil à orientação terapêutica.

As limitações bem como as implicações apresentadas apontam algumas direções para futura investigação. A nosso ver, seria pertinente a replicação de resultados, com uma amostra mais representativa. A utilização de uma maior complementaridade de medidas poderia esclarecer questões que ficam em aberto, nomeadamente a influência do PI na alexitimia e no funcionamento sexual. Consideramos também que seria importante compreender de que forma estas relações aparecem em amostras clínicas com disfunção sexual. Por fim, apontamos para a necessidade de mais estudos experimentais, que avaliem o sucesso de intervenções voltadas para o aumento da consciência corporal, contemplando a interocepção como variável de estudo.

Considerações Finais

A consciência do corpo e a consciência das emoções parecem estar positivamente relacionados com um melhor funcionamento sexual. Este conhecimento abre caminho para uma investigação futura mais focalizada objetivando uma incorporação dos conceitos aqui discutidos nas práticas de terapia sexual.

Referências

- Aslan, E., Beji, N. K., Gungor, I., Kadioglu, A., & Dikencik, B. K. (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in istanbul. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(9), 2044–2052. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00873.x
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. doi:10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Bashapoor, S., Hosseini-Kiasari, S. T., Daneshvar, S., & Kazemi-Taskooh, Z. (2015). comparing sensory information processing and alexithymia between people with substance dependency and normal. *Addiction and Health*, 7, 3-4. doi:ahj.kmu.ac.ir
- Bornemann, B., Herbert, B. M., Mehling, W. E., & Singer, T. (2015). Differential changes in self-reported aspects of interoceptive awareness through 3 months of contemplative training. *Frontiers in Psychology*, 5. doi:10.3389/fpsyg.2014.01504

- Brewer, R., Happé, F., Cook, R., & Bird, G. (2015). Commentary on “Autism, oxytocin and interoception”: Alexithymia, not Autism Spectrum Disorders, is the consequence of interoceptive failure. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 56, 348–353. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.07.006
- Brewer, R., Cook, R., & Bird, G. (2016). Alexithymia: a general deficit of interoception. *Royal Society Open Science*, 3(10), 150664. doi:10.1098/rsos.150664
- Brody, S. (2003). Alexithymia is inversely associated with women’s frequency of vaginal intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 73–77. doi:10.1023/a:1021897530286
- Correia, D., Barbosa, A., Costa, C., Sampaio, D., Guerreiro, D., Cerejeira, J., . . . Coelho, R. (2014). *Manual de Psicopatologia..* Lisboa: Lidel.
- Costa, R. M., & Peres, L. (2015). smoking is unrelated to female sexual function. *Substance Use & Misuse*, 50(2), 189–194. doi:10.3109/10826084.2014.962054
- Costa, R. M., Pestana, J., Costa, D., Gomes, S., Pinto Coelho, M., & Correia, M. (2018). Sexual desire, alexithymia, interoception, and heart rate variability. Accepted to be presented as oral presentation at the World Meeting on Sexual Medicine, Lisbon, Portugal.
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655–666. doi:10.1038/nrn894
- Craig, A. (2004). Human feelings: why are some more aware than others? *Trends in Cognitive Sciences*, 8(6), 239–241. doi:10.1016/s1364-6613(04)00103-2
- Damásio, A. (1994). *Erro de Descartes*. Lisboa: Temas e Debates.
- DeRogatis, L., Clayton, A., Lewis-D’Agostino, D., Wunderlich, G., & Fu, Y. (2008). validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(2), 357–364. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00672.x
- Elfhag, K., & Lundh, G. (2007). TAS-20 alexithymia in obesity, and its links to personality. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5), 391–398. doi:10.1111/j.1467-9450.2007.00583.x
- Ellison, C. R. (2001). Intimacy-based sex therapy: Sexual choreography. In P. J. Kleinplatz (Ed.), *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (pp. 163–184). Philadelphia: Routledge.
- Fischer, D., Berberich, G., Zaudig, M., Krauseneck, T., Weiss, S., and Pollatos, O. (2016). Interoceptive processes in anorexia nervosa in the time course of cognitive-behavioral therapy: a pilot study. *Front. Psychiatry* 7:199. doi: 10.3389/fpsy.2016.00199

- Fowler, C. J. (2003). Visceral sensory neuroscience: interoception. *Brain*, 126(6), 1505–1506. doi:10.1093/brain/awg120
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 243–246. doi:10.1002/jts.20320
- Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., & Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology*, 104, 65–74. doi:10.1016/j.biopsycho.2014.11.00
- Handy, A. B., & Meston, C. M. (2016). Interoceptive awareness moderates the relationship between perceived and physiological genital arousal in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(12), 1907–1914. doi:10.1016/j.jsxm.2016.09.018
- Handy, A. B., & Meston, C. M. (2017). Interoception and awareness of physiological sexual arousal in women with sexual arousal concerns. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 0–0. doi:10.1080/0092623x.2017.1405305
- Handy, A. B., Stanton, A. M., Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2018). Differences in perceived and physiologic genital arousal between women with and without sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 52–63. doi:10.1016/j.jsxm.2017.11.009
- Herbert, B. M., Herbert, C., & Pollatos, O. (2011). On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: is interoceptive awareness related to emotional awareness? *Journal of Personality*, 79(5), 1149–1175. doi:10.1111/j.1467-6494.2011.00717.x
- Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2014). Attenuated interoceptive sensitivity in overweight and obese individuals. *Eating Behaviors*, 15(3), 445–448. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.06.002
- Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. A. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 43–47. doi:10.1016/j.paid.2008.09.002
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188–205. <https://doi.org/10.1093/mind/os-IX.34.188>
- Kaplan HS. (1974). *The new sex therapy*. New York: Bruner Mazel.
- Kleiger, J. H., & Dirks, J. F. (1980). Psychomaintenance Aspects of Alexithymia: Relationship to Medical Outcome Variables in a Chronic Respiratory Illness Population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34(1), 25–33. doi:10.1129/000287443
- Knoepp, L. R., Shippey, S. H., Chen, C. C. G., Cundiff, G. W., Derogatis, L. R., & Handa, V. L. (2010). Sexual complaints, pelvic floor symptoms, and sexual distress in women over

- forty. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(11), 3675–3682. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01955.x
- Krystal, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*.
- Limmer, J., Kornhuber, J., & Martin, A. (2015). Panic and comorbid depression and their associations with stress reactivity, interoceptive awareness and interoceptive accuracy of various bioparameters. *Journal of Affective Disorders*, 185, 170–179. doi:10.1016/j.jad.2015.07.010
- Longarzo, M., D'Olimpio, F., Chiavazzo, A., Santangelo, G., Trojano, L., & Grossi, D. (2015). The relationships between interoception and alexithymic trait. The Self-Awareness Questionnaire in healthy subjects. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.01149
- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 505–518. doi:10.1016/s0022-3999(96)00222-x
- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of personality assessment*, 89(3), 230-246. doi:10.1080/00223890701629698.
- Lyvers, M., Lysychka, O., & Thorberg, F. A. (2014). Alexithymia and drinking in young adults: The role of alcohol-related intrusive thoughts. *Personality and Individual Differences*, 57, 70–73. doi:10.1016/j.paid.2013.09.021
- Madioni, F., & Mammana, L. A. (2001). Toronto alexithymia scale in outpatients with sexual disorders. *Psychopathology*, 34(2), 95–98. doi:10.1159/000049287
- Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 358–367. doi:10.1037/0022-0167.52.3.358
- Mehling, W., Price, C., Daubenmier, J., Bartmess, E., Acree, M., Gopisetty, V., & Stewart, A. (2012). P05.61. The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12 (1), 421. doi:10.1186/1472-6882-12-s1-p421
- Mehling, W. (2016). Differentiating attention styles and regulatory aspects of self-reported interoceptive sensibility. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 371(1708), 20160013. doi:10.1098/rstb.2016.0013
- Melloni, M., Sedeño, L., Couto, B., Reynoso, M., Gelormini, C., Favaloro, R., ... Ibanez, A. (2013). Preliminary evidence about the effects of meditation on interoceptive sensitivity

and social cognition. *Behavioral and Brain Functions*, 9(1), 47. doi:10.1186/1744-9081-9-47

- Michetti, P. M., Rossi, R., Bonanno, D., De Dominicis, C., Iori, F., & Simonelli, C. (2007). Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): Alexithymia in 100 Outpatients. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(5), 1462–1467. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00564.x
- Michetti, P. M., Rossi, R., Bonanno, D., Tiesi, A., & Simonelli, C. (2005). Male sexuality and regulation of emotions: a study on the association between alexithymia and erectile dysfunction (ED). *International Journal of Impotence Research*, 18(2), 170–174. doi:10.1038/sj.ijir.3901386
- New, A. S., Rot, M., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., ... Siever, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660–675. doi:10.1521/pedi.2012.26.5.660
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., . . . Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Elsevier: Psychiatry Research*, 37-42. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.046
- Parker, J. D. A., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: A taxometric investigation. *Psychological Assessment*, 20(4), 385–396. doi:10.1037/a0014262
- Paterson, L. Q. P., Handy, A. B., & Brotto, L. A. (2016). A pilot study of eight-session mindfulness-based cognitive therapy adapted for women's sexual interest/arousal disorder. *The Journal of Sex Research*, 54(7), 850–861. doi:10.1080/00224499.2016.1208800
- Paulus, M. P., & Stewart, J. L. (2014). Interoception and drug addiction. *Neuropharmacology*, 76, 342–350. doi:10.1016/j.neuropharm.2013.07.002
- Pechorro, P., Diniz, A., Almeida, S., & Vieira, R. (2009). Validação portuguesa do índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI). *Laboratório de Psicologia*, 7(1). doi:10.14417/lp.684
- Picardi, A., Fagnani, C., Gigantesco, A., Toccaceli, V., Lega, I., & Stazi, M. A. (2011). 15 Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 71(4), 256-263. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.02.016
- Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da escala de alexitimia de toronto de 20 itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 9(1), 9-21.

- Quinta Gomes, A. L., & Nobre, P. (2012). The international index of erectile function (iief-15): psychometric properties of the portuguese version. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(1), 180–187. doi:10.1111/j.1743-6109.2011.02467.x
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib, 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
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822–830. doi:10.1016/s0090-4295(97)00238-0
- Shah, P., Hall, R., Catmur, C., & Bird, G. (2016). Alexithymia, not autism, is associated with impaired interoception. *Cortex*, 81, 215–220. doi:10.1016/j.cortex.2016.03.021
- Scimeca, G., Bruno, A., Pandolfo, G., Micò, U., Romeo, V. M., Abenavoli, E., Muscatello, M. R. A. (2013). Alexithymia, Negative emotions, and sexual behavior in heterosexual university students from italy. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 117–127. doi:10.1007/s10508-012-0006-8
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of “Alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255–262.
- Silverstein, R. G., Brown, A.-C. H., Roth, H. D., & Britton, W. B. (2011). Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 817–825. doi:10.1097/psy.0b013e318234e628
- Sönmez, M. B., Kahyacı Kılıç, E., Ateş Çöl, I., Görgülü, Y., & Köse Çınar, R. (2016). Decreased interoceptive awareness in patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 22(1), 60–65. doi:10.3109/14659891.2016.1143048
- Stanton, A., & Meston, C. (2016). A single session of autogenic training increases acute subjective and physiological sexual arousal in sexually functional women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(7), 601–617. doi:10.1080/0092623x.2016.1211206
- Stanton, A. M., Hixon, J. G., Nichols, L. M., & Meston, C. M. (2018). One session of autogenic training increases acute subjective sexual arousal in premenopausal women reporting sexual arousal problems. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 64–76. doi:10.1016/j.jsxm.2017.11.012
- Symonds, T., Perelman, M. A., Althof, S., Giuliano, F., Martin, M., May, K., ... Morris, M. (2007). Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *European Urology*, 52(2), 565–573. doi:10.1016/j.eururo.2007.01.028

