

**PATRÍCIA DO ESPÍRITO SANTO GONÇALVES**

**Investigação das propriedades psicométricas da Escala de Alexitimia de  
Toronto em indivíduos com e sem Transtorno do Comportamento  
Sexual Compulsivo**

**SÃO PAULO**

**2023**

**PATRÍCIA DO ESPÍRITO SANTO GONÇALVES**

**Investigação das propriedades psicométricas da Escala de Alexitimia  
de Toronto em indivíduos com e sem Transtorno do Comportamento  
Sexual Compulsivo**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Fisiopatologia Experimental

Orientador: Prof. Dr. Marco de Tubino Scanavino

**SÃO PAULO**

**2023**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Gonçalves, Patrícia do Espírito Santo  
Investigação das propriedades psicométricas da  
Escala de Alexitimia de Toronto em indivíduos com e  
sem Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo /  
Patrícia do Espírito Santo Gonçalves. -- São Paulo,  
2023.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.

Programa de Fisiopatologia Experimental.  
Orientador: Marco de Tubino Scanavino.

Descritores: 1.Alexitimia 2.Sintomas afetivos  
3.Regulação emocional 4.Comportamento sexual  
5.Comportamento impulsivo 6.Comportamento  
compulsivo

USP/FM/DBD-223/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

## AGRADECIMENTOS

A pós-graduação foi um sonho solitário, um desejo tênue, mas que foi ganhando consistência, força e compartilhamento.

Durante este percurso, eu tive a sorte de contar com o apoio de várias pessoas essenciais para a concretização e realização desta etapa final: elas contribuíram para o meu crescimento pessoal e acadêmico. Desta forma, agradeço a quem esteve ao meu lado e sempre me motivou a fazer o melhor. Para que um aluno inicie e conclua a pós-graduação, a ajuda de muitas pessoas é bem-vinda. Sendo assim, vários nomes estarão impressos ao lado do meu pelas tintas invisíveis do apoio emocional.

O meu forte agradecimento ao Prof. Dr. Marco de Tubino Scanavino, que me deu a oportunidade de ser sua aluna e de fazer parte da equipe AISEP. Foi um convite que mudou o meu olhar para mim e para o mundo. Só tenho a agradecer por todos os conhecimentos transmitidos, dedicação, pela paciência, pelo respeito, pelo acolhimento, pelos desafios. Um especial agradecimento por estar sempre disponível para me orientar, organizar e me direcionar. Sua didática é educar com afeto. É uma referência internalizada para a vida.

Agradeço a equipe AISEP que, desde 2016, o meu sonho pode ser compartilhado. Conheci profissionais admiráveis, aprendi e vivi momentos inesquecíveis e engraçados.

Agradeço a Rosa Eliza Silva, psicóloga e psicanalista, pela parceria de trabalho e amizade, pelo apoio emocional, pela orientação e incentivo: você fez toda a diferença no início do mestrado. Agradeço também a Verônica Diego Inácio, que é bem mais que uma colega de trabalho: é uma amiga. Compartilhamos angústias e muitas risadas, é expressivo seu potencial e sua perspicácia. Sou grata pelo seu apoio neste momento final.

Agradeço a minha colega e amiga Fernanda Garcia, você foi um presente da vida. Gratidão por ser tão amável comigo. É uma amiga que me chama para viver e fala o melhor de mim, trocamos palavras carregadas de sentimentos que nos impacta e nos reorganiza. É uma excelente profissional por quem tenho respeito e admiração.

Agradeço a minha mãe, Mônica Conceição Silva do Espírito Santo, que me ensinou o peso da palavra, a importância do trabalho e a dedicação para alcançar o objeto. É uma mulher resiliente. Mãe, gratidão por ter possibilitado à minha vinda para

São Paulo estudar, ou melhor, ter espaço para “sonhar o meu sonho”. A seu modo, estive sempre me apoiando em minhas escolhas.

Agradeço a meus sobrinhos (*pixixitos da teteia*), Paulo Victor Rodrigues Gonçalves; Monise Vitória Rodrigues Gonçalves; Stefany Kaillany Bento Portal; Geovana Vitória Portal do Nascimento, que são minha fonte inesgotável de viver. É um amor que nutri a minha potência e acalma minhas dores.

Agradeço ao meu irmão, Paulo Cesar do Espírito Santo Gonçalves, é respeitável em sua bondade, usa o humor com tanta habilidade para lidar e entender os “perrengues da vida”. É um artista e ama cantar. Estamos sempre juntos nesta passagem da vida. Seu amor me dá o sentimento de segurança que tanto preciso.

Agradeço a minha irmã, Alcilene Bento Portal, uma mulher intensa e persistente, com muitos sonhos. Eu a admiro pela sua luta e tenho muito orgulho e afeição pela sua trajetória que vem construindo. Grata pelo apoio e amor.

Agradeço a minha cunhada, Simone Pinheiro Rodrigues, uma mulher verdadeira, honesta e muito alegre. Para sempre cunhadas. Obrigada por deixar eu fazer parte de sua família. Agradecimentos também para minha prima Suzana da Silva Takada, esforçada, franca e firme em seus propósitos, esteve comigo em momentos difíceis. E, por fim, para a prima Roberta Farias, um encanto de pessoa, amável, vibrante e sincera. Grata por me acolher e compartilhar seu espaço comigo e se tornar minha amiga.

Agradeço os participantes da pesquisa e os pacientes que me ensinaram tanto sobre o tema e sobre a vida, pois confiaram na relação terapêutica para compartilharem suas dores mais íntimas.

Agradeço a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa do mestrado.

*“Quanto sexo é demais? Quanto é suficiente? E quem decide?  
Groneman (2000, p. 151).*

## **NORMATIZAÇÃO ADOTADA**

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

# SUMÁRIO

**Lista de Siglas, Abreviaturas e Símbolos**

**Lista de Tabela**

**Resumo**

**Abstract**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Justificativa .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Hipóteses .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Objetivos .....</b>	<b>5</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo .....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Aspectos históricos.....	6
2.1.2 Diferentes denominações conceituais .....	6
2.1.3 Critérios Diagnósticos Atuais .....	6
2.1.4 Epidemiologia .....	8
2.1.5 Aspectos psicopatológicos: impulsividade, compulsividade, dependência e hipersexualidade.....	9
2.1.6 Psicopatologia relacionada a impulsividade.....	9
2.1.7 Psicopatologia relacionada a compulsividade.....	9
2.1.8 Psicopatologia relacionada à dependência.....	10
2.1.9 Psicopatologia relacionada a hipersexualidade .....	11
2.1.10 Etiologia e fisiopatologia .....	12
2.1.11 Manifestações clínicas.....	12
2.1.12 Tratamento .....	13
<b>3 PSICOMETRIA .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Análise fatorial .....</b>	<b>15</b>

<b>3.2 Análise da Confiabilidade</b> .....	16
3.2.1 Consistência Interna.....	16
3.2.2 Reprodutibilidade (confiabilidade teste-reteste).....	16
<b>3.3 Análise da Validade</b> .....	17
<b>4 ALEXITIMIA</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1 Alexitimia e TCSC</b> .....	19
<b>5 MÉTODO</b> .....	<b>22</b>
<b>5.1 Tipo de estudo</b> .....	22
<b>5.2 Local do estudo e População</b> .....	22
<b>5.3 Seleção da amostra</b> .....	22
<b>5.4 Critérios de inclusão</b> .....	23
<b>5.5 Critérios de exclusão</b> .....	24
<b>5.6 Cálculo amostral</b> .....	24
<b>5.7 Procedimentos</b> .....	25
<b>5.8 Instrumentos</b> .....	25
5.8.1 Instrumento de investigação sociodemográfico .....	25
5.8.2 Escala de Compulsividade Sexual (ECS) <sup>(51,52)</sup> .....	25
5.8.3 Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual (ITTH) <sup>(51)</sup> ....	26
5.8.4 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) <sup>(53)</sup> .....	27
5.8.5 Inventário de Depressão de Beck (BDI)(54) .....	27
5.8.6 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) <sup>(55)</sup> .....	27
5.8.7 Escala de Alexitimia de Toronto (TAS - 26) <sup>(13)</sup> .....	28
5.8.8 Escala de impulsividade de Barratt (BIS-11) <sup>(58,59,60)</sup> .....	28
5.8.9 Análise dos resultados .....	29
<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>31</b>
<b>6.1 Características sociodemográficas</b> .....	31
<b>6.2 Características Psicopatológicas</b> .....	32