- Sowden, S., Brewer, R., Catmur, C., & Bird, G. (2016). The specificity of the link between alexithymia, interoception, and imitation. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 42(11), 1687–1692. doi:10.1037/xhp0000310
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in united states women. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970–978. doi:10.1097/aog.0b013e3181898cdb
- Taylor, G.J., 1984 Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725–732. doi:10.1176/ajp.141.6.725
- Taylor, G.J., 1994. The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends Expt. Clin. Psychiatr.* 10, 61-74.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. *Cambridge University Press*. doi:10.1017/CBO9780511526831
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2016). What’s in the name “alexithymia”? A commentary on “Affective agnosia: expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend freud’s legacy.” *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 1006–1020. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.05.025
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Vieira, F., Roma-Torres, A., & Brandão, I. (2011). Prevalência da alexitimia na anorexia nervosa e sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 182–189. doi:10.1590/s0047-20852011000300006
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2006). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 109–117. doi:10.1002/jclp.20324
- Verdejo-Garcia, A., Clark, L., & Dunn, B. D. (2012). The role of interoception in addiction: a critical review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(8), 1857–1869. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.05.007
- Velten, J., & Brotto, L. A. (2017). Interoception and sexual response in women with low sexual desire. *Plos One*, 12(10), e0185979. doi:10.1371/journal.pone.0185979
- Weiss, S., Sack, M., Henningsen, P., and Pollatos, O. (2014). On the interaction of self-regulation, interoception and pain perception. *Psychopathology* 47, 377–382. doi: 10.1159/000365107
- Zamariola, G., Vlemincx, E., Corneille, O., & Luminet, O. (2018). Relationship between interoceptive accuracy, interoceptive sensibility, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 125, 14–20. doi:10.1016/j.paid.2017.12.024

ANEXOS

Anexo I – Revisão da Literatura

Alexitimia

O termo alexitimia foi introduzido por Sifneos (1973), do grego “a” (sem), “léxis” (palavra) e “thymos” (emoção), de modo a caracterizar um distúrbio cognitivo-emocional que afetaria a forma como os indivíduos expressavam e experienciavam a emoção. Como características centrais que vieram a constituir e representar o constructo identificou-se uma dificuldade acentuada no reconhecimento e descrição de sentimentos; dificuldade na distinção entre sensações físicas de excitação emocional e estados emocionais, traduzindo-se em somatizações; capacidade simbólica limitada, com pouca imaginação e fantasia; um estilo de pensamento que se distinguiu pela sua literalidade, carácter utilitário e foco nos acontecimentos exteriores (Sifneos, 1973; Taylor, 1994; Taylor et al., 2016). Estas últimas duas características referem-se ao que foi apresentado por Marty e M’Uzan (1963) com a designação de *pensée opératoire* (pensamento operatório), manifestando-se na alexitimia como elevada preocupação e atenção aos detalhes da realidade externa em detrimento da realidade interna do indivíduo (Taylor, 1994). A alexitimia é uma condição subclínica associada a problemas de saúde física e mental. Não é considerada uma variável dicotómica, mas representa sim, um contínuo de diferenças individuais (Parker, Keefer, Taylor, & Bagby, 2008). Neste contexto importa clarificar que “sentimento” não surge como sinónimo de “emoção”. Segundo Nemiah (1977) as emoções possuem uma componente biológica e uma componente psicológica, sendo a emoção o representativo do biológico e expressão fisiológica, e o sentimento a componente subjetiva, que surge pela cognição e representação mental da emoção levada a cabo posteriormente ao seu surgimento. Por outras palavras e citando Damásio (2003, p. 38) “Emotions play out in the theater of the body. Feelings play out in the theater of the mind.”.

Ainda que inicialmente observadas na medicina psicossomática (Correia et. al, 2008), rapidamente se percebeu que as características alexitímicas poderiam ser encontradas em variadas condições físicas e mentais. Quadros somáticos clássicos como artrite reumatóide, hipertensão, doença inflamatória intestinal, apareciam associadas à alexitimia, revelando-se para além destas e associando-se às mais variadas condições físicas, e. g., doença cardíaca, cancro, diabetes, dor crónica, fibromialgia e a quadros psiquiátricos (Taylor, Bagby & Parker, 1997). Ao mesmo tempo, começava-se a perceber que a alexitimia teria implicações a nível do tratamento médico e psiquiátrico, colocando obstáculos ao sucesso das intervenções (Taylor, 1984),

e associando-se a maiores taxas de *dropout* em psicoterapia psicodinâmica breve e psicoterapia comportamental (Pierloot & Vicnk, 1977). Nestes pacientes a comunicação dos estados internos psíquicos ocorre através de sensações corporais, causando dificuldade aos clínicos no diagnóstico e, dada esta escassez simbólica, dificuldades na intervenção (Taylor, 1984). Além disto, notou-se que indivíduos alexitímicos apresentavam uma tendência a um maior número de hospitalizações (Kleiger & Dirks, 1980) e a hábitos de vida pouco saudáveis (Lumley, Nelly & Burger, 2007; Lumley, Stettner, & Wehmer, 1996). No campo da psicanálise, Krystal (1982) ponderava a alexitimia como o mais importante fator na diminuição do sucesso das intervenções psicanalíticas. Posto isto surgia na investigação um grande interesse em compreender de que forma se dava o processo que ia da sensação física ao pensamento e sentimento, possibilitando, posteriormente a expressão da emoção através da linguagem (Taylor, 1984).

Atualmente, a alexitimia encontra-se associada a uma ampla variedade de quadros psicopatológicos. Existe uma associação entre níveis elevados de alexitimia e abuso de substâncias (Bashapoor, Hosseini-Kiasari, Daneshvar, & Kazemi-Taskooh, 2015) incluindo álcool (Lyvers, Lysychka, & Thorberg, 2014) e tabaco (Lumley, Stettner, & Wehmer, 1996). Ainda no que concerne aos comportamentos adictivos, e ainda que não se tratando de uma perturbação estabelecida, um estudo encontrou que indivíduos com mais alexitimia tinham maior propensão ao desenvolvimento de adicção à internet (Berardis et al., 2009). Nas perturbações alimentares, a alexitimia surge associada à anorexia (Torres et al, 2011) e à obesidade (Elfhag & Lundh, 2007). A alexitimia é também encontrada em variadas perturbações da personalidade (Nicolò et al., 2011), como por exemplo, na perturbação da personalidade borderline (New et al., 2012) e perturbação da personalidade evitante (Loas, Baelde, & Verrier, 2015). Também na depressão, na ansiedade (Picardi et al., 2011) e na perturbação de stress pós-traumático (Frewen, Dozois, Neufeld, & Lanius, 2008), a alexitimia parece ter um papel relevante. Por fim, alguns autores observaram uma ligação entre as características alexitímicas e algumas das disfunções sexuais, nomeadamente: disfunção erétil (Madioni & Mammana, 2001; Michetti, Rossi, Bonanno, Tieso, & Simonelli, 2006), desejo sexual hipoativo (Madioni et al., 2001) e ejaculação precoce (Michetti et al., 2007).

A literatura aponta para que na população geral, exista cerca de 11,9% de homens e 8,1% de mulheres com níveis de alexitimia elevados (Mattila, Salminen, Nummi & Joukamma, 2006). Para obterem estes valores os autores consideram indivíduos com pontuações iguais ou superiores a 61 na escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Esta escala foi desenvolvida por

Bagby, Taylor e Parker (1994), sendo provavelmente a mais utilizada na investigação empírica sobre a alexitimia (Lane, Hsu, Locke, Ritenbaugh, & Stonnington, 2015).

Não há grande consenso sobre quais as causas da alexitimia (Freire, 2010). Várias perspectivas têm tentado explicar a sua etiologia, passando pelas perspectivas mais neurofisiológicas e genéticas até às psicodinâmicas e desenvolvimentais (Silva, Vasco, & Watson, 2013). Por exemplo, alguns autores tentaram explicar a alexitimia com causa num défice de transmissão inter-hemisférica (Jessimer & Markham, 1997). Outros autores apontaram para uma falha na transmissão de informação entre o sistema límbico e o neocórtex. Assim o sistema límbico, globalmente responsável pela informação emocional, não a transmitiria corretamente ao neocórtex, genericamente responsável pelas cognições (Sifneos, 1988). Ambas as teorias, de cariz neurofisiológico, subjazem a uma ideia de não experiência de pensamentos próprios às emoções. A defesa de uma etiologia desenvolvimental assenta sobretudo nos estudos realizados na área da vinculação. A investigação demonstra que estilos de vinculação menos adequados são frequentemente encontrados em sujeitos com alexitimia elevada (Troisi, D'Argenio, Peracchio, & Petti, 2001), defendendo-se assim o papel das relações precoces no desenvolvimento de características alexitímicas. Outros têm visto a alexitimia como resultado de mecanismos de defesa imaturos (desadaptativos) contra emoções desestabilizadoras, uma perspectiva que é integrável com as explicações desenvolvimentais dadas acima (Helmes, McNeill, Holden, & Jackson, 2008).

Perante a observação que as características alexitímicas podiam surgir após um evento traumático, Freyberger (1977) tentou estabelecer uma diferenciação entre o que denominou alexitimia primária e secundária. O mesmo referiu que a alexitimia primária era resultado do desenvolvimento e das relações precoces, era permanente e constituía-se como um fator de risco para problemas de saúde. Já a alexitimia secundária surgia como forma de proteção face a uma experiência de elevada carga emocional, potencialmente traumática. Sifneos (1988), num sentido um pouco diferente, define alexitimia primária como permanente, com etiologia biológica causada por fatores hereditários, um desenvolvimento biológico inadequado ou mesmo uma lesão cerebral que prejudica a comunicação entre o sistema límbico e o córtex cerebral. Já alexitimia secundária, definiu-a com uma defesa contra situações traumáticas, tendo, portanto, uma etiologia psicológica e podendo ser reversível (Sifneos, 1988). Alguns autores apontaram alguma ambiguidade, bem como a possibilidade de uma etiologia psicológica e neurológica em simultâneo, não se tornando esta distinção entre alexitimia primária e alexitimia secundária recorrentemente utilizada (Pérez, Pérez & Llorente-Comí, 2010).

Interoceção

O *feedback* do corpo em relação ao ambiente é crucial para a sua regulação, motivando processos cognitivos e ações comportamentais necessárias à sobrevivência, tais como as necessidades de comer, de hidratação, de dormir, de regulação da temperatura, entre outros. Estes movimentos de resposta primária chegam-nos pela interoceção (Critchley & Harrison, 2013). O termo foi introduzido em 1906 por Sherrington, tendo a sua definição sofrido várias alterações ao longo dos anos. Atualmente, e de um modo geral, a interoceção pode ser definida pela perceção dos nossos estados corporais internos (Craig, 2002), como por exemplo a perceção de fome, sede, respiração, batimento cardíaco, excitação, fadiga, temperatura, dor, entre outros (Fowler, 2003). Segundo Craig (2002) essa perceção resulta num senso da condição fisiológica do corpo. Interoceção distingue-se de proprioceção, sendo que a última se refere à perceção de sinais corporais provenientes de articulações, tensão muscular, movimento, postura e equilíbrio (Laskowski, 2000).

A perceção dos estados corporais internos é de extrema importância para a sua regulação e, portanto, com grande impacto para a saúde do sujeito (Garfinkel et al., 2015). A capacidade interoceptiva pode ativar processos cognitivos, competir por recursos atencionais e aumentar ou atenuar outras formas de processamento sensorial (Critchley & Garfinkel, 2018). A sua influência parece ter um papel importante nos processos de tomada de decisão (Werner, Jung, Duschek, & Schandry, 2009; Dunn et al., 2010) e na constituição e distinção do *self* (Seth, 2013). Parece haver uma associação entre a perceção de dor e a interoceção (Craig, 2003; Flor, 2012), bem como, uma estreita ligação entre a interoceção e as emoções e sentimentos (Füstös, Gramann, Herbert, & Pollatos, 2013; Dunn et al., 2010; Kever, Pollatos, Vermelen, & Grynberg, 2015; Pollato, Matthias, & Keller, 2015).

Tradicionalmente os termos interoceção e consciência interoceptiva têm sido usados como sinónimos. Contudo, os investigadores Garfinkel e Critchley (2013) desenvolveram um modelo tridimensional que faz distinção entre as diferentes dimensões da interoceção, nomeadamente: precisão interoceptiva (PI), sensibilidade interoceptiva (SI) e consciência interoceptiva (CI). A PI é definida como a capacidade de detetar sinais internos, quantificados objetivamente, sendo procedimento *standard* para a avaliação deste processo a tarefa de deteção do ritmo cardíaco (Eshkevari, Rieger, Musiat, & Treasure, 2014; Kindermann & Werner, 2014; Garfinkel et al., 2015). Já a SI foi definida por Garfinkel et al., (2015) como uma tendência de personalidade para estar atento às sensações corporais, sendo esta tendência avaliada através de questionários de auto-relato sobre o grau de consciência das sensações internas de um modo

geral ou através da indicação do nível de confiança subjetiva na detecção de sensações internas aquando da realização de uma tarefa específica (Parkin et al., 2013). Ou seja, quanto à primeira dimensão falamos de uma interoção objetiva e da segunda a interoção subjetiva. Relativamente à terceira dimensão, a consciência interoativa, CI, Garfinkel et al. (2015) conceptualizou-a como a concordância entre a interoção objetiva e a interoção subjetiva, ou seja, entre as dimensões PI e SI. Estas terminologias, são as que adotaremos na presente investigação, no entanto, importa informar de que não são unanimemente aceites e/ou utilizadas pelos vários autores. Mehling (2016) defende que a definição de sensibilidade interoativa é problemática, já que não tem em conta os estilos de atenção do indivíduo, por exemplo estilos de atenção desadaptativos como o observado nas perturbações de pânico em que existe um foco excessivo, ainda que com uma perceção correta, do batimento cardíaco. O autor refere que a definição de consciência interoativa apresentada por Garfinkel et al. (2015) é reducionista, devendo ser introduzido outra terminologia, nomeadamente “confiança interoativa” e dessa forma a terminologia “consciência interoativa” deve permanecer sinónima de “interoção”. Outros autores utilizam diferentes definições, como é o caso de Terasawa, Shibata, Moriguchi e Umeda (2012), que consideram que sensibilidade interoativa refere-se à tendência de o indivíduo se focar nas sensações internas, e consciência interoativa à avaliação cognitiva das sensações corporais e capacidade de expressar sentimentos corporais, sendo ambas as dimensões avaliadas por auto-relato.

Tendo em conta o *background* investigativo, percebemos que existem visões diferentes acerca da importância da consciência corporal. Os estudos iniciais referiam sobretudo um foco no corpo e nos seus sintomas como expressão de ansiedade, de depressão ou somatização (Baas, Beery, Allen, Wizer, & Wagoner, 2004). Desta forma houve uma associação entre este foco nos sinais corporais e um estilo cognitivo caracterizado por ampliação somatosensorial, ruminação e crenças de resultados catastróficos (Cioffi, 1991). A interoção, em vários estudos aparece associada a quadros de pânico e ansiedade, em especial em estudos que utilizam a tarefa de detecção do ritmo cardíaco (PI). Nestes estudos, amostras de indivíduos que têm maiores níveis de ansiedade e com história de pânico apresentam maior PI, refletida em uma maior precisão na detecção dos batimentos cardíacos (Domschke, Stevens, Pfleiderer, & Gerlach, 2010; Limmer, Kornhuber, & Martin 2015). Tal como defende Mehling et al. (2002), o estilo cognitivo do indivíduo, nomeadamente um foco exacerbado nas reações corporais, com interpretações desadaptadas, pode se consubstanciar numa interoção desadaptativa. Os referidos autores, realçam esta questão para a construção da escala *Multidimensional*

Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA), sublinhando a importância de avaliar a interocepção tendo em conta o referido estilo cognitivo ou atencional do sujeito.

O sucesso das práticas de aumento de consciência corporal (*body awareness*) enfatiza a interocepção como uma variável com valência positiva, benéfica ao bem-estar e saúde o indivíduo (Bornemann, Herbert, Mehling, & Singer, 2015). Vários estudos demonstram a maleabilidade da interocepção, nomeadamente da interocepção subjetiva (Melloni et al., 2012); no entanto, demonstrou-se que a PI não aumenta significativamente com as práticas de aumento de consciência corporal no que concerne ao ritmo cardíaco (Parkin et al., 2013), e a PI medida através da respiração é apenas um pouco melhor em indivíduos que praticam meditação comparativamente a grupos de controlo (Daubenmier, Sze, Kerr, Kemeny, & Mehling, 2013). Estas descobertas colocam em causa o benefício das práticas de aumento de consciência corporal (Bornemann et al., 2015). No entanto, e tal como defendem alguns autores, a interocepção é mais do que a perceção dos estados corporais internos medida objetivamente, a interocepção inclui processos cognitivos de ordem superior como vieses, crenças, atitudes e emoções sobre essas perceções (Mehling et al., 2016). Com vista a esclarecer esta questão Bornemann et al. (2015) realizaram uma investigação utilizando aquela que consideram a medida mais completa de avaliação da SI, a escala MAIA. Esta é uma escala, como supramencionado, desenvolvida por Mehling et al. (2012) que contempla 8 dimensões distintas, e foi construída com vista a ultrapassar limitações das escalas apresentadas até então, que na sua maioria contemplavam apenas uma dimensão. No referido estudo, Bornemann et al. (2015), analisaram os efeitos de 3 meses de treino contemplativo focado no corpo em 148 sujeitos. Este treino integrava exercícios meditativos diários como o *Breath Meditation* e o *Body Scan*. Verificou-se um aumento significativo em 5 das 8 dimensões do MAIA, sendo que a dimensão que sofreu maior benefício foi a Autorregulação (*Self-Regulation*), referente à habilidade para regular o *distress* através da atenção aos sinais corporais, com aumentos muito significativos na Regulação da Atenção (*Attention Regulation*) e na Confiança Corporal (*Body-Trust*). Já a dimensão Notando (*Noticing*), referente à consciência de sensações de conforto, desconforto e sensações neutras não sofreu alterações significativas, bem como as dimensões não-distração (*Not-distracting*) e não-preocupação (*Not-worrying*). Estes resultados têm implicações práticas de grande relevância, além disso, vão ao encontro, na medida do possível, aos resultados nulos em estudos semelhantes, já que a dimensão “Notando” é a que mais se aproxima das outras medidas de SI bem como da própria medida de PI (Bornemann et al., 2015).

No campo da psicopatologia, aumentam as investigações que englobam a interoção como variável de estudo. De facto, o que a investigação tem demonstrado é a existência de correlações entre valores reduzidos de interoção e quadros psicopatológicos. No que se refere às perturbações alimentares demonstrou-se que indivíduos com anorexia apresentam uma menor PI e SI comparativamente a indivíduos sem anorexia (Fischer et al., 2016), e indivíduos com obesidade ou excesso de peso apresentam um SI inferior ao grupo de controlo (Herbert & Pollatos, 2014). Vários autores têm vindo a discutir a relevância da interoção na adicção (Verdejo-Garcia, Clark, & Dunn, 2012; Paulos & Stewart, 2014), sendo demonstrado que indivíduos com perturbações adictivas (álcool, canábis ou heroína) apresentavam menor interoção na tarefa de batimento cardíaco (PI) (Sönmez, Kahyacı Kılıç, Çöl, Görgülü, & Köse Çinar, 2016). Também nas perturbações somáticas, a interoção parece ter um papel relevante. Num estudo observou-se uma associação entre SI reduzida e uma menor capacidade de autorregulação da dor (Weiss et al., 2014). No campo da sexualidade um estudo associa uma baixa interoção com baixo desejo sexual feminino e *distress* (Paterson, Handy, & Brotto, 2016).

Alexitimia e Interoção

Recentemente, tem-se vindo a perceber a existência de uma associação inversa entre alexitimia e a interoção (Herbert, Herbert & Pollatos, 2011; Shah, Hall, Catmur, & Bird, 2016). Vários autores põem a hipótese de que a alexitimia é mais do que uma falha no reconhecimento e acesso à emoção e sentimento, podendo resultar de défices globais na capacidade interoceptiva, ou seja, no reconhecimento das sensações corporais internas (Brewer, Happé, Cook, & Bird, 2015; Brewer, Cook, & Bird, 2016; Sowden, Brewer, Catmur, & Bird, 2016;). A ligação da emoção aos estados corporais está presente nas teorias acerca da emoção (James, 1884; Damásio 1994; Lane & Schwartz, 1987). William James (1884) teorizou que a emoção ocorriam como resultado de reações fisiológicas pós factos excitantes. Damásio (1994) propôs que estados viscerais são mapeados em áreas distintas do cérebro produzindo imagens que evocariam estados de sentimento. Do mesmo modo, neurologicamente a alexitimia e interoção parecem fazer parte de um mesmo sistema neuronal, sendo a insula anterior e o córtex anterior cingulado as principais regiões implicadas na interoção e no reconhecimento das emoções (designadas inclusive como córtex interoceptivo) (Craig, 2002; Goerlich-Dobre, Bruce, Martens, Aleman, Hooker, 2014). Outro argumento teórico para a ligação entre a

alexitimia e interoção consiste na presença de elevados níveis de alexitimia em condições físicas e psiquiátricas em que também é reportada baixa interoção e.g. perturbações alimentares (Fischer et al., 2016; Torres et al., 2011), perturbações da adicção (Bashapoor, Hosseini-Kiasari, Daneshvar, & Kazemi-Taskooh, 2015; Verdejo-Garcia et al., 2012; Sönmez, Kahyacı Kılıç, Ates Çöl, Görgülü, & Köse Çınar, 2016), perturbações somáticas (Weiss et al., 2014; Mattila et al., 2008), entre outras. No que concerne às adicções, o consumo de café (Lyvers, Duric, & Thorberg, 2014), álcool (Lyvers, Lysychka, & Thorberg, 2014), e outras substâncias (Bashapoor, Hosseini-Kiasari, Daneshvar, & Kazemi-Taskooh), é superior em indivíduos com valores mais elevados de alexitimia, o que poderá, segundo Brewer et al. (2016), dever-se a uma baixa consciência ou interpretação desadequada dos seus efeitos no corpo.

Num estudo em que foi realizado um Treino Mental Contemplativo durante 9 meses, não foi encontrada qualquer correlação pré-treino entre a PI e alexitimia. No entanto, após os 9 meses, houve um aumento de PI e diminuição da alexitimia (Bornemann & Singer, 2016). Em dois outros estudos, em que não foi realizada qualquer intervenção, foi estabelecida uma correlação negativa entre PI e alexitimia, utilizando tal como no estudo anterior a tarefa de deteção cardíaca (Shah et al., 2016; Herbert et al., 2011). Em outros estudos, a alexitimia foi associada com uma pobre SI (Brewer et al., 2016). Longarzo et al., (2015) encontram uma correlação positiva entre alexitimia e a interoção medida subjetivamente, no entanto, os autores utilizam como instrumento de medida o SAQ (*Self-Awareness Questionnaire*), um questionário que acede ao “como e quão frequentemente” os indivíduos notam sensações corporais (e.g. “I feel very hot in comparison to others.”). Neste estudo, os autores estavam também interessados em avaliar o traço hipocondríaco, os autores concluem que a alexitimia estará relacionada com uma tendência a amplificar e interpretar incorretamente os sinais corporais, ou seja, à tendência para somatizar já descrita anteriormente por outros autores. Num estudo visando esclarecer a associação entre a alexitimia e interoção, contemplando ambas medidas objetivas e subjetivas de interoção, nomeadamente a deteção do ritmo cardíaco representando o PI e o BAQ (*Body Awareness Questionnaire*), o IAQ (*Interoceptive Awareness Questionnaire*) e o MAIA representando o SI, não foi encontrada qualquer correlação entre o PI e a alexitimia. No entanto, o SI correlacionou-se negativamente com o TAS-20 nas 3 medidas utilizadas. Neste mesmo estudo em análises de regressão múltipla confirmou-se que o PI por deteção de ritmo cardíaco não é um preditor significativo de alexitimia (Zamariola, Vlemincx, Luminet, & Corneille, 2018).