<b>6.3 Psicometria</b> .....	<b>33</b>
6.3.1 Análise Fatorial.....	33
6.3.2 Análise da Confiabilidade .....	35
6.3.3 Análise da Validade.....	35
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	<b>38</b>
<b>8 CONCLUSÕES</b> .....	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>42</b>
<b>APÊNDICE</b> .....	<b>46</b>

## **LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLO**

### **LISTA DE SIGLAS**

ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
AISEP	Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e Prevenção de Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
BIS-11	Barratt Impulsivity Scale (Versão 11)
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CRHD	Centro de Reabilitação e Hospital Dia
DSM-5	Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5. <sup>a</sup>
ECS	Escala de Compulsividade Sexual
EAT	Escala de Alexitimia de Toronto
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HDSI	Hypersexual Disorder Screening Inventory
HHA	Hipotálamo-Hipófise-Adrenal

HPA	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
ICC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
ITTH	Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IPq	Instituto de Psiquiatria
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
NEO-PI-R	Inventário de Personalidade Revisado
SCID-P	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R, versão do
Paciente	
TAS	Toronto Alexithymia Scale (Escala de Alexitimia de Toronto)
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCSC	Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo
TRI	Teoria de Resposta ao Item

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

5 <sup>a</sup>	Quinta
11 <sup>th</sup>	Décimo primeiro
Bras.	Brasileiro
Colab.	Colaboradores
Dr.	Doutor
Ed.	Edição
Et al.	E outros
M	Média
Mdn.	Mediana
N	Número da amostra
Prof.	Professor

Rev.	Revista
V.	Volume
Z	Coeficiente do teste Mann-Whitney

## LISTA DE SÍMBOLO

$\alpha$ = Alfa	Coeficiente $\alpha$ de Cronbach
-----------------	----------------------------------

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes que buscam tratamento no AISEP entre 2011 e 2021 (N=451).....	31
Tabela 2 – Características psicopatológicas dos participantes que buscam tratamento no AISEP entre 2011 e 2021 (N=451).....	32
Tabela 3 – Análise Fatorial Exploratória da Escala de Alexitimia de Toronto – TAS.....	34
Tabela 4 – Confiabilidade do teste e reteste da Escala de Alexitimia de Toronto TAS (N=45).....	35
Tabela 5 – Validade discriminante de acordo com a gravidade da alexitimia nos participantes, compulsivos sexuais e controles AISEP entre 2011 e 2021 (N=451).....	36
Tabela 6 – Validade convergente de acordo com a gravidade da alexitimia nos participantes que buscaram tratamento no AISEP entre 2011 a 2021 (N=451).....	37

## RESUMO

Gonçalves PES. *Investigação das propriedades psicométricas da Escala de Alexitimia de Toronto em indivíduos com e sem Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo* [dissertação]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2023.

**INTRODUÇÃO:** Existe um consenso entre os pesquisadores das características principais do transtorno do comportamento sexual compulsivo (TCSC), que são: controle prejudicado do comportamento sexual; sofrimento clínico; continuidade do comportamento sexual, apesar de prejuízos significativos nas áreas importante na vida da pessoa. Estudos anteriores já mostram a conexão entre comportamento sexual compulsivo e alexitimia, porém mais evidências são necessárias para que seja considerado como um critério clínico associado ao transtorno. Nesse sentido, faltava investigar a validade da escala de alexitimia de Toronto –TAS para uso em pacientes com e sem TCSC. **OBJETIVO:** Investigar as propriedades psicométricas da Escala de Alexitimia de Toronto, a saber: análise fatorial, confiabilidade, validade de constructo discriminante e convergente em pacientes com TCSC e controles. **MÉTODO:** Estudo transversal, observacional, exploratório e metodológico, realizado pelo Ambulatório de Impulso Sexual excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com 304 homens e 20 mulheres que alcançaram critério para apetite sexual excessivo (CID-10: F52.7) e dependência de sexo; e o grupo controle foram 114 homens e 13 mulheres que não alcançaram critério, totalizando numa amostra de 451 participantes, com idades acima de 18 anos, e não preencherem diagnóstico para transtornos parafílicos (DSM-5 685), disforia de gênero (DSM-5 451), espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (DSM-5 87), episódio hipomaníaco ou maníaco atual do transtorno do humor (DSM-5 123), transtornos neurocognitivos (DSM-5 591), e outros transtornos mentais (DSM-5 707). Os participantes realizaram entrevistas diagnóstica e investigativa dos aspectos sociodemográficos e preencheram os instrumentos: “Escala de Compulsividade Sexual”, “Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual”, Inventário de Ansiedade de Beck”, “Inventário de Depressão de Beck”, “Escala de Alexitimia de Toronto”, Escala de Impulsividade de Barratt”. **RESULTADOS:** A análise fatorial exploratória da escala de Alexitimia de Toronto – TAS revelou quatro fatores: Fator 1 - Dificuldade em identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais (1, 4, 8, 10, 12, 14, 17, 20, 22, 23, 25 e 26); Fator 2 – Dificuldade em sonhar (fantasiar) acordado (5, 15, 16, 18); Fator 3 – Focalizar eventos externos em vez de experiências internas (7, 11, 13, 19 e 24); e o Fator 4 – Dificuldade em comunicar os sentimentos a outras pessoas (3 e 6), ficando de fora três questões (2, 9 e 21), que não carregaram o ponto de correlação mínimo de 0,30 para a retenção do item. A confiabilidade em termos de consistência interna e de reprodutibilidade foram, respectivamente,  $\alpha = 0,84$  e  $ICC = 0,71$  para o escore geral. A análise discriminante mostrou que os fatores e o escore geral conseguiram diferenciar os grupos dos indivíduos com TCSC e controles. A validade convergente obteve correlações significativas entre os fatores (1, 2, 3, 4 e escore total) e as escalas (impulsividade, hipersexualidade, compulsividade sexual,

depressão), com exceção o fator 4 que não foi significativa com a impulsividade, bem como a escala de ansiedade que não obteve correlação significativa com nenhuma escala, sendo que os coeficientes de correlação, no geral, variaram entre fraco e desprezíveis. **CONCLUSÕES:** O estudo confirmou que a Escala de Alexitimia de Toronto – TAS com 23 itens, é um bom instrumento para avaliar o estado emocional, com satisfatórias confiabilidade, reprodutibilidade, validade convergente e discriminante, com elevado potencial para auxiliar no diagnóstico e prognóstico de indivíduos que buscam tratamento, bem como avaliar a evolução do funcionamento emocional ao longo do tratamento, como nas psicoterapias que precisam de técnicas específicas, mais didáticas, de acolhimento, ao invés de interpretativa, para auxiliar o paciente a aprender a identificar as emoções e nomear os sentimentos, aumentando sua consciência emocional.

**Descritores:** Alexitimia. Sintomas afetivos. Regulação emocional. Comportamento sexual. Comportamento impulsivo. Comportamento compulsivo.

## ABSTRACT

Gonçalves PES. *Investigation of the psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale in individuals with and without Compulsive Sexual Behavior Disorder* [dissertação]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2023.

Background: There is a consensus among researchers on the main characteristics of compulsive sexual behavior disorder (TCSC): impaired control of sexual behavior; clinical distress, continuity of sexual behavior despite significant impairment in important areas in the person's life. Previous studies already show the connection between compulsive sexual behavior and alexithymia. Still, more evidence is needed for it to be considered as a clinical criterion associated with the disorder. In this sense, it remained to investigate the validity of the Toronto Alexithymia Scale -TAS for use in patients with and without TCSC. OBJECTIVE: To investigate the psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale, namely: factor analysis, reliability, discriminant, and convergent construct validity in CSCT patients and controls. METHOD: Cross-sectional, observational, exploratory, and methodological study, carried out by the Outpatient Clinic for Excessive Sexual Impulse and Prevention of Negative Outcomes Associated with Sexual Behavior at the Institute of Psychiatry, Hospital das Clínicas, Faculty of Medicine, University of São Paulo, with 304 men and 20 women who met criteria for excessive sexual appetite (ICD-10: F52.7) and sex addiction; and the control group were 114 men and 13 women who did not meet the criteria, totaling a sample of 451 participants, aged over 18 years, and not diagnosed with paraphilic disorders (DSM-5 685), gender dysphoria (DSM-5 451), schizophrenia spectrum and other psychotic disorders (DSM-5 87), a current hypomanic or manic episode of mood disorder (DSM-5 123), neurocognitive disorders (DSM-5 591), and other mental disorders (DSM-5 707). Participants conducted diagnostic and investigative interviews of sociodemographic aspects. They completed the instruments: "Sexual Compulsiveness Scale," "Hypersexual Disorder Screening Inventory," Beck Anxiety Inventory," "Beck Depression Inventory," "Toronto Alexithymia Scale," and Barratt Impulsivity Scale." RESULTS: The exploratory factorial analysis of the Toronto Alexithymia Scale – TAS revealed four factors: Factor 1 - Difficulty in identifying and describing feelings and distinguishing feelings from bodily sensations (1, 4, 8, 10, 12, 14, 17, 20, 22, 23, 25 and 26); Factor 2 – Difficulty dreaming (fantasizing) awake (5, 15, 16, 18); Factor 3 – Focusing on external events rather than internal experiences (7, 11, 13, 19 and 24); and Factor 4 – Difficulty communicating feelings to other people (3 and 6), leaving out three questions (2, 9 and 21), which did not carry the minimum correlation point of 0.30 for item retention. Reliability in internal consistency and reproducibility was  $\alpha = 0.84$  and  $ICC = 0.71$  for the overall score. The discriminant analysis showed that the factors and the general score could differentiate the groups of individuals with TCSC and controls. The convergent validity obtained significant correlations between the factors (1, 2, 3, 4 and total score) and the scales (impulsivity, hypersexuality, sexual compulsiveness, depression), except for factor 4, which was not significant with impulsivity, as well as the anxiety scale that did

not obtain a significant correlation with any scale, and the correlation coefficients, in general, varied between weak and negligible. **CONCLUSIONS:** The study confirmed that the Toronto Alexithymia Scale - TAS with 23 items, is a good instrument to assess the emotional state, with satisfactory reliability, reproducibility, convergent, and discriminant validity, with high potential to aid in the diagnosis and prognosis of individuals seeking treatment, as well as evaluating the evolution of emotional functioning throughout the treatment, as in psychotherapies that need specific techniques, more didactic, welcoming, rather than interpretive, to help the patient learn to identify emotions and name the feelings, increasing your emotional awareness.

**Descriptors:** Alexithymia. Affective symptoms. Emotional regulation. Sexual behavior. Impulsive behavior. Compulsive Behavior.

## 1 INTRODUÇÃO

Em 2013, os critérios diagnósticos propostos para o transtorno hipersexual não foram incluídos no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.<sup>a</sup> (DSM-5)<sup>(1)</sup> justificado pela falta de evidências. Desde então, o Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo (TCSC) tem sido um tema que tem despertado o interesse de pesquisadores com o objetivo de investigar melhor os indivíduos que procuram tratamento para tal comportamento<sup>(2)</sup>.

Antes da inclusão dos critérios diagnóstico do Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo (TCSC) na CID-11, havia um enorme corpo de conhecimento em que diferentes nomes eram usados: dependência sexual, comportamento sexual compulsivo, comportamento sexual excessivo, impulsividade sexual, compulsão sexual ou comportamento hipersexual<sup>(1)</sup>. Da mesma forma que Grubbs et al. (2020)<sup>(3)</sup>, vamos mencionar o TCSC neste artigo para nos referirmos a todos os padrões de comportamento sexual não parafílico fora de controle ou desregulado, embora reconheçamos as diferenças conceituais entre essas terminologias<sup>(3)</sup>.

O TCSC trata-se de um fenômeno clínico descrito por falta ou diminuição do controle, bem como a intensificação de pensamentos, sentimentos, impulsos, fantasias e comportamentos relacionados às atividades sexuais excessivas, os quais se tornam repetitivos, aumentando em frequência e intensidade, o que causa sofrimento, prejuízo clínico significativo e desfechos negativos em áreas como: relacionamento interpessoal, saúde (infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV, gestações não planejadas), profissional, endividamento financeiro (sexo pago) e violações legais (assédio sexual)<sup>(2,3,4,5,6,12)</sup>.

Esta definição apoia a nova versão da Classificação Internacional das Doenças (CID-11)<sup>(4)</sup> que descreveu o Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo (TCSC) como um transtorno do controle de impulsos, definido como um padrão persistente de falha no controle de impulsos sexuais repetitivos e intensos ou impulsos que resultem em comportamento sexual repetitivo, manifestado durante um longo período (por exemplo, 6 meses ou mais) e causa acentuado sofrimento ou prejuízo significativo em aspectos pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais além de outras áreas importantes de funcionamento. Os sintomas apresentados são:

- atividades sexuais repetitivas, tornando um foco central da vida da pessoa, chegando a negligenciar a saúde, os cuidados pessoais ou outros interesses, como atividades e responsabilidades;
- imensos esforços fracassados para reduzir significativamente o comportamento sexual repetitivo;
- continuidade do comportamento sexual repetitivo, apesar das inúmeras consequências adversas ou obter pouca ou nenhuma satisfação com o comportamento.

As expressões sintomáticas mais comuns do TCSC são: masturbação excessiva; uso compulsivo de pornografia; sexo casual excessivo e sexo com múltiplos parceiros casuais. Não tão recorrente, mas são relatados: busca compulsiva de profissionais de sexo, sexo virtual excessivo ou uso de aplicativos para encontrar parceiros para fins sexuais<sup>(5,4,10)</sup>.

As pesquisas apontam que morbidades psiquiátricas são presentes em indivíduos com TCSC. Uma delas, produzida no Instituto de Psiquiatria da FMUSP, com 86 participantes que buscaram tratamento para TCSC, 72% da amostra apresentou pelo menos outro diagnóstico psiquiátrico; 47% um ou mais transtorno de ansiedade, particularmente transtorno de ansiedade generalizada; 36% um ou mais transtorno de humor, com a prevalência de depressão; 22% completaram critérios para o risco de suicídio; 14% dependência/abuso de álcool e drogas e 13% obtiveram critérios para um ou mais transtorno do controle do impulso, por exemplo: onimania<sup>(5)</sup>. Outro estudo dos pesquisadores Scanavino et al. (2018)<sup>(2)</sup> explorou a severidade de sintomas de ansiedade, depressão e compulsividade sexual em 88 pacientes com TCSC e 64 sem TCSC: o estudo encontrou escores médios mais elevados nos indivíduos compulsivos sexuais.

De acordo com Reid et al. (2008)<sup>(6)</sup> o transtorno do comportamento sexual compulsivo pode funcionar como um comportamento compensatório para o alívio de dor associado com a dificuldade de regulação dos afetos, uma vez que a atividade sexual proporciona alteração do estado de humor, isto é, facilita aos indivíduos se desligarem de sentimentos desconfortáveis, incômodos desagradáveis, indicando uma possível relação entre regulação emocional e comportamento sexual.

Nesse sentido, Taylor (2000)<sup>(7)</sup> define *Alexitimia* como um déficit no processamento cognitivo e na regulação das emoções, uma vez que a pessoa com

alto grau de alexitimia é incapaz de identificar claramente seus sentimentos, o que leva a uma limitada capacidade de refletir e de regular suas emoções, por isso não consegue expressar seus sentimentos ao outro, do mesmo modo que fica impossibilitado(a) de pedir ajuda<sup>(7)(8)</sup>.

As principais características da alexitimia são: 1) dificuldade em identificar e descrever sentimentos; 2) dificuldade em distinguir sentimentos de sensações corporais; 3) capacidades imaginárias restritas, evidenciadas por uma escassez de fantasias; e 4) pensamento concreto, o qual tende a concentrar a atenção em eventos externos<sup>(7,8,10,13,39,40,41,42)</sup>. A alexitimia já foi observada entre pacientes com doenças psicossomáticas clássicas, pacientes com transtornos por uso de substâncias, transtornos de estresse pós-traumático e transtornos alimentares, que apresentavam dificuldade em expressar ou descrever experiências afetivas internas<sup>(7,13,42,63)</sup>. Por exemplo, o estudo de Haviland et al. (1994)<sup>(9)</sup>, com 204 pacientes (84 mulheres e 120 homens) dependentes de substâncias psicoativas internados, realizou a estimativa de prevalência de alexitimia em 85 (41,7%) dos pacientes que pontuaram para a alexitimia.