Esta associação encontrada entre a interoção e alexitimia levou alguns autores a supor que a interoção pudesse ser o “*p-fator*”, um fator de ordem superior, comum a um vasto leque de desordens neurológicas, neurodesenvolvimentais e psiquiátricas (Sowden, et al., 2016). A existência de um *p-fator* foi notada através da observação de que indivíduos com uma elevada severidade sintomática num domínio tinham grande probabilidade de experienciar sintomas severos noutros domínios sendo a causa desta intercorrelação desconhecida (Murphy, Catmur, & Bird, 2017). Tal observação foi confirmada através de resultados de análises fatoriais a agrupamentos sintomáticos em variadas categorias diagnósticas, onde surge um fator de ordem superior, representativo da severidade psicopatológica, explicando assim a propensão dos indivíduos a desenvolver todas e quaisquer formas psicopatológicas comuns (Caspi et al., 2013). Alguns autores referiram a interoção como um candidato possível a *p-fator* (Murphy, et al., 2017), ou seja, o referido fator de ordem superior que pelas suas implicações a nível cognitivo, poderá explicar um vasto conjunto de sintomas comuns a várias perturbações psiquiátricas associadas até então a níveis elevados de alexitimia (Sowden et al., 2016; Murphy et al., 2017). Zamariola et al., (2018) comentam sobre a questão do *p-fator* indicando que os dados não fornecem suporte necessário. Os mesmos autores indicam que a um nível objetivo, não é estabelecida correlação entre a alexitimia a interoção, mas sim com medidas que remetem para a interoção como medida mais generalizada.

Não fica totalmente clara a ligação entre a alexitimia e interoção. Alguns dos estudos que dão suporte apresentam algumas limitações como por exemplo amostras de tamanho reduzido. As diferentes dimensões e falta de unicidade de definições associadas à interoção bem como a variabilidade de medidas utilizadas geram alguma incongruência. Ademais, a questão do *p-fator* não deixa de ser especulativa. Posto isto, é um dos nossos objetivos explorar a relação entre a alexitimia e interoção.

Funcionamento Sexual

A sexualidade é um importante aspeto da vida humana, com implicações relevantes na saúde, bem-estar e satisfação geral (Stephenson & Meston, 2013). Estudos indicam que a atividade sexual afeta a perceção de qualidade de vida em homens (Thompson et al., 2005), que mulheres satisfeitas com a sua vida sexual reportam maior bem-estar geral comparativamente a mulheres com menor satisfação sexual (Davison et al., 2009). Estas e outras investigações (Thompson et al., 2011; Woloski-Wruble, Oliel, Leefsma, & Hochner-Celnikier, 2010),

incluindo estudos com populações de idades superiores (entre os 40 e 80 anos) (Laumann et al., 2006) e estudos com populações com condições de saúde severas como com indivíduos recentemente amputados (Walters & Williamson, 1998) e indivíduos com cancro (Mulhall, Incrocci, Goldstein, & Rosen, 2012), dão suporte à importância da sexualidade no bem-estar geral dos indivíduos. No campo das disfunções sexuais, o avanço das últimas décadas tem sido significativo tanto em termos de compreensão, conceptualização como de tratamento (Segraves & Balon, 2005). Ainda assim, estudos apontam para uma elevada prevalência de problemas sexuais na população geral, com estudos a indicar 43% das mulheres e 31% dos homens a reportam algum problema sexual (Laumann, Paik, & Rosen, 1999). Na sexualidade feminina o conceito de *distress* tornou-se interesse de muitos investigadores, aparecendo em 12% das mulheres (Shifren et al., 2008). De referir, que no geral, as disfunções sexuais tendem a se tornar mais frequentes com o aumento da idade, exceto a ejaculação precoce (McCabe et al., 2015).

Os variados tratamentos para as disfunções sexuais apresentam apenas um efeito moderado. Exemplo disso é o tratamento psicológico, nomeadamente a psicoterapia cognitiva-comportamental no tratamento de disfunções sexuais femininas, que apresenta efeitos moderados na ordem dos 40 a 60% (Stinson, 2009).

Alexitimia e Funcionamento Sexual

Ainda que a literatura que relacione diretamente a alexitimia e a sexualidade seja escassa, sabemos que qualidades necessárias ao estabelecimento e manutenção das relações íntimas parecem ser algo comprometidas aquando da existência de elevados níveis de alexitimia (Humphrey et al., 2009). Maiores valores de alexitimia associam-se a dificuldade em conectar-se com os outros a um nível íntimo (Mallinckrodt & Wei, 2005; Vanheule, Desmet, Meganck, & Bogaerts, 2006), a desconforto com a proximidade, a colocar as relações como secundárias, a apresentar pouca confiança em si e nos outros (Montebarocci, Codispoti, Baldaro, & Rossi, 2004), a apresentar medo no estabelecimento de relações íntimas (Lyvers, Davis, Edwards e Thorberg, 2017; Montebarocci, Codispoti, Baldaro, & Rossi, 2004) e a estilos de vinculação inseguros. De acordo com o referido, Kokonen et al. (2001) referem que indivíduos mais alexitímicos têm maior probabilidade de serem solteiros.

Numa amostra de jovens adultos heterossexuais, Humphreys et al. (2009) verificaram que as características alexitímicas se associavam a menor satisfação relacional e menor

satisfação sexual. Também Scimeca et al. (2013) observaram que maior alexitimia se associava a menor satisfação sexual, no entanto, isto só se verificou para a amostra feminina. Apesar da satisfação sexual comprometida, não foi encontrada qualquer correlação entre a alexitimia e a excitação sexual subjetiva. Ainda no mesmo estudo, os autores, estabelecem uma correlação entre a alexitimia e variadas dificuldades interpessoais relacionadas com o comportamento sexual, nomeadamente: vergonha, referindo-se à tendência a sentir-se desconfortável com um parceiro sexual; desapego, ou seja, uma tendência a objetivar sexualmente o parceiro, negligenciando as suas características pessoais e a importância de estabelecer uma relação emocional com o mesmo; e o nervosismo, uma tendência a uma vida sexual marcada por *distress*, devido a pensamentos e emoções intrusivos e com valência negativa.

Brody (2003) apresentou um estudo em que mulheres com maiores níveis de alexitimia relataram ter menor frequência coital. No entanto, não foi encontrada esta associação no sexo masculino. Para explicar estes resultados, o autor levanta a hipótese de que a sexualidade feminina está mais ligada à necessidade de integração emocional do que a sexualidade masculina. Este apoia-se na psicologia evolutiva referindo que durante a evolução da espécie humana, as mulheres especializaram-se mais em funções que envolviam uma maior necessidade de consciência e regulação emocional, tais como os cuidados infantis, enquanto os homens se especializaram mais em outras atividades, como a caça e a guerra. Ainda no mesmo estudo, para ambos os sexos, a alexitimia não se correlacionou com o sexo não-coital (e. g., sexo oral e sexo anal) nem com masturbação a sós. O autor especulou que o coito vaginal poderá envolver maior sincronidade a nível sensorio-motor, mas também a nível da intimidade emocional, o que será facilitado por menores níveis de alexitimia. Uma justificação semelhante é apresentada por Scimeca et al. (2012), aquando do não estabelecimento de associação entre a alexitimia e a visualização de pornografia. É defendido pelos autores que a visualização de pornografia, à semelhança da masturbação, não exige interação emocional, daí não ser expectável uma associação com níveis superiores de alexitimia.

No que concerne à investigação sobre disfunções sexuais e a alexitimia, destaca-se o estudo de Madioni e Mammana (2001), onde os autores compararam os níveis de alexitimia entre grupos de populações clínicas com diagnósticos de disfunção sexual e grupos de indivíduos sem disfunção sexual. Concluíram que a alexitimia é superior em indivíduos com disfunção erétil e em indivíduos com desejo sexual hipotivo, comparativamente ao grupo de controlo. Como justificação para os resultados obtidos levanta-se a hipótese de que os sintomas associados às referidas disfunções sexuais poderão constituir-se numa variante de

sintomatologia psicossomática. Nesse estudo não foi encontrada correlação entre a alexitimia e a ejaculação precoce nem com a perturbação do orgasmo feminino. A associação entre alexitimia e disfunção erétil foi também verificada por Michetti et al., (2006). Contrariamente a Madioni e Mammana (2001), foi posteriormente encontrada uma correlação positiva entre a alexitimia e a ejaculação precoce, assim como com a severidade da ejaculação precoce (Michetti et al., 2007). Por sua vez, os investigadores Wise, Osborne, Strand, Fagan e Schmidt (2002) demonstraram que indivíduos de ambos os sexos com disfunções sexuais e indivíduos de ambos os sexos com parafilias possuíam valores elevados de alexitimia, mas não diferiam entre si, a não ser quando a depressão era controlada como covariável. Neste caso, o grupo com parafilia apresentou níveis superiores de alexitimia comparativamente ao grupo com disfunção sexual. No grupo com disfunção sexual, a alexitimia estava correlacionada com a depressão. No grupo com parafilias, a alexitimia não se correlacionava com a depressão.

Além das dificuldades relacionais (Scimeca et al., 2013; Humphreys et al., 2009) e da hipótese de que problemas sexuais poderão constituir-se como sintomas psicossomáticos (Madioni & Mammana, 2001), alguns autores, nomeadamente Michetti et al. (2006), apontam para a possibilidade de que a capacidade reduzida de imaginação presente em indivíduos com elevada alexitimia, poderá traduzir-se na sexualidade, numa baixa capacidade para fantasiar sexualmente.

Interoceção e Funcionamento Sexual

Se a literatura sobre as relações entre funcionamento sexual e alexitimia é limitada, a literatura sobre as relações entre funcionamento sexual e a interoceção ainda o é mais. Um estudo de Paterson et al., (2016) sugeriu uma ligação entre baixa interoceção e um baixo desejo e *distress* sexual feminino. Neste estudo mulheres com problemas de excitação e desejo sexual foram submetidas a uma intervenção de *mindfulness* de oito sessões. Após as oito sessões verificou-se um aumento significativo na interoceção, no desejo sexual e uma diminuição do *distress* sexual. Análises de regressão múltipla revelaram que as melhorias na função sexual foram mediadas pela interoceção. Um outro estudo realizado por Silverstein, Brown, Roth e Britton (2011) mostrou que, após um treino de *mindfulness* de doze semanas numa amostra feminina não-clínica, ocorreram diminuições no tempo de reação a estímulos sexuais visuais, numa tarefa em que era necessário indicar o mais rapidamente possível quão ativadores os estímulos sexuais eram, o que foi interpretado como uma melhoria na interoceção. O mesmo estudo também verificou que após o treino de *mindfulness*, registaram-se diminuições de

potenciais barreiras psicológicas ao funcionamento sexual, sendo que, após as sessões de *mindfulness*, a amostra feminina reportava menos julgamentos negativos autodirigidos e maior capacidade (extra-treino) de atenção a estímulos externos e internos no momento presente (*mindfulness* disposicional), o que, segundo os autores, e teoricamente, implicará aumentos de interoção.