## 1.1 Justificativa

Em 1985, foi desenvolvida a Toronto Alexithymia Scale – TAS-26, um instrumento estruturado com 26 questões de autorrelato que reúne em quatro fatores interpretáveis o constructo da Alexitimia para avaliar uma disfunção afetivo-cognitivo<sup>(42)</sup>. A escala é usada em vários idiomas, inclusive em português e utilizada em diversos estudos em todo o mundo<sup>(10,11)</sup>.

A criação da escala TAS-26 específica para a avaliação da alexitimia proporciona mais detalhes e informações relevantes em grupos específicos, como o do Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo.

A partir da proposta da inclusão do transtorno hipersexual no DSM-5, a conexão entre estados emocionais alterados e transtorno do comportamento sexual compulsivo passou a ser mais investigada desde que este era um dos critérios elencados. Nesse sentido, pesquisas sobre as conexões entre estados afetivos alterados e comportamento sexual ganharam espaço. Por exemplo, o estudo

longitudinal de Grov et al. (2010)<sup>(12)</sup> que investigou em uma amostra de 50 homens gays e bissexuais com comportamento sexual altamente ativo (9 ou mais parceiros sexuais masculinos  $\leq$ 90 dias) sobre a TCSC, a afetividade e o comportamento sexual de risco, observou-se no estudo que o afeto, a ativação negativa (caracterizada por medo, tristeza, raiva e nojo) desempenha um papel-chave no TCSC e no comportamento sexual de risco<sup>(12)</sup>.

Apesar desse estudo sobre os estados emocionais negativos e sobre o TCSC, poucos deles investigaram a relação entre a alexitimia e o TCSC, com exceção do estudo de Reid et al. (2008)<sup>(6)</sup> com 120 indivíduos. Esta pesquisa investigou a alexitimia, a instabilidade emocional e a vulnerabilidade para predisposição: o estresse em pacientes com transtorno do comportamento sexual compulsivo e encontrou que a alexitimia foi associada significativamente com a gravidade do comportamento sexual compulsivo. Neste estudo, no início do tratamento, os participantes responderam os seguintes instrumentos: Escala de Compulsividade Sexual (ECS), Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) e o Inventário de Personalidade Revisado (NEO-PI-R). Verificou-se que a gravidade do comportamento sexual compulsivo está associada com a depressão, e com a vulnerabilidade ao estresse do NEO-PI-R, e com a dificuldade em identificar sentimentos do fator da escala de alexitimia.

A pioneira no Brasil em desenvolver a versão em português da Escala de Alexitimia de Toronto de 26 itens (Toronto Alexithymia Scale, TAS-26) foi Yoshida, em 2000, utilizando uma amostra de 581 estudantes universitários, sendo 394 mulheres e 187 homens, com idade entre 17 e 52 anos. A análise fatorial forneceu quatro fatores que foram consistentes com o constructo alexitimia: Fator 1 – identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais; Fator 2 – sonhar acordado (*daydreaming*); Fator 3 – focalizar eventos externos em vez de experiências internas e o Fator 4 – comunicar os sentimentos a outras pessoas. De acordo com a propriedade psicométrica, a escala validada em português tem a medida confiável e válida<sup>(13)</sup>. Na busca da literatura da área, foi detectável que a escala de Alexitimia não foi validada em pessoas com transtorno mental no Brasil.

Devido à relevância apontada na literatura para a conexão entre a alexitimia e descontrole de comportamentos sexuais compulsivos, bem como as consequências negativas da mesma para o tratamento de pessoas com elevada alexitimia<sup>(9)</sup>, e dado

ainda que existem poucos estudos até o momento sobre a gravidade da alexitimia em indivíduos com TCSC, decidiu-se por investigar as propriedades psicométricas da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) numa população de indivíduos com e sem Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo (TCSC).

## **1.2 Hipóteses**

Baseado no estudo com população de universitários<sup>(13)</sup>, supomos que a Escala de Alexitimia de Toronto – TAS-26 apresentará boa capacidade discriminatória para diferenciar indivíduos com e sem TCSC, sendo esperado que os indivíduos com TCSC apresentem maior intensidade de alexitimia do que os indivíduos sem alexitimia. Também supomos que o instrumento apresentará boa confiabilidade e validade de constructo convergente com outras variáveis.

## **1.3 Objetivos**

Por meio de estudo transversal, em amostra de compulsivos e não compulsivos sexuais, objetivamos investigar as propriedades psicométricas da Escala de Alexitimia de Toronto, a saber: confiabilidade, validade de constructo discriminante e convergente.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo

#### 2.1.1 Aspectos históricos

O Krafft-Ebing (1840–1902), psiquiatra alemão, especialista forense e fundador do conceito moderno de sexualidade. Em 1886, publicou a primeira edição do livro *Psicopatia Sexual*, que descreve a sexualidade patológica, tanto para homens quanto para as mulheres como um aumento de desejo anormal<sup>(14,15)</sup>.

Já se passaram mais de cem anos que foi utilizado o termo *apetite sexual excessivo*. Nesse período, surgiram muitos questionamentos entre os pesquisadores a respeito dos sintomas psicopatológicos sobre o comportamento sexual, bem como várias definições, classificações, manifestações clínicas, fatores etiológicos, assim como sobre a prevenção e os tratamentos mais adequados.

#### 2.1.2 Diferentes denominações conceituais

Diante da falta de consenso existente na literatura a respeito dos sintomas psicopatológicos do Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo, refletiu-se no uso de diferentes denominações como: impulso sexual excessivo; dependência de sexo; transtorno hipersexual; comportamento sexual compulsivo; compulsividade sexual; compulsão sexual; comportamento sexual fora do controle, entre outros nomes que caíram em desuso como: satiríase; ninfomania e *donjuanismo*<sup>(15,16,17)</sup>. As classificações de doenças mentais acabam retirando termos que passam ser usado popularmente para não correr o risco de estigmatizar comportamentos sexuais.

#### 2.1.3 Critérios Diagnósticos Atuais

No Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.<sup>a</sup> edição (DSM-5), da versão atualizada que saiu em 2013, os critérios diagnósticos referentes ao Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo (TCSC) propostos com a

nomenclatura Transtorno Hipersexual não foram incluídos por apresentar ausência de evidências científicas.

O Transtorno Hipersexual<sup>(18)</sup> foi definido pela ocorrência de intensas e recorrentes fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais excessivos, em um período mínimo de 6 meses e apresenta ao menos quatro dos cinco critérios. No Critério A: há um excessivo tempo consumido por fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais que prejudicam outras áreas importantes da vida da pessoa que não sejam as atividades sexuais; em resposta ao estado de humor disfórico (ansiedade, depressão, irritabilidade, tédio); resultado de um evento estressante da vida; esforços repetitivos, mas sem sucesso para controlar ou diminuir fantasias, impulsos ou comportamentos sexuais; continuidade dos comportamentos sexuais, apesar dos riscos de dano físico ou emocional, para si ou terceiros.

O Critério B refere-se ao sofrimento ou ao prejuízo clinicamente significativo nos aspectos pessoal, social, profissional ou em outras áreas importantes para o funcionamento do indivíduo. O Critério C alude os efeitos não fisiológicos do uso de drogas ou medicações. O Critério D menciona a idade acima de 18 anos.

Em 2018, foi lançada a versão mais atual da Classificação Internacional das Doenças (CID-11)<sup>(4)</sup>, a qual descreve o Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo (TCSC) como um transtorno do controle de impulsos, definido como um padrão persistente de falha no controle de impulsos sexuais repetitivos e intensos, ou impulsos que resultem em comportamento sexual repetitivo, manifestado por um período de tempo (por exemplo, seis meses ou mais), e causa acentuado sofrimento ou prejuízo significativo em aspectos pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais entre outras áreas importantes da vida da pessoa. Os sintomas presentes são:

- atividades sexuais repetitivas, tornando um foco central da vida da pessoa, chegando a negligenciar a saúde, os cuidados pessoais ou outros interesses, como atividades e responsabilidades;
- imensos esforços fracassados para reduzir significativamente o comportamento sexual repetitivo;
- continuidade do comportamento sexual repetitivo, apesar das inúmeras consequências adversas ou obter pouca ou nenhuma satisfação como o comportamento.