Para além destes estudos, temos outros que não incidem diretamente no funcionamento sexual, mas na análise da concordância entre excitação sexual subjetiva e excitação genital (fisiológica) (Handy & Meston, 2016; Suschinsky & Lalimière, 2012), havendo inclusive uma meta-análise que reporta 132 investigações do género (Chivers, Seto, Lalumière, Lann, & Grimbos, 2010). Velten e Brotto (2017) relataram uma correlação entre maior interoção avaliada por auto-relato numa série de dimensões (usando a escala MAIA) e menor concordância entre excitação sexual subjetiva e genital em resposta a um filme com conteúdo sexual, numa amostra de mulheres baixo desejo e/ou excitação sexual. No mesmo estudo, a perceção do batimento cardíaco (comummente usada para avaliar a PI) não se correlacionou com a concordância sexual. Resultados totalmente divergentes foram obtidos por Handy e Meston (2016) e por Handy e Meston (2017), que quer no primeiro estudo realizado numa amostra feminina sem disfunção sexual, quer no segundo estudo levado a cabo numa amostra feminina com perturbação da excitação sexual (Handy & Meston, 2017), verificaram que a concordância entre excitação genital e a perceção subjetiva das mudanças genitais foi superior em que reportou maior SI através da escala MAIA. Fundamentando-se na investigação empírica, no entanto, ainda teoricamente, subjaz a ideia de que muitos casos de perturbação da excitação feminina poderão resultar de dificuldades na perceção das alterações genitais e não em ausência ou diminuição da resposta genital (Handy & Meston, 2017; Handy, Stanton, Pulverman, & Meston, 2018). Assim sendo, clinicamente, terapias visando o aumento da interoção poderiam ser úteis no tratamento de problemas de excitação sexual (Handy & Meston, 2016; Handy & Meston, 2017). Além do *mindfulness* (Paterson et al., 2015; Silverstein et al., 2011), outras intervenções, como o treino autogénico, que implica um aumento de consciência nas sensações corporais, como as sensações de peso e de calor, parece estar associado a melhorias no funcionamento sexual. Stanton e Meston (2016) verificaram melhorias na excitação sexual em mulheres sem disfunção sexual que foram sujeitas a treino autogénico numa única sessão. Resultados similares foram obtidos em mulheres na pré-menopausa com problemas de excitação sexual (Stanton, Nichols, & Meston, 2018).

Em outros dois estudos, maior concordância de excitação subjetiva e genital foi associada a maior consistência do orgasmo coital, mas não à consistência de orgasmo através de sexo não coital e masturbação, o que foi interpretado como uma maior percepção das sensações vaginais ser importante para desencadear o orgasmo através do contacto do pénis na vagina (Brody, 2007; Brody, Laan, & Van Lunsen, 2003). Por sua vez, e no que diz respeito ao funcionamento sexual masculino, Rowland e Heiman (1991) e Sakheim, Barlow, Abrahamson e Beck (1987) concluíram que os níveis de concordância sexual eram inferiores em homens com disfunção erétil comparativamente a homens sem disfunção erétil. No entanto, Suschinsky e Lalumiere (2009) relataram que, quer para homens, quer para mulheres, a concordância sexual não se correlaciona com a precisão da percepção do batimento cardíaco e da respiração, o que é congruente com outro estudo (Velten & Brotto, 2017). É possível que dificuldades na percepção das mudanças genitais estejam mais relacionadas com uma dificuldade generalizada em ter a atenção focada no corpo do que em aspetos mais específicos das sensações corporais internas, como o batimento cardíaco e a respiração. Só a investigação futura poderá vir a esclarecer esta questão.

Alexitimia, Interoceção, Funcionamento Sexual

Um único estudo coloca ambas as variáveis, alexitimia e interoceção, em associação com o funcionamento sexual. Na referida investigação, levada a cabo por Costa et al. (2018), os autores analisam as variáveis alexitimia, através da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), e interoceção, através da tarefa de deteção do ritmo cardíaco (PI) e a variável desejo sexual. Estabelecem uma correlação negativa entre o desejo sexual e a alexitimia e uma correlação positiva entre o desejo sexual e a interoceção, sendo estas relações independentes.

Objetivo

A ligação entre a alexitimia e sexualidade está estabelecida, no entanto, temos poucos estudos, e sem replicação de resultados. Quanto à interoceção e funcionamento sexual, a investigação é muito recente e com algumas limitações. Ademais, e tal como voltamos a ver nos estudos entre a interoceção e alexitimia, a multiplicidade de conceitos e medidas empregues na avaliação da interoceção torna pouco claro o verdadeiro impacto deste constructo. Posto isto, é nosso objetivo examinar as relações entre alexitimia e interoceção, e diferentes dimensões do funcionamento sexual (função erétil, orgasmo, ejaculação, excitação, lubrificação, satisfação,

dor e *distress*) bem como com a frequência de vários comportamentos sexuais. Também se examinará a associação entre alexitimia e interocepção. Os resultados para além da pertinência teórica, poderão ter implicações clínicas importantes como orientadores do desenvolvimento ou aprimoramento de terapias para dificuldades sexuais. Ainda que a alexitimia seja dificilmente alterável, o conhecimento de implicações da mesma para a sexualidade pode ser relevante. Ademais, a interocepção, como já referido, parece ser mais maleável, podendo ser uma componente com potencial de inclusão em terapias direcionadas para dificuldades sexuais.

Referências

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. doi:10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Baas, L. S., Beery, T. A., Allen, G., Wizer, M., & Wagoner, L. E. (2004). An exploratory study of body awareness in persons with heart failure treated medically or with transplantation. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 32–40. doi:10.1097/00005082-200401000-00007
- Bashapoor, S., Hosseini-Kiasari, S. T., Daneshvar, S., & Kazemi-Taskooh, Z. (2015). Comparing sensory information processing and alexithymia between people with substance dependency and normal. *Addiction and Health*, 7(3-4).
- Berardis, D., D'Albenzio, A., Gambi, F., Sepede, G., Valchera, A., Conti, C. M., ... Ferro, F. M. (2009). Alexithymia and its relationships with dissociative experiences and internet addiction in a nonclinical sample. *CyberPsychology & Behavior*, 12(1), 67–69. doi:10.1089/cpb.2008.0108
- Bornemann, B., Herbert, B. M., Mehling, W. E., & Singer, T. (2015). Differential changes in self-reported aspects of interoceptive awareness through 3 months of contemplative training. *Frontiers in Psychology*, 5. doi:10.3389/fpsyg.2014.01504
- Bornemann, B., & Singer, T. (2016). Taking time to feel our body: Steady increases in heartbeat perception accuracy and decreases in alexithymia over 9 months of contemplative mental training. *Psychophysiology*, 54(3), 469–482. doi:10.1111/psyp.12790
- Brewer, R., Happé, F., Cook, R., & Bird, G. (2015). Commentary on “Autism, oxytocin and interoception”: Alexithymia, not autism spectrum disorders, is the consequence of interoceptive failure. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 56, 348–353. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.07.006
- Brewer, R., Cook, R., & Bird, G. (2016). Alexithymia: a general deficit of interoception. *Royal Society Open Science*, 3(10), 150664. doi:10.1098/rsos.150664

- Brody, S. (2003). Alexithymia is inversely associated with women's frequency of vaginal intercourse. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 73–77. doi:10.1023/a:1021897530286
- Brody, S., Laan, E., & Van Lunsen, R. H. W. (2003). Concordance between women's physiological and subjective sexual arousal is associated with consistency of orgasm during intercourse but not other sexual behavior. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(1), 15–23. doi:10.1080/713847101
- Brody, S. (2007). Intercourse orgasm consistency, concordance of women's genital and subjective sexual arousal, and erotic stimulus presentation sequence. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 33(1), 31–39. doi: 10.1080/00926230600998458
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... Moffitt, T. E. (2013). The p factor. *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119–137. doi:10.1177/2167702613497473
- Chivers, M., Seto, M., Lalumiere, M., Laan, E., & Grimbos, T. (2010). Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal among men and women: A meta-analysis. *PsycEXTRA Dataset*. doi:10.1037/e512662013-034
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109(1), 25–41. doi:10.1037/0033-2909.109.1.25
- Correia, D., Barbosa, A., Costa, C., Sampaio, D., Guerreiro, D., Cerejeira, J., . . . Coelho, R. (2014). *Manual de Psicopatologia: 2ª edição revista e atualizada*. Lisboa: Lidel.
- Cook R, Brewer R, Shah P, Bird G. 2013 Alexithymia, not autism, predicts poor recognition of emotional facial expressions. *Psychol. Sci.* 24, 723–732. doi:10.1177/0956797612463582
- Costa, R. M., Pestana, J., Costa, D., Gomes, S., Pinto Coelho, M., & Correia, M. (2018). Sexual desire, alexithymia, interoception, and heart rate variability. Accepted to be presented as oral presentation at the *World Meeting on Sexual Medicine*, Lisbon, Portugal.
- Craig, A. D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3(8), 655–666. doi:10.1038/nrn894
- Craig, A. (2003). A new view of pain as a homeostatic emotion. *Trends in Neurosciences*, 26(6), 303–307. doi:10.1016/s0166-2236(03)00123-1
- Critchley, H. D., & Harrison, N. A. (2013). Visceral influences on brain and behavior. *Neuron*, 77(4), 624–638. doi:10.1016/j.neuron.2013.02.008
- Critchley, H. D., & Garfinkel, S. N. (2018). The influence of physiological signals on cognition. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 13–18. doi:org/10.1016/j.cobeha.2017.08.014

- Daubenmier, J., Sze, J., Kerr, C. E., Kemeny, M. E., & Mehling, W. (2013). Follow your breath: Respiratory interoceptive accuracy in experienced meditators. *Psychophysiology*, 50(8), 777–789. doi:10.1111/psyp.12057
- Damásio, A. (1994). *Erro de Descartes*. Lisboa: Temas e Debates.
- Damásio, A., (2003). *Looking for Spinoza*. Orlando: Harcourt,
- Davison, S. L., Bell, R. J., LaChina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. (2009). The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(10), 2690–2697. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x
- Domschke, K., Stevens, S., Pfleiderer, B., & Gerlach, A. L. (2010). Interoceptive sensitivity in anxiety and anxiety disorders: An overview and integration of neurobiological findings. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 1–11. doi:10.1016/j.cpr.2009.08.008
- Dunn, B. D., Galton, H. C., Morgan, R., Evans, D., Oliver, C., Meyer, M., ... Dalgleish, T. (2010). Listening to your heart. *Psychological Science*, 21(12), 1835–1844. doi:10.1177/0956797610389191
- Elfhag, K., & Lundh, G. (2007). TAS-20 alexithymia in obesity, and its links to personality. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(5), 391–398. doi:10.1111/j.1467-9450.2007.00583.x
- Eshkevari, E., Rieger, E., Musiat, P., & Treasure, J. (2014). An investigation of interoceptive sensitivity in eating disorders using a heartbeat detection task and a self-report measure. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 383–388. doi:10.1002/erv.2305
- Fischer, D., Berberich, G., Zaudig, M., Krauseneck, T., Weiss, S., and Pollatos, O. (2016). Interoceptive processes in anorexia nervosa in the time course of cognitive-behavioral therapy: a pilot study. *Front. Psychiatry* 7:199. doi: 10.3389/fpsyt.2016.00199
- Flor, H. (2012). New developments in the understanding and management of persistent pain. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 109–113. doi:10.1097/ycp.0b013e3283503510
- Fowler, C. J. (2003). Visceral sensory neuroscience: interoception. *Brain*, 126(6), 1505–1506. doi:10.1093/brain/awg120
- Freyberger, H. (1977). Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 337–345. doi:10.1159/000287080
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 243–246. doi:10.1002/jts.20320

- Freire, L. (2010). Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 15–24. doi:10.1590/s0102-37722010000100003
- Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation: interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(8), 911–917. doi:10.1093/scan/nss089
- Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2013). Interoception, emotion and brain: new insights link internal physiology to social behaviour. Commentary on: *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(3), 231–234. doi:10.1093/scan/nss140
- Garfinkel, S. N., Seth, A. K., Barrett, A. B., Suzuki, K., & Critchley, H. D. (2015). Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness. *Biological Psychology*, 104, 65–74. doi:10.1016/j.biopsycho.2014.11.004
- Goerlich-Dobre, K. S., Bruce, L., Martens, S., Aleman, A., & Hooker, C. I. (2014). Distinct associations of insula and cingulate volume with the cognitive and affective dimensions of alexithymia. *Neuropsychologia*, 53, 284–292. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2013.12.006
- Handy, A. B., & Meston, C. M. (2016). Interoceptive awareness moderates the relationship between perceived and physiological genital arousal in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(12), 1907–1914. doi:10.1016/j.jsxm.2016.09.018
- Handy, A. B., & Meston, C. M. (2017). Interoception and awareness of physiological sexual arousal in women with sexual arousal concerns. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 0–0. doi:10.1080/0092623x.2017.1405305
- Handy, A. B., Stanton, A. M., Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2018). Differences in perceived and physiologic genital arousal between women with and without sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 52–63. doi:10.1016/j.jsxm.2017.11.009
- Herbert, B. M., Herbert, C., & Pollatos, O. (2011). On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: is interoceptive awareness related to emotional awareness? *Journal of Personality*, 79(5), 1149–1175. doi:10.1111/j.1467-6494.2011.00717.x
- Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2014). Attenuated interoceptive sensitivity in overweight and obese individuals. *Eating Behaviors*, 15(3), 445–448. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.06.002
- Helmes, E., McNeill, P. D., Holden, R. R., & Jackson, C. (2008). The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 318–331. doi:10.1002/jclp.20461

- Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. A. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences*, 46(1), 43–47. doi:10.1016/j.paid.2008.09.002
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188–205. <https://doi.org/10.1093/mind/os-IX.34.188>
- Jessimer, M., & Markham, R. (1997). Alexithymia: A Right hemisphere dysfunction specific to recognition of certain facial expressions? *Brain and Cognition*, 34(2), 246–258. doi:10.1006/brcg.1997.0900
- Keiver, A., Pollatos, O., Vermeulen, N., & Grynberg, D. (2015). Interoceptive sensitivity facilitates both antecedent- and response-focused emotion regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 87, 20–23. doi:10.1016/j.paid.2015.07.014
- Kindermann, N. K., & Werner, N. S. (2014). The impact of cardiac perception on emotion experience and cognitive performance under mental stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(6), 1145–1154. doi:10.1007/s10865-014-9564-7
- Kleiger, J. H., & Dirks, J. F. (1980). Psychomaintenance aspects of alexithymia: relationship to medical outcome variables in a chronic respiratory illness population. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34(1), 25–33. doi:10.1159/000287443
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M.-R., & Joukamaa, M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 471–476. doi:10.1053/comp.2001.27892
- Krystal, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*.
- Laskowski, E. R. (2000). Proprioception. *Sci. Princ. Sport Rehabil.* 11, 323–340.
- Lane, R. D., Hsu, C.-H., Locke, D. E. C., Ritenbaugh, C., & Stonnington, C. M. (2015). Role of theory of mind in emotional awareness and alexithymia: Implications for conceptualization and measurement. *Consciousness and Cognition*, 33, 398–405. doi:10.1016/j.concog.2015.02.004
- Lane, R., & Schwartz, G. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133–143. doi: 10.1176/ajp.144.2.133
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. *JAMA*, 281(6), 537. doi:10.1001/jama.281.6.537
- Laumann, E. O., Paik, A., Glasser, D. B., Kang, J.-H., Wang, T., Levinson, B., ... Gingell, C. (2006). A Cross-national study of subjective sexual well-being among older women and

- men: findings from the global study of sexual attitudes and behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 143–159. doi:10.1007/s10508-005-9005-3
- Limmer, J., Kornhuber, J., & Martin, A. (2015). Panic and comorbid depression and their associations with stress reactivity, interoceptive awareness and interoceptive accuracy of various bioparameters. *Journal of Affective Disorders*, 185, 170–179. doi:10.1016/j.jad.2015.07.010
- Loas, G., Baelde, O. & Verrier, A., 2015. Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: A dimensional analysis. *Psychiatry Research*, 225(3), pp.484–488. Doi:org/10.1016/j.psychres.2014.11.062
- Longarzo, M., D'Olimpio, F., Chiavazzo, A., Santangelo, G., Trojano, L., & Grossi, D. (2015). The relationships between interoception and alexithymic trait. The Self-Awareness Questionnaire in healthy subjects. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.01149
- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 505–518. doi:10.1016/s0022-3999(96)00222-x
- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of personality assessment*, 89(3), 230-246. doi:10.1080/00223890701629698.
- Lyvers, M., Duric, N., & Thorberg, F. A. (2014). Caffeine Use and Alexithymia in University Students. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(4), 340–346. doi:10.1080/02791072.2014.942043
- Lyvers, M., Edwards, M. S., & Thorberg, F. A. (2017). Alexithymia, Attachment and Fear of Intimacy in Young Adults. *Journal of Psychology & the Behavioral Sciences*, 3(2). doi:10.22492/ijpbs.3.2.01
- Lyvers, M., Lysychka, O., & Thorberg, F. A. (2014). Alexithymia and drinking in young adults: The role of alcohol-related intrusive thoughts. *Personality and Individual Differences*, 57, 70–73. doi:10.1016/j.paid.2013.09.021
- Madioni, F., & Mammana, L. A. (2001). Toronto alexithymia scale in outpatients with sexual disorders. *Psychopathology*, 34(2), 95–98. doi:10.1159/000049287
- Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, Social Competencies, Social Support, and Psychological Distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 358–367. doi:10.1037/0022-0167.52.3.358
- Marty, P. & de M'Uzan, M., 1963. La «pensée opératoire». *Revue française de psychosomatique*, n°6(2), p.197. http://dx.doi.org/10.3917/rfps.006.0197.

- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of psychosomatic research*, *61*(5), 629-635. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.04.013
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A.-M., Mielonen, R.-L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, *70*(6), 716–722. doi:10.1097/psy.0b013e31816ffc39
- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... Segraves, R. T. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, *13*(2), 144–152. doi:10.1016/j.jsxm.2015.12.034
- Mehling, W., Price, C., Daubenmier, J., Bartmess, E., Acree, M., Gopisetty, V., & Stewart, A. (2012). P05.61. The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *12*(Suppl 1), P421. doi:10.1186/1472-6882-12-s1-p421
- Mehling, W. (2016). Differentiating attention styles and regulatory aspects of self-reported interoceptive sensibility. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *371*(1708), 20160013. doi:10.1098/rstb.2016.0013
- Melloni, M., Sedeño, L., Couto, B., Reynoso, M., Gelormini, C., Favaloro, R., ... Ibanez, A. (2013). Preliminary evidence about the effects of meditation on interoceptive sensitivity and social cognition. *Behavioral and Brain Functions*, *9*(1), 47. doi:10.1186/1744-9081-9-47
- Michetti, P. M., Rossi, R., Bonanno, D., De Dominicis, C., Iori, F., & Simonelli, C. (2007). Dysregulation of Emotions and Premature Ejaculation (PE): Alexithymia in 100 Outpatients. *The Journal of Sexual Medicine*, *4*(5), 1462–1467. doi:10.1111/j.1743-6109.2007.00564.x
- Michetti, P. M., Rossi, R., Bonanno, D., Tiesi, A., & Simonelli, C. (2005). Male sexuality and regulation of emotions: a study on the association between alexithymia and erectile dysfunction (ED). *International Journal of Impotence Research*, *18*(2), 170–174. doi:10.1038/sj.ijir.3901386
- Montebarocci, O., Codispoti, M., Baldaro, B., & Rossi, N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *36*(3), 499–507. doi:10.1016/s0191-8869(03)00110-7
- Mulhall, J. P., Incrocci, L., Goldstein, I., & Rosen, R. C., Wassersug, R. (Eds.). (2012). *Cancer and sexual health*. New York, NY: Humana Press.

- Murphy, J., Catmur, C., & Bird, G. (2017). Alexithymia is associated with a multidomain, multidimensional failure of interoception: evidence from novel tests. *Journal of Experimental Psychology*. doi:10.1037/xge0000366
- New, A. S., Rot, M. aan het, Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., ... Siever, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660–675. doi:10.1521/pedi.2012.26.5.660
- Nemiah, J.C., 1977. Alexithymia theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatic* 28, 199-206. doi: 10.1159/000287064
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P., Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., . . . Carcione, A. (2011). Alexithymia in personality disorders: Correlations with symptoms and interpersonal functioning. *Elsevier: Psychiatry Research*, 37-42. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.046
- Parker, J. D. A., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: A taxometric investigation. *Psychological Assessment*, 20(4), 385–396. doi:10.1037/a0014262
- Parkin, L., Morgan, R., Rosselli, A., Howard, M., Sheppard, A., Evans, D., ... Dunn, B. (2013). Exploring the relationship between mindfulness and cardiac perception. *Mindfulness*, 5(3), 298–313. doi:10.1007/s12671-012-0181-7
- Paterson, L. Q. P., Handy, A. B., & Brotto, L. A. (2016). A Pilot study of eight-session mindfulness-based cognitive therapy adapted for women's sexual interest/arousal disorder. *The Journal of Sex Research*, 54(7), 850–861. doi:10.1080/00224499.2016.1208800
- Pérez, I., Martos, J. M. P., & Llorente-Comí, M. (2010). Alexitimia y síndrome de asperger. *Revista de Neurologia*, 50(3), 85-90. doi:10.1080/00224499.2016.1208800
- Paulus, M. P., & Stewart, J. L. (2014). Interoception and drug addiction. *Neuropharmacology*, 76, 342–350. doi:10.1016/j.neuropharm.2013.07.002
- Picardi, A., Fagnani, C., Gigantesco, A., Toccaceli, V., Lega, I., & Stazi, M. A. (2011). 15 Genetic influences on alexithymia and their relationship with depressive symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 71(4), 256-263. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.02.016
- Pierloot, R., & Vinck, J. (1977). A pragmatic approach to the concept of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 156–166. doi:10.1159/000287058
- Pollatos, O., Matthias, E., & Keller, J. (2015). When interoception helps to overcome negative feelings caused by social exclusion. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.00786

- Rowland, D. L., & Heiman, J. R. (1991). Self-reported and genital arousal changes in sexually dysfunctional men following a sex therapy program. *Journal of Psychosomatic Research*, 35(4-5), 609–619. doi:10.1016/0022-3999(91)90055-s
- Sakheim, D. K., Barlow, D. H., Abrahamson, D. J., & Beck, J. G. (1987). Distinguishing between organogenic and psychogenic erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*, 25(5), 379–390. doi:10.1016/0005-7967(87)90015-5
- Scimeca, G., Bruno, A., Pandolfo, G., Micò, U., Romeo, V. M., Abenavoli, E., Muscatello, M. R. A. (2012). Alexithymia, Negative Emotions, and Sexual Behavior in Heterosexual University Students from Italy. *Archives of Sexual Behavior*, 42(1), 117–127. doi:10.1007/s10508-012-0006-8
- Segraves, T., Balon, R. (2005). *Handbook of Sexual Dysfunction*. New York: Taylor & Francis.
- Seth, A. (2013). Interoceptive inference, emotion, and the embodied self. *Trends in Cognitive Sciences*, 17, 565-573. doi:10.1016/j.tics.2013.09.007
- Shah, P., Hall, R., Catmur, C., & Bird, G. (2016). Alexithymia, not autism, is associated with impaired interoception. *Cortex*, 81, 215–220. doi:10.1016/j.cortex.2016.03.021
- Sherrington, S., (1906). *The integrative action of the nervous system*. New Haven: Yale University Press.
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970–978. doi:10.1097/aog.0b013e3181898cdb
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of “Alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255–262.
- Sifneos, P. E. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Silva, A., Vasco, A., & Watson, J. (2013). Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 2 (XXXI), 197- 211.
- Silverstein, R. G., Brown, A.-C. H., Roth, H. D., & Britton, W. B. (2011). Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), 817–825. doi:10.1097/psy.0b013e318234e628
- Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2013). The conditional importance of sex: exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(1), 25–38. doi:10.1080/0092623x.2013.811450