Nota: A incongruência moral é o sofrimento inteiramente relacionado a julgamentos e reprovações morais sobre os impulsos ou comportamentos sexuais vivenciados pela pessoa, não sendo suficiente para atender os critérios diagnósticos<sup>(3,19)</sup>.

Embora seja calorosa a discussão acadêmica sobre quais critérios devem ser usados para definir o Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo e como diferenciar o TCSC do comportamento sexual saudável, alcançou-se um consenso entre os pesquisadores das características principais do TCSC: o controle prejudicado; o uso de comportamento sexual para fins de regulação emocional e continuidade do comportamento sexual, apesar de prejuízos significativos em áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais ou outras áreas importantes da vida da pessoa<sup>(3)</sup>.

#### 2.1.4 Epidemiologia

Um estudo sueco com uma amostra populacional representativa de 2.450 homens e mulheres de 18 a 60 anos de idade investigou correlatos a altas taxas de comportamento sexual (TCSC) em uma população. Identificaram que essas altas taxas de comportamento sexual estavam associadas a correlatos negativos da saúde como insatisfação na vida, uso de substâncias, história de separação dos pais na infância, instabilidade nos relacionamentos, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), tabagismo nas pessoas que reportavam elevada frequência de masturbação e/ou sexo casual. Quando a atividade sexual estava atrelada ao contexto dos relacionamentos românticos, este não era observado. As pessoas que relatavam predominante atividade sexual solitária ou casual compreendiam entre 5 a 10% da amostra do estudo populacional sueco<sup>(20)</sup>.

O estudo recente dos pesquisadores Briken et al. (2022)<sup>(19)</sup> sobre a prevalência do transtorno do comportamento sexual compulsivo, de acordo com os indicadores dos critérios diagnósticos da CDI-11, com uma amostra alemã representativa de 4.633 indivíduos (50,5% do sexo masculino; 49,5% do sexo feminino), idade entre 18 e 75 anos. Os resultados obtidos foram que 4,9% dos homens e 3,0% das mulheres relataram experiências de dificuldades em controlar comportamentos sexuais durante

um longo período de tempo. No Brasil, até o momento, não existe uma estimativa da prevalência do TCSC por motivo de poucos estudos sobre o tema. Além disso, acredita-se que o TCSC seja subdiagnosticado devido ao preconceito da sociedade, à escassez de serviços especializados no atendimento e à dificuldade da pessoa em procurar tratamento<sup>(21)</sup>.

#### 2.1.5 Aspectos psicopatológicos: impulsividade, compulsividade, dependência e hipersexualidade

Existem quatro grandes modelos psicopatológicos na literatura acerca do transtorno do comportamento sexual compulsivo, que enunciam as manifestações clínicas como alteração do comportamento sexual: de impulso, de compulsão, de dependência e de hipersexualidade<sup>(3,22,23,24)</sup>.

#### 2.1.6 Psicopatologia relacionada a impulsividade

Os pesquisadores defendem a denominação do Transtorno do Comportamento Sexual Compulsivo como Impulso Sexual Excessivo, como uma forma de alinhar sexualidade disfuncional com os transtornos do controle de impulsos, apresentando como principal manifestação o prejuízo de controlar e resistir aos impulsos sexuais a despeito das consequências negativas. Tendo em vista que o comportamento sexual é gerador de prazer para aliviar a sensação de tensão; os pensamentos impulsivos podem ser egossintônicos, e suas ideias impulsionam para o comportamento de forma súbita e explosiva expressa na impulsividade sexual<sup>(15,17)</sup>.

#### 2.1.7 Psicopatologia relacionada a compulsividade

Os autores que seguem a denominação do TCSC como compulsão sexual explicam que as manifestações psicopatológicas poderiam ser incluídas na categoria do espectro do transtorno obsessivo-compulsivo, devido à coincidência apresentada com a idade de início: um curso crônico e respostas ao tratamento farmacológico com medicamentos inibidores de recaptação de serotonina, bem como o comportamento

sexual associado ao mecanismo de alívio da ansiedade que, no entanto, acaba causando mais sofrimento devido aos prejuízos nas áreas importantes da vida. As fantasias sexuais obsessivas são vivenciadas como ideias intrusivas e repetitivas que geram sentimentos negativos e angústia<sup>(15,17)</sup>.

#### 2.1.8 Psicopatologia relacionada à dependência

Para alguns grupos de pesquisadores, o transtorno do comportamento sexual compulsivo é pensado como pertencente à esfera das dependências, sendo nomeado como dependência sexual. Eles observaram que existia uma semelhança entre as dependências químicas e a dependência de sexo nas descrições físicas e emocionais dos pacientes com relação às experiências subjetivas do comportamento sexual e as descrições dos pacientes dependentes do uso de substâncias psicoativas. Carnes (1996)<sup>(24)</sup> considera dependência a relação patológica com uma experiência de alteração de humor, visto que a alteração do estado emocional é o cerne da dependência e não o comportamento ou uso da substância em si.

Segundo Goodman (2008)<sup>(25)</sup> a dependência é um processo duradouro, desordenadamente intenso, associada as características adicionais causadas por substância ou comportamento, incluindo tolerância e abstinência, que produz prazer para o alívio de sofrimento emocional. Sendo assim, o vício pelo comportamento sexual foi desenvolvido como um meio de enfrentamento dos traumas emocionais que se iniciam na infância<sup>(22)</sup>. O pesquisador ainda ressalta que o comportamento viciante não se diferencia do comportamento compulsivo e do comportamento impulsivo. A função do comportamento compulsivo é o alívio do sofrimento emocional, que gera ansiedade. Em contrapartida, a função do comportamento impulsivo é para produzir prazer ou gratificação. Desse modo, a dependência sexual funciona tanto para produzir prazer quanto para o alívio do sofrimento emocional<sup>(25)</sup>.

Achados recentes de estudos com neuroimagem mencionam que modificações neuroanatômicas e neurofuncionais apoiam a ideia de que pessoas com TCSC apresentam o modelo neurobiológico da dependência, em que a desregulação de neurotransmissores (dopamina, serotonina e peptídeos opioides) e dos hormônios cerebrais do estresse, hormônio liberador de corticotrofina, atuam no sistema de recompensa e motivação, relacionados ao estado emocional negativo que, por sua

vez, influenciam nas conexões das estruturas cerebrais que direciona para o transtorno do comportamento sexual compulsivo<sup>(25)</sup>.

A pesquisa de Voon et al. (2014)<sup>(26)</sup> com ressonância magnética funcional comparou 19 indivíduos com TCSC e 19 voluntários saudáveis. O processamento de respostas a clipes de filme com material sexual explícito e clipes de filme com conteúdo excitante (vídeos esportivos) não sexual encontrou que os homens com TCSC demonstraram maiores respostas envolvendo do nível de oxigenação sanguínea no sistema de recompensa (estriato ventral, córtex cingulado anterior dorsal) e na amígdala do que os homens sem TCSC.

Além disso, os clipes de filme com material sexual explícito provocaram maior desejo sexual subjetivo em homens com TCSC do que os sem TCSC. Essas alterações no processamento neural da reatividade ao estímulo sexual identificadas em indivíduos com TCSC é também identificada em estudos de reatividade ao estímulo por drogas, apoiando o modelo de dependência como explicação para as manifestações do TCSC.

### 2.1.9 Psicopatologia relacionada a hipersexualidade

Os pesquisadores que consideram o transtorno do comportamento sexual compulsivo com a terminologia hipersexualidade estão se referindo como um comportamento sexual “excessivo” ou “aumentado”. Em razão do prefixo “hiper”, um descritor patológico que tem a noção de “excesso” ou “aumento” de comportamento associados às patologias<sup>(16)</sup>. O transtorno hipersexual é apoiado no estudo com animais, em que a interação de alterações do metabolismo cerebral de monoaminas e receptores de testosterona resultaram em uma hiperativação do desejo sexual<sup>(2)</sup>.

De acordo com esta linha de pesquisa, a hipersexualidade é tipificada clinicamente como o aumento da intensidade e da frequência dos comportamentos sexuais, das fantasias e dos impulsos sexuais, bem como do comportamento do indivíduo que gasta tempo excessivo buscando ou se engajando em atividade sexual, sendo incapaz de interromper o comportamento sexual. Apesar do sofrimento e das consequências negativas para si e para outrem, o comportamento sexual é uma forma de lidar com ansiedade, depressão ou desregulação emocional<sup>(16)</sup>.

### 2.1.10 Etiologia e fisiopatologia

Existia uma preocupação na definição a respeito dos sintomas psicopatológicos do transtorno do comportamento sexual compulsivo, o que se refletiu no uso de diferentes denominações. A falta de consenso na definição impactou na condução de estudos etiológicos que, até o momento, se apresentam com pouca representatividade.

Uma exceção é o estudo neurobiológico que investigou a função do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HPA) em 67 homens com TCSC e 39 homens controles saudáveis. O resultado da pesquisa aponta que os participantes com TCSC apresentaram níveis mais altos de hormônios adrenocorticotróficos (ACTH) após o teste supressão de dexametasona, comparados aos controles, o que sugere a presença de uma desregulação do eixo HHA em homens com TCSC. Do mesmo modo, os pacientes relataram significativamente mais traumas na infância e sintomas de depressão em comparação com os controles, porém a diferença na regulação do cortisol se manteve, mesmo incluindo estas variáveis na análise<sup>(27)</sup>.

### 2.1.11 Manifestações clínicas

Os estudos clínicos relatam o início dos sintomas e o curso do TCSC na maioria dos participantes no final da adolescência, ou no início da idade adulta, com aumento de intensidade e frequência ao longo tempo, levando a consequências negativas adversas na vida diária. Como também indivíduos com TCSC apresentam mais comorbidade de dois ou mais transtornos psiquiátricos e maior número de comportamentos sexuais problemáticos<sup>(5)</sup>. Os pacientes com TCSC levam em média sete anos para buscar tratamento<sup>(28)</sup>.

Os pesquisadores do Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e Prevenção de Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual (AISEP), Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) realizaram um estudo com 88 pacientes com TCSC e 64 controles e verificou que os pacientes com TCSC apresentaram maior severidade de sintomas de ansiedade, depressão e comportamento sexual compulsivo do que os controles, bem como os pacientes com TCSC relataram mais relações sexuais com

parceiros casuais e maior número de parceiros casuais, com uso infrequente de preservativo do que os controles que relataram mais comportamento sexual com parcerias principais, sem o uso frequente de preservativo<sup>(2)</sup>.

Outra pesquisa desenvolvida no Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) com 86 pacientes diagnosticado com TCSC que buscaram tratamento, observou que os TCSC mais frequentemente mencionados como comportamentos problemáticos foram: masturbação compulsiva (82%), busca compulsiva por pornografia (72%), sexo casual excessivo (60%), sexo com múltiplos parceiros sexuais (40%), uso de *chat* de sexo na internet ou utilização da internet para encontrar parceiros (38%). Menos frequentes, mas também referidos são: o sexo excessivo com profissionais, clubes de *striptease* e sexo por telefone<sup>(5)</sup>.

De acordo com a OMS e dados clínicos, os indivíduos com TCSC buscam comportamento sexual como forma de alívio a sentimentos de depressão, ansiedade, tédio, solidão, irritabilidade ou outros estados afetivos negativos. Lembrando que não é determinante para o diagnóstico, mas sim um direcionamento importante, entre a relação da desregulação emocional com o comportamento sexual no planejamento do tratamento<sup>(2,4,16)</sup>.

### 2.1.12 Tratamento

As medicações com mais dados na literatura quanto a apresentarem efeito sobre a regulação do comportamento sexual compulsivo são os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina – ISRS – (Por exemplo, fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram); os estabilizadores do humor ou anticonvulsivantes (Por exemplo, topiramato, lamotrigina, ácido valproico e oxcarbazepina); os inibidores opioides (Por exemplo, naltrexona); os antiandrogênicos (Por exemplo, acetato de medroxiprogesterona)<sup>(29,30,64)</sup>. As pesquisas mostram que o antagonista do receptor opioide naltrexona foi avaliado em vários casos como um agente que pode reduzir tanto os impulsos quanto os comportamentos sexuais compulsivos<sup>(31)</sup>.

A psicoterapia psicodinâmica de tempo limitado é reconhecida como tratamento de primeira linha, pois trabalha com tema focado no fortalecimento dos mecanismos de autorregulação emocional e a habilidade de estabelecer vínculos

seguros. O terapeuta é ativo e promove o desenvolvimento de uma aliança terapêutica e uma transferência positiva (ênfase na dimensão aqui e agora), para estimular a busca de compreensão psicodinâmica (*insight*) das conexões entre a falha de controle do comportamento sexual e experiências traumáticas da infância e da adolescência, como abuso/violência sexual, negligência nos cuidados físicos e emocionais, estigmatização (raça ou/e orientação sexual), baixa autoestima e outras possíveis questões que podem ter influência no desencadeamento do transtorno do comportamento sexual compulsivo<sup>(32,33,64)</sup>.

O estudo realizado no Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e Prevenção de Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual (AISEP), Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) com cinco pacientes com diagnóstico com TCSC que realizaram a psicoterapia psicodinâmica de grupo de tempo limitado (de 16 sessões) apresentaram redução da gravidade sintomática do comportamento sexual<sup>(30)</sup>.

Outras modalidades de tratamento, como a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), tem sido bastante descrita em relatos de caso de indivíduos com TCSC, os quais descrevem a diminuição de sintomas da falha de controle do comportamento sexual a partir do trabalho sobre os pensamentos e comportamentos. Assim como a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), uma abordagem da “terceira onda”, com suporte empírico na TCC, baseada na flexibilização psicológica<sup>(19)</sup>. O atendimento com a parceira do paciente, a terapia de casal e, por vezes, de familiares, é indicada também, devido à prevalência elevada de disfunções em tais vínculos.

## 3 PSICOMETRIA

### 3.1 Análise fatorial

Análise fatorial é um dos procedimentos psicométricos mais utilizados tanto na construção quanto na revisão e avaliação de instrumentos psicológicos, como no desenvolvimento de teorias psicológicas. Esta também verifica a unidimensionalidade, um pressuposto central da Teoria de Resposta ao Item (TRI). O objetivo da unidimensionalidade é que todos os itens de um instrumento estejam mediando um único constructo. Se o instrumento medir mais do que um fator, um escore total individual deve ser calculado para cada fator e todas as análises estatísticas subsequentes são feitas independentes para cada fator<sup>(34,65)</sup>.

De acordo Laros (2014)<sup>(34,65,66)</sup> a análise fatorial apresenta dois tipos de técnicas: o procedimento exploratório e o procedimento confirmatório. A análise fatorial exploratória é utilizada para identificar as dimensões subjacentes da escala, como também é aplicada quando não há informação prévia sobre a estrutura fatorial que explique as correlações entre as variáveis manifesta. Em resumo, a análise fatorial é utilizada para descobrir as variáveis latentes que estão subjacentes à escala.

A autora aponta que a análise fatorial exploratória produz, para cada variável, uma carga fatorial em cada fator. A carga fatorial indica, em porcentagem, quanta covariância existe entre o fator e o item. O valor da carga fatorial entre -1,00 e +1,00, sendo que um valor de 0 indica a total ausência de covariância entre a variável e fator. Geralmente, as cargas fatoriais são consideradas significativas em análises exploratórias quando elas excedem o valor absoluto 0,30. Este valor é considerado uma carga mínima necessária para a variável ser um representante útil do fator. Quanto mais alto o valor da carga fatorial, melhor a variável representa o fator. Desta maneira, a carga fatorial dá uma indicação sobre a qualidade da variável<sup>(34)</sup>.

Já a análise fatorial confirmatória investiga se a estrutura fatorial teórica está de acordo com os dados observados, com informação prévia da estrutura, dado que é de grande importância no processo de revisão e refinamento de instrumentos psicológicos e suas estruturas fatoriais<sup>(34,66)</sup>.

Este estudo realizou a análise fatorial da Escala de Alexitimia de Toronto pela extração de componentes principais com ortogonal (método Varimax). Assim como foi

utilizado o Teste de Scree de Cattell para avaliar a presença de fatores significantes, bem como as respectivas cargas de cada fator. Os itens com cargas iguais ou mais a 0,30 foram considerados fatores significativos<sup>(34)</sup>.