- Stinson, R. D. (2009). The behavioral and cognitive-behavioral treatment of female sexual dysfunction: how far we have come and the path left to go. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(3-4), 271–285. doi:10.1080/14681990903199494
- Sönmez, M. B., Kahyacı Kılıç, E., Ateş Çöl, I., Görgülü, Y., & Köse Çınar, R. (2016). Decreased interoceptive awareness in patients with substance use disorders. *Journal of Substance Use*, 22(1), 60–65. doi:10.3109/14659891.2016.1143048
- Sowden, S., Brewer, R., Catmur, C., & Bird, G. (2016). The specificity of the link between alexithymia, interoception, and imitation. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 42(11), 1687–1692. doi:10.1037/xhp0000310
- Suschinsky, K. D., & Lalumière, M. L. (2012). Is Sexual Concordance Related to Awareness of Physiological States? *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 199–208. doi:10.1007/s10508-012-9931-9
- Taylor, G.J., 1984 Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725–732. doi:10.1176/ajp.141.6.725
- Taylor, G.J., 1994. The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends Expt. Clin. Psychiatr.* 10, 61-74.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. *Cambridge University Press*. doi:10.1017/CBO9780511526831
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2016). What’s in the name “alexithymia”? A commentary on “Affective agnosia: Expansion of the alexithymia construct and a new opportunity to integrate and extend Freud’s legacy.” *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 1006–1020. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.05.025
- Terasawa, Y., Shibata, M., Moriguchi, Y., & Umeda, S. (2012). Anterior insular cortex mediates bodily sensibility and social anxiety. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(3), 259–266. doi:10.1093/scan/nss108
- Thompson, I. M., Tangen, C. M., Goodman, P. J., Probstfield, J. L., Moinpour, C. M., & Coltman, C. A. (2005). Erectile dysfunction and incidence of cardiovascular disease—*JAMA*, 295(17), 1998. doi:10.1001/jama.295.17.2000-a
- Thompson, W. K., Charo, ., Vahia, I. V., Depp, C., Allison, M., & Jeste, D. V. (2011). Association between higher levels of sexual function, activity, and satisfaction and self-rated successful aging in older postmenopausal women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(8), 1503–1508. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03495.x
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Vieira, F., Roma-Torres, A., & Brandão, I. (2011). Prevalência da alexitimia na anorexia nervosa e sua associação com variáveis clínicas e

sociodemográficas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 182–189. doi:10.1590/s0047-20852011000300006

- Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(5), 311–316. doi:10.1097/00005053-200105000-00007
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2006). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 109–117. doi:10.1002/jclp.20324
- Verdejo-Garcia, A., Clark, L., & Dunn, B. D. (2012). The role of interoception in addiction: a critical review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36(8), 1857–1869. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.05.007
- Velten, J., & Brotto, L. A. (2017). Interoception and sexual response in women with low sexual desire. *PLOS ONE*, 12(10), e0185979. doi:10.1371/journal.pone.0185979
- Walters, A. S., & Williamson, G. M. (1998). *Sexuality and Disability*, 16(2), 103–115. doi:10.1023/a:1023028025712
- Weiss, S., Sack, M., Henningsen, P., and Pollatos, O. (2014). On the interaction of self-regulation, interoception and pain perception. *Psychopathology* 47, 377–382. doi: 10.1159/000365107
- Werner, N. S., Jung, K., Duschek, S., & Schandry, R. (2009). Enhanced cardiac perception is associated with benefits in decision-making. *Psychophysiology*, 46(6), 1123–1129. doi:10.1111/j.1469-8986.2009.00855.x
- Wise, T. N., Osborne, C., Strand, J., Fagan, P. J., & Jr, C. W. S. (2002). Alexithymia in patients attending a sexual disorders clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(5), 445–450. doi:10.1080/00926230290001556
- Woloski-Wruble, A. C., Oliel, Y., Leefsma, M., & Hochner-Celnikier, D. (2010). Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(7), 2401–2410. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01747.x
- Zamariola, G., Vlemincx, E., Corneille, O., & Luminet, O. (2018). Relationship between interoceptive accuracy, interoceptive sensibility, and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 125, 14–20. doi:10.1016/j.paid.2017.12.024

Anexo II – Questionário Online (Versão Feminina)

Este estudo enquadra-se num projeto de dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no ISPA - Instituto Universitário e tem como principal objetivo compreender o papel da consciência das emoções no funcionamento heterossexual. As suas respostas serão anónimas e confidenciais. Não preencha este questionário na presença de outras pessoas, pois há questões sobre a sua intimidade sexual. É importante que responda a todas as perguntas com honestidade. Todavia, se não se sentir confortável a responder a alguma questão, sinta-se à vontade para não responder a essa questão em particular. Este questionário demorará cerca de 15 minutos. Caso surja alguma dúvida ou questão por favor contacte o professor orientador Rui Miguel Costa para rcosta@ispa.pt

Pode fechar a página do questionário antes de o completar e retomar o preenchimento voltando a [clicar](#) no [link](#).

Sou mulher, tenho mais de 18 anos e quero prosseguir para o questionário.

Sou homem, tenho mais de 18 anos e quero prosseguir para o questionário.

Idade _____

Profissão _____

Habilitações literárias _____

Estado Civil _____

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações.

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1- Fico muitas vezes confuso(a) sobre qual a emoção estou a sentir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5- Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Quando estou aborrecido(a), não sei se me sinto triste, assustado(a) ou zangado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7- Fico muitas vezes intrigado(a) com sensações no meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8- Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9- Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10- É essencial estar em contacto com as emoções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11- Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12- As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13- Não sei o que se passa dentro de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14- Muitas vezes não sei porque estou zangado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15- Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16- Prefiro assistir a espetáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17- É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18- Posso sentir-me próxima de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19- Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20- Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De seguida irá encontrar uma outra lista de afirmações. Por favor, indique com que frequência, de um modo geral, cada afirmação se aplica à sua vida quotidiana.

	Nunca					Sempre
1. Quando estou tenso(a), eu sinto onde está localizada a tensão no meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu dou-me conta dos desconfortos do meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu dou-me conta das sensações de conforto no meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu dou-me conta de alterações na minha respiração, tais como quando esta abranda ou acelera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu não me dou conta da tensão ou desconforto físico ou ignoro-os até que se tornem mais severos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu consigo distrair-me de sensações de desconforto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Quando sinto dor ou desconforto, eu tento abstrair-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Quando sinto dor física, eu fico transtornado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu começo a preocupar-me de que algo está errado comigo, quando sinto algum desconforto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Eu consigo dar-me conta de uma sensação corporal desagradável sem preocupar-me com ela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Eu consigo prestar atenção à minha respiração sem ser distraído(a) pelas coisas que acontecem ao meu redor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Eu consigo manter consciência das minhas sensações corporais internas mesmo quando se está a passar muita coisa ao meu redor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Quando estou a conversar com alguém, eu consigo prestar atenção à minha postura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Eu consigo retomar a consciência do meu corpo mesmo depois de ter sido distraído(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu consigo voltar a focar a atenção do meu pensamento para as sensações do meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Eu consigo manter consciência de todo o meu corpo mesmo quando uma parte de mim está em dor ou desconforto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eu sou capaz de conscientemente focar-me no meu corpo como um todo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu dou-me conta de como o meu corpo muda quando estou irritado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Quando algo está mal na minha vida eu consigo senti-lo no meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Eu dou-me conta que sinto o meu corpo diferente após uma experiência de tranquilidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Quando me sinto confortável, dou-me conta que a minha respiração fica mais descontraída e fluida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Eu dou-me conta como o meu corpo muda quando me sinto feliz/alegre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Quando me sinto sobrecarregado(a) eu consigo encontrar um lugar calmo dentro de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quando tomo consciência do meu corpo eu sinto-me calmo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Eu consigo usar a minha respiração para reduzir a tensão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Quando eu fico preso nos meus pensamentos, eu consigo acalmar a minha mente focando-me no meu corpo/respiração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Eu tomo atenção à informação do meu corpo para ter consciência do meu estado emocional.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
28. Quando estou transtornado(a), eu dedico tempo a explorar como o meu corpo se sente.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
29. Eu dou atenção ao meu corpo para decidir o que fazer.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
30. Sinto-me em casa no meu corpo.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
31. Eu sinto que o meu corpo é um lugar seguro.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
32. Eu confio nas sensações do meu corpo.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

1. Consome antidepressivos?

- Sim
- Não

2. Tem outros problemas de saúde? Se sim, quais? _____

3. Toma outros medicamentos (incluindo suplementos nutricionais)? Se sim, quais?

4. Das seguintes opções, qual é a que melhor descreve a sua sexualidade?

- a) Só com o sexo oposto
- b) Principalmente com o sexo oposto
- c) Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo
- d) Principalmente com o mesmo sexo
- e) Só com o mesmo sexo

5. Tem parceira/o sexual regular? Sim _____ Não _____ Incerto

5.1. Coabitam? Sim _____ Não _____

5.2. Qual a duração da relação _____ anos e _____ meses

As seguintes questões referem-se ao número de dias (não vezes) que determinadas atividades sexuais ocorreram **durante o último mês**. Responda de 0 a 30.

1. Quantos dias (não vezes) teve relações sexuais que envolveram o coito (pénis na vagina)?
_____ dias.

2. Quantos dias teve relações sexuais que **não** envolveram o coito (pénis na vagina), como sexo oral, sexo anal, ou masturbação pelo parceiro/a? (Não considere cibersexo uma relação sexual)
_____ dias.

3. Quantos dias se masturbou sozinho? _____ dias.

4. Teve relações sexuais com o sexo oposto nas últimas 4 semanas? (Não considere cibersexo uma relação sexual).

Sim

Não

As seguintes questões destinam-se a pessoas que tiveram **relações sexuais nas últimas quatro semanas**. Se teve relações sexuais neste período por favor continue o preenchimento do questionário. Não considere cibersexo ou masturbação relações sexuais. Caso não tenha tido relações sexuais durante este período pode dar por concluído o preenchimento do questionário. Muito obrigada pela sua participação.

No próximo conjunto de questões assinale a resposta mais adequada à sua situação tendo em conta as últimas quatro semanas.

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

Quase sempre/sempre

A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

Poucas vezes (menos de metade das vezes)

Quase nunca/nunca

2. Como classifica o seu nível (grau) de desejo ou interesse sexual?

Muito elevado

Elevado

Moderado

Baixo

Muito baixo/nenhum

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante as relações sexuais?

Quase sempre/sempr

A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

Poucas vezes (menos de metade das vezes)

Quase nunca/nunca

4. Como classifica o seu nível de excitação sexual durante as relações sexuais?

Muito elevado

Elevado

Moderado

Baixo

Muito baixo/nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir ficar excitada durante as relações sexuais?

Confiança muito elevada

Confiança elevada

Confiança moderada

Confiança baixa

Confiança muito baixa/nenhuma

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante as relações sexuais?

Quase sempre/sempr

A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

Poucas vezes (menos de metade das vezes)

Quase nunca/nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (“molhada”) durante as relações sexuais?

Quase sempre/sempe

A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

Poucas vezes (menos de metade das vezes)

Quase nunca/nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante as relações sexuais?

Extremamente difícil ou impossível

Muito difícil

Difícil

Ligeiramente difícil

Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim das relações sexuais?

Quase sempre/sempe

A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

Poucas vezes (menos de metade das vezes)

Quase nunca/nunca

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim das relações sexuais?

Extremamente difícil ou impossível

Muito difícil

Difícil

Ligeiramente difícil

Nenhuma dificuldade

11. Quando teve relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

Quase sempre/sempe

A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

Poucas vezes (menos de metade das vezes)

Quase nunca/nunca

12. Quando teve relações sexuais qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

Extremamente difícil ou impossível

Muito difícil

Difícil

Ligeiramente difícil

Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante as relações sexuais?