### **3.2 Análise da Confiabilidade**

A confiabilidade é a capacidade do instrumento em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço ou com observadores diferentes, ou seja, a confiabilidade refere-se à quão estável e preciso é o instrumento. Dentre os procedimentos utilizados para a avaliação da confiabilidade, temos: consistência interna (homogeneidade) e reprodutibilidade (confiabilidade teste-reteste ou estabilidade temporal)<sup>(35,67)</sup>. Neste estudo, a confiabilidade teste-reteste foi avaliada por meio do teste de Wilcoxon, do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC).

#### **3.2.1 Consistência Interna**

A consistência interna é caracterizada em avaliar a consistência com que um determinado conjunto de itens de medida estime um determinado constructor, sendo, portanto, à correlação entre si dos itens do instrumento<sup>(36)</sup>. Para analisar a consistência interna, é calculado o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, a fim de estimar a correlação existente entre cada item do questionário e o total (escore total do questionário), dado que o alfa de Cronbach é uma representação numérica dos itens de uma escala<sup>(37)</sup>.

#### **3.2.2 Reprodutibilidade (confiabilidade teste-reteste)**

Reprodutibilidade (confiabilidade, fidedignidade, repetibilidade ou precisão) é a capacidade de concordância dos resultados quando o instrumento é aplicado, uniformemente, e em repetidas vezes, bem como o meio de demonstrar se as medidas dos indivíduos, em diferentes ocasiões, ou feita por diferentes entrevistadores, produzem resultados similares ou, até mesmo, os mesmos resultados<sup>(35)</sup>.

Neste estudo foram retestados 45 participantes após um período de 15 a 20 dias. As médias do tempo 1 e do tempo 2 foram semelhantes nos fatores 1, 2, 3, 4 e o total da escala.

Na análise da reprodutibilidade da Escala de Alexitimia de Toronto foi utilizado o teste de Wilcoxon. Calculou-se, também, o Coeficiente de Correlação Intraclasse entre as duas medidas.

### **3.3 Análise da Validade**

A validade é uma técnica que determina se a escala está realmente medindo o que se propôs a medir, isto é, se os resultados daquilo que foi medido representam a “verdade” ou quanto se afastam dela. Neste estudo foi realizada a validade de constructo que avalia a qualidade de conversão de um conteúdo em uma realidade operacional. Essa análise permite tanto a avaliação da teoria que embasa a elaboração do instrumento quanto a avaliação da possibilidade do próprio instrumento. A validade de constructo é dividida em validade discriminante e validade convergente<sup>(38)</sup>.

A validade discriminante refere-se à capacidade do escore de distinguir grupos diferentes (Por exemplo pessoas com e sem a doença)<sup>(38)</sup>. Neste estudo, a análise usada foi o teste de Mann-Whitney para discriminar os escores dos fatores e escores total da Escala de Alexitimia de Toronto com o grupo de paciente com transtorno do comportamento sexual compulsivo e com o grupo controle.

A validade convergente é o teste para verificar a correlação entre a escala e outras medidas que estão na mesma direção teoricamente<sup>(38)</sup>. Neste estudo, para verificar a validade convergente da Escala de Alexitimia de Toronto foram calculados os coeficientes de correlação de Spearman entre os escores de cada fator e escore total com outras escalas, a fim de validar a capacidade dos instrumentos de se correlacionar em magnitude e direção com as outras escalas.

## 4 ALEXITIMIA

O termo alexitimia provém do grego. O “A” indica *ausência*, “lexis” é *palavra* e “timia”, *emoção*, “sem palavras para as emoções”, quer dizer, uma acentuada dificuldade ou incapacidade que a pessoa apresenta em diferenciar emoções de sentimentos, assim como nomear e expressar seus sentimentos. Um dos principais sintomas é a confusão entres sensações corporais e sentimentos, o que dificulta colocar em palavras o que está sentindo, corroborando assim para uma vida emocional pobre em sonhos e fantasias<sup>(13,39,40)</sup>. Desse modo, alexitimia é a falta de capacidade de sentir as experiências<sup>(41)</sup>.

Em 1976, na 11th European Psychosomatic Research Conference, em Heidelberg, o constructo da alexitimia foi teoricamente definido através de um programa de pesquisa, objetivando sua validação de acordo com o desenvolvimento de um instrumento de avaliação fiável e válido. Alexitimia foi usada para descrever certas características psicológicas observadas em pacientes que sofrem de uma variedade de doenças psicossomáticas, assim como em alguns indivíduos que não são clinicamente doentes<sup>(13,63)</sup>.

O constructo da alexitimia, que se refere a déficits no processamento e na regulação das emoções, é apoiado na visão de que a resposta emocional e a regulação emocional em humanos envolvem três sistemas inter-relacionais: os neurofisiológicos (sistema nervoso autônomo em grande parte e ativação neuroendócrina); o expressivo-motor (Por exemplo, expressão facial, mudança na postura e no tom de voz) e o cognitivo-experiencial (consciência subjetiva e relato verbal de estados de sentimentos). A regulação das emoções envolvem interações recíprocas entre esses três sistemas<sup>(7,41)</sup>, sendo que a alexitimia é uma deficiência no nível da resposta cognitivo-vivencial, que produz dificuldade de reconhecimento adequado das experiências subjetivas<sup>(41)</sup>.

O pesquisador Sifneos (1972/1977) observou clinicamente que pacientes portadores de doenças psicossomáticas apresentavam contraindicação para grupo de psicoterapia breve, pois não apresentavam conflitos psíquicos, mas sim um pensamento pragmático, linear, conformista, focado nos acontecimentos externo, inafetivo, sem referências e com notável ausência de criatividade, e não descritiva

para exprimir os seus estados emocionais (Por exemplo “triste; “feliz”), incapazes de realizar uma elaboração mais detalhada acerca do seu estado emocional<sup>(7)(13)(39)</sup>.

As principais características da alexitimia são: 1) dificuldade em identificar e descrever sentimentos; 2) dificuldade em distinguir sentimentos de sensações corporais; 3) capacidades imaginárias restritas, evidenciadas por uma escassez de fantasias; e 4) pensamento concreto, o qual tende a concentrar a atenção em eventos externos, com uma vida interior pobre, que impacta na ausência de reação afetiva frente a situações de perda, traumas e tantas outras desconfortáveis<sup>(6,7,8,9,10,13,39, 40,41,42)</sup>.

Em 1985, os pesquisadores Taylor, Ryan e Bagby desenvolveram a “Toronto Alexithymia Scales – TAS” com uma boa consistência interna e de precisão de teste e reteste em períodos que variaram entre 1 semana a 3 meses. A análise fatorial revelou quatro fatores consistentes com o constructo teórico. Diante disso, a TAS pôde ser usada na triagem clínica e na avaliação por profissionais da área da saúde, a fim de ajudar a direcionar o tratamento, como nas psicoterapias que precisam de técnicas específicas, mais didáticas, de acolhimento, ao invés de interpretativa, para auxiliar o paciente a aprender a reconhecer e a nomear suas emoções e sentimentos, aumentando sua consciência emocional e sua capacidade de simbolização<sup>(42)</sup>.

#### **4.1 Alexitimia e TCSC**

Alexitimia é considerada um fator de vulnerabilidade, corroborando para o início e para o curso de doenças e transtornos psiquiátricos, dado que indivíduos alexitímicos apresentam baixa resposta a maus estímulos emocionais negativos em regiões cerebrais que são responsáveis pela avaliação, codificação e resposta afetiva (Por exemplo amígdala, áreas occipitotemporal e ínsula). Estas regiões têm o papel na geração de experiências emocionais, uma vez que recebem informações de estados corporais internos e os integra a um sentimento<sup>(43)</sup>.

No estudo de Harir et al (2000)<sup>(44)</sup> com neuroimagem realizado com 16 participantes (8 homens e 8 mulheres) observou um aumento na atividade das amígdalas direita e esquerda quando os participantes tinham como tarefa emparelhar

uma figura alvo a figuras de faces que expressavam raiva ou medo. Quando a tarefa era decidir entre duas palavras e nomear aquela que identificava a expressão observada em uma face (tarefa cognitivo-verbal), demonstraram redução de atividade na amígdala e aumento de atividade no córtex pré-frontal direito<sup>(44)</sup>.