Muito satisfeita

Moderadamente satisfeita

Igualmente satisfeita e insatisfeita

Moderadamente insatisfeita

Muito insatisfeita

14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante as relações sexuais?

Muito satisfeita

Moderadamente satisfeita

Igualmente satisfeita e insatisfeita

Moderadamente insatisfeita

Muito insatisfeita

15. Qual o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

Muito satisfeita

Moderadamente satisfeita

Igualmente satisfeita e insatisfeita

Moderadamente insatisfeita

Muito insatisfeita

16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

Muito satisfeita

Moderadamente satisfeita

Igualmente satisfeita e insatisfeita

Moderadamente insatisfeita

Muito insatisfeita

17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

Não tive penetração vaginal

Quase sempre/sempr

A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

Poucas vezes (menos de metade das vezes)

Quase nunca/nunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

Não tive penetração vaginal

Quase sempre/sempr

A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

Poucas vezes (menos de metade das vezes)

Quase nunca/nunca

19. Como classifica o seu nível (grau) de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?

Não tive penetração vaginal

Muito elevado

Elevado

Moderado

Baixo

Muito baixo/nenhum

Utilizando a seguinte escala, indique como se sentiu nas últimas quatro semanas.

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre	
0	1	2	3	4	
1. Angustiado com a sua vida sexual	0	1	2	3	4
2. Infeliz como o seu relacionamento sexual	0	1	2	3	4
3. Culpada pelas suas dificuldades sexuais	0	1	2	3	4
4. Frustrado pelos seus problemas sexuais	0	1	2	3	4
5. Stressado com o sexo	0	1	2	3	4
6. Inferior por causa dos seus problemas sexuais	0	1	2	3	4
7. Preocupado com o sexo	0	1	2	3	4
8. Sexualmente problemática	0	1	2	3	4
9. Arrependido com a sua sexualidade	0	1	2	3	4
10. Envergonhado com os seus problemas sexuais	0	1	2	3	4
11. Insatisfeito com a sua vida sexual	0	1	2	3	4
12. Irritado com a sua vida sexual	0	1	2	3	4
13. Incomodado por baixo desejo sexual	0	1	2	3	4

Anexo III – Questionário Online (Versão Masculina)

Este estudo enquadra-se num projeto de dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no ISPA - Instituto Universitário e tem como principal objetivo compreender o papel da consciência das emoções no funcionamento heterossexual. As suas respostas serão anónimas e confidenciais. Não preencha este questionário na presença de outras pessoas, pois há questões sobre a sua intimidade sexual. É importante que responda a todas as perguntas com honestidade. Todavia, se não se sentir confortável a responder a alguma questão, sinta-se à vontade para não responder a essa questão em particular. Este questionário demorará cerca de 15 minutos. Caso surja alguma dúvida ou questão por favor contacte o professor orientador Rui Miguel Costa para rcosta@ispa.pt

Pode fechar a página do questionário antes de o completar e retomar o preenchimento voltando a [clicar](#) no [link](#).

- Sou mulher, tenho mais de 18 anos e quero prosseguir para o questionário.
- Sou homem, tenho mais de 18 anos e quero prosseguir para o questionário.

Idade _____

Profissão _____

Habilitações literárias _____

Estado Civil _____

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações.

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1- Fico muitas vezes confuso(a) sobre qual a emoção estou a sentir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2- Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3- Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4- Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5- Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6- Quando estou aborrecido(a), não sei se me sinto triste, assustado(a) ou zangado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7- Fico muitas vezes intrigado(a) com sensações no meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8- Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9- Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10- É essencial estar em contacto com as emoções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11- Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12- As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13- Não sei o que se passa dentro de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14- Muitas vezes não sei porque estou zangado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15- Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16- Prefiro assistir a espetáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17- É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18- Posso sentir-me próxima de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19- Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20- Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De seguida irá encontrar uma outra lista de afirmações. Por favor, indique com que frequência, de um modo geral, cada afirmação se aplica à sua vida quotidiana.

	Nunca					Sempre
1. Quando estou tenso(a), eu sinto onde está localizada a tensão no meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu dou-me conta dos desconfortos do meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu dou-me conta das sensações de conforto no meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu dou-me conta de alterações na minha respiração, tais como quando esta abranda ou acelera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu não me dou conta da tensão ou desconforto físico ou ignoro-os até que se tornem mais severos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu consigo distrair-me de sensações de desconforto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Quando sinto dor ou desconforto, eu tento abstrair-me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Quando sinto dor física, eu fico transtornado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu começo a preocupar-me de que algo está errado comigo, quando sinto algum desconforto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Eu consigo dar-me conta de uma sensação corporal desagradável sem preocupar-me com ela.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Eu consigo prestar atenção à minha respiração sem ser distraído(a) pelas coisas que acontecem ao meu redor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Eu consigo manter consciência das minhas sensações corporais internas mesmo quando se está a passar muita coisa ao meu redor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Quando estou a conversar com alguém, eu consigo prestar atenção à minha postura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Eu consigo retomar a consciência do meu corpo mesmo depois de ter sido distraído(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu consigo voltar a focar a atenção do meu pensamento para as sensações do meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Eu consigo manter consciência de todo o meu corpo mesmo quando uma parte de mim está em dor ou desconforto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eu sou capaz de conscientemente focar-me no meu corpo como um todo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu dou-me conta de como o meu corpo muda quando estou irritado(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Quando algo está mal na minha vida eu consigo senti-lo no meu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Eu dou-me conta que sinto o meu corpo diferente após uma experiência de tranquilidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Quando me sinto confortável, dou-me conta que a minha respiração fica mais descontraída e fluida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Eu dou-me conta como o meu corpo muda quando me sinto feliz/alegre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Quando me sinto sobrecarregado(a) eu consigo encontrar um lugar calmo dentro de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quando tomo consciência do meu corpo eu sinto-me calmo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Eu consigo usar a minha respiração para reduzir a tensão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Quando eu fico preso nos meus pensamentos, eu consigo acalmar a minha mente focando-me no meu corpo/respiração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Eu tomo atenção à informação do meu corpo para ter consciência do meu estado emocional.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
28. Quando estou transtornado(a), eu dedico tempo a explorar como o meu corpo se sente.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
29. Eu dou atenção ao meu corpo para decidir o que fazer.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
30. Sinto-me em casa no meu corpo.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
31. Eu sinto que o meu corpo é um lugar seguro.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
32. Eu confio nas sensações do meu corpo.	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

1. Consome antidepressivos?

- Sim
- Não

2. Tem outros problemas de saúde? Se sim, quais? _____

3. Toma outros medicamentos (incluindo suplementos nutricionais)? Se sim, quais?

4. Das seguintes opções, qual é a que melhor descreve a sua sexualidade?

- a) Só com o sexo oposto
- b) Principalmente com o sexo oposto
- c) Aproximadamente tanto com o sexo oposto como com o mesmo sexo
- d) Principalmente com o mesmo sexo
- e) Só com o mesmo sexo

5. Tem parceira/o sexual regular? Sim _____ Não _____ Incerto

5.1. Coabitam? Sim _____ Não _____

5.2. Qual a duração da relação _____ anos e _____ meses

As seguintes questões referem-se ao número de dias (não vezes) que determinadas atividades sexuais ocorreram **durante o último mês**. Responda de 0 a 30.

1. Quantos dias (não vezes) teve relações sexuais que envolveram o coito (pénis na vagina)?
_____ dias.

2. Quantos dias teve relações sexuais que **não** envolveram o coito (pénis na vagina), como sexo oral, sexo anal, ou masturbação pelo parceiro/a? (Não considere cibersexo uma relação sexual)
_____ dias.

3. Quantos dias se masturbou sozinho? _____ dias.

4. Teve relações sexuais com o sexo oposto nas últimas 4 semanas? (Não considere cibersexo uma relação sexual).

Sim

Não

As seguintes questões destinam-se a pessoas que tiveram **relações sexuais nas últimas quatro semanas**. Se teve relações sexuais neste período por favor continue o preenchimento do questionário. Não considere cibersexo ou masturbação relações sexuais. Caso não tenha tido relações sexuais durante este período pode dar por concluído o preenchimento do questionário. Muito obrigada pela sua participação.

No próximo conjunto de questões assinale a resposta mais adequada à sua situação tendo em conta as últimas quatro semanas.

1. Com que frequência foi capaz de conseguir uma ereção durante a sua atividade sexual?

Quase nunca/nunca

Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)

Quase sempre/sempre

2. Quando teve ereções com estimulação sexual, qual a frequência em que estas ereções foram

suficientemente rígidas para permitir a penetração?

Quase nunca/nunca

Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)

Quase sempre/sempe

3. Quando tentou ter relações sexuais, quantas vezes foi capaz de penetrar a sua companheira?

Quase nunca/nunca

Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)

Quase sempre/sempe

4. Durante as relações sexuais, quantas vezes foi capaz de manter a sua ereção depois de ter penetrado a sua companheira?

Quase nunca/nunca

Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)

A maior parte das vezes (muito mais de metade das vezes)

Quase sempre/sempe

5. Durante as relações sexuais, qual a dificuldade que teve para manter a sua ereção até ao fim da relação sexual?

Extrema dificuldade

Muita dificuldade

Dificuldade moderada

Ligeira dificuldade

Nenhuma dificuldade

6. Quando tentou ter relações sexuais, qual a frequência com que se sentiu satisfeito?

Quase nunca/nunca

Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)

Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
A maior parte das vezes (muito mais metade das vezes)
Quase sempre/sempre

7. Qual o grau de satisfação que teve com as suas relações sexuais?

Nenhuma satisfação
Pouca satisfação
Satisfação moderada
Grande satisfação
Muito grande satisfação

8. Quando teve relações sexuais, com que frequência ejaculou?

Quase nunca/nunca
Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
Quase sempre/sempre

9. Quando teve relações sexuais, com que frequência teve a sensação de orgasmo ou clímax?

Quase nunca/nunca
Poucas vezes (muito menos de metade das vezes)
Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
A maior parte das vezes (muito mais de metade vezes)
Quase sempre/sempre

10. Com que frequência sentiu desejo sexual?

Quase nunca/nunca
Poucas vezes
Algumas vezes
A maior parte das vezes
Quase sempre/sempre

11. Como classifica o seu desejo sexual?

Muito baixo/nenhum

Baixo
Moderado
Elevado
Muito elevado

12. Qual a sua satisfação com a sua vida sexual em geral?

Grande insatisfação
Insatisfação moderada
Igualmente satisfeito e insatisfeito
Satisfação moderada
Grande satisfação

13. Qual a sua satisfação com o relacionamento sexual com a sua parceira?

Grande insatisfação
Insatisfação moderada
Igualmente satisfeito e insatisfeito
Satisfação moderada
Grande satisfação

14. Qual a confiança que tem em conseguir atingir e manter uma ereção?

Muito baixa
Baixa
Moderada
Elevada
Muito elevada

	Não é difícil	Um pouco difícil	Moderadamente Difícil	Muito difícil	Extremamente difícil
1. Até que ponto é difícil para si atrasar a sua ejaculação (libertação de sémen)?	0	1	2	3	4

	Quase nunca ou nunca 0%	Menos de metade das vezes (25%)	Cerca de metade das vezes (50%)	Mais de metade das vezes (75%)	Quase sempre ou sempre 100%
2. Ejacula antes de querer?	0	1	2	3	4
3. A sua ejaculação acontece com pouco estímulo?	0	1	2	3	4

	De modo nenhum	Levemente	Moderadamente	Muito	Extremamente
4. Sente-se frustrado porque ejacula antes de querer?	0	1	2	3	4
5. Até que ponto fica preocupado por achar que o tempo que demora a ejacular poderá deixar a sua parceira insatisfeita?	0	1	2	3	4