De acordo com Taylor e Bagby (2004)<sup>(45)</sup>, esses resultados mostram o modo de funcionamento neuronal que permite aos indivíduos utilizarem funções corticais superiores (como decidir e nomear) para regular o processamento das emoções em regiões subcorticais do sistema límbico, como a amígdala. Acrescentam, ainda, que diante dos resultados do estudo referido acima, poder-se-ia levantar a hipótese de que indivíduos mais alexitímicos, com menos capacidade para identificar e nomear suas emoções, teriam mais dificuldades em controlar as respostas da amígdala do que indivíduos menos alexitímicos.

Ademais, experiências traumáticas vividas na infância, como excessos ou privações nas relações com seu(s) cuidador(s), negligência, abusos físicos e psicológicos, comprometem o desenvolvimento da capacidade de expressão afetiva, assim como a função de representação mental. A falha na internalização da função parental de proteção, sobrecarrega os mecanismos de defesa do eu, entre outros recursos internos, podendo levar a uma paralisação ou falhas no desenvolvimento afetivo normal<sup>(7)(39)(45)</sup>.

Na pesquisa Engel et al. (2019)<sup>(46)</sup> demonstraram indicadores diferentes na infância de homens com TCSC em comparação com controles, para estratégias disfuncionais de regulação emocional, uma reavaliação reduzida aumentada e aumento da alexitimia podem ser observadas em homens com TCSC, como alta experiência adversas na infância, especialmente as taxas de abuso emocional, negligência e abuso sexual. Acrescenta Efrati e Gola (2019) que o trauma precoce é significativo a gravidade dos sintomas do comportamento sexual compulsivo<sup>(47)</sup>.

Os autores Reid et al. (2008)<sup>(6)</sup> acreditam que o comportamento sexual compulsivo pode funcionar como um comportamento compensatório para o alívio da tensão, devido à dificuldade de regular o estado emocional. Já que o comportamento sexual proporciona alteração do estado de humor, o que facilita que os indivíduos se desliguem de sentimentos desconfortáveis, incômodos desagradáveis, indicando, assim, uma possível relação entre regulação emocional e comportamento sexual.

Na pesquisa dos autores supracitados, com 120 participantes, investigou a alexitimia e a instabilidade emocional e vulnerabilidade para predisposição para o estresse em pacientes com transtorno do comportamento sexual compulsivo. Observou-se que o fator dificuldade de identificar sentimentos da alexitimia foi associada significativamente com a gravidade do comportamento sexual compulsivo. O resultado do estudo fornece evidências de que indivíduos que apresentam sintomas psicopatológicos do comportamento sexual têm maior probabilidade de ter déficits na regulação do afeto<sup>(6)</sup>. Os estudos já mostram que a desregulação emocional é indicadora para muitos transtornos psicopatológicos, assim como contribuir significativamente para efeitos negativos à saúde como toda<sup>(48)</sup>.

## 5 MÉTODO

### 5.1 Tipo de estudo

Estudo transversal, observacional e exploratório e metodológico.

### 5.2 Local do estudo e População

A falta de evidências científicas sobre o TCSC e os aspectos que estão associados geraram a oportunidade de realizar um estudo inédito no Brasil, a partir de 2010, através do projeto, coordenado pelo Prof. Dr. Marco de Tubino Scanavino, “Aspectos clínicos, psicopatológicos e comportamento sexual de risco dos sujeitos com Impulso Sexual Excessivo do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, estudo caso-controle e de intervenção”. Este estudo macro, que obteve auxílio a pesquisa FAPESP, foi a base para o surgimento do Ambulatório do Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos associados ao Comportamento Sexual (AISEP), um ambulatório alocado no Centro de Reabilitação e Hospital Dia (CRHD) do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. O ambulatório reúne três diretrizes: área de pesquisa; assistência e ensino. Conta com um grupo de profissionais colaboradores, alunos de mestrado/doutorado, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, médica infectologista, alunos de iniciação científica entre outros.

A amostra é composta por homens e mulheres, acima de 18 anos, que buscaram o Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) para tratamento de TCSC.

### 5.3 Seleção da amostra

Os participantes foram recrutados por duas formas: os que buscaram o tratamento para TCSC no Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos associados ao Comportamento Sexual – AISEP-IPq-HCFMUSP, desde 2011, por *e-mail*, via *WhatsApp* ou por encaminhamento interno ou externo (equipamentos de saúde), e os que foram recrutados por meio de anúncios

de pesquisa, através de vários meios de comunicação, incluindo rádio, revistas, jornais, como também dentro do Hospital das Clínicas por *e-mail* e nos cartazes de parede.

Os indivíduos que preencheram os critérios diagnósticos para F52.7 (CID-10) Impulso Sexual Excessivo<sup>(49)</sup>, isto é, indivíduos que se queixam de perda ou de falha de controle do comportamento sexual, a partir da adolescência ou início da vida adulta, e atendeu os critérios para dependência de sexo<sup>(17)</sup>. Conforme as observações clínicas de Goodman (2001), foi possível adaptar o diagnóstico de dependência de substância do DSM-IV-TR<sup>(50)</sup> para a dependência de sexo, definindo-o como um padrão mal-adaptado de comportamentos sexuais, que causam sofrimento e prejuízo clínico significativo, manifesto por três ou mais das seguintes manifestações: a tolerância, o envolvimento em comportamentos sexuais mais intensos e frequentes para obter a mesma satisfação que inicialmente; a abstinência, a presença de sintomas psíquicos e/ou físicos diante das tentativas de redução ou controle de práticas sexuais; o gasto excessivo e intenso de tempo com comportamento sexual; o fracasso em controlar as práticas sexuais; o ritual de busca, muita energia e tempo consumido em comportamentos sexuais; o prejuízo das atividades sociais, recreacionais e ocupacionais em decorrência do comportamento sexual; a continuidade do comportamento sexual, apesar das consequências negativas. Foram considerados com TCSC e aqueles que não preencherem foram considerados sem TCSC/controlado.

#### **5.4 Critérios de inclusão**

Foram incluídos os participantes mediante os seguintes critérios:

- Brasileiros;
- Acima dos 18 anos;
- Alfabetizados;
- Nível cognitivo satisfatório para compreender e responder os inventários autorresponsivos.

Portanto, foram incluídos todos os que preencheram os critérios de elegibilidade e que estavam em tratamento no AISEP-IPq-HCFMUSP desde 2011, bem como aqueles que buscaram tratamento no ambulatório no período de janeiro a novembro de 2021. Os dados utilizados nesta pesquisa corresponderam aos coletados no “baseline”, no momento de chegada, antes de iniciarem o tratamento.

### 5.5 Critérios de exclusão

Participantes que preencheram critérios diagnósticos<sup>(1)</sup> para:

- Transtornos paráfilicos (DSM-5 685)<sup>(1)</sup>;
- Disforia de gênero (DSM-5 451)<sup>(1)</sup>;
- Espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (DSM-5 87)<sup>(1)</sup>;
- Episódio hipomaníaco ou maníaco atual do transtorno do humor (DSM-5 123)<sup>(1)</sup>;
- Transtornos neurocognitivos (DSM-5 591)<sup>(1)</sup>;
- E outros transtornos mentais (DSM-5 707) <sup>(1)</sup>.

### 5.6 Cálculo amostral

O cálculo do tamanho de amostra para o estudo foi feito com base na comparação entre a pontuação média na Escala de Alexitimia de Toronto entre indivíduos com e sem TCSC, identificados de acordo com os critérios acima referidos. À medida que não existe um estudo prévio semelhante para embasar o cálculo amostral, utilizou-se dados preliminares do Projeto de Pesquisa CAPPesq 641/10 “Aspectos clínicos, psicopatológicos e comportamento sexual de risco dos sujeitos com Impulso Sexual Excessivo do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, estudo caso-controle e de intervenção”, ainda não publicados com amostra de 200 compulsivos sexuais e 124 não compulsivos sexuais. O cálculo amostral foi feito no Programa STATA. De acordo com os parâmetros  $\alpha = 0.05$ ; Poder Estatístico de 80%; considerando a média e o desvio padrão dos compulsivos sexuais com 72 e 17 e dos não compulsivos sexuais com 64 e 13; numa proporção de compulsivos e não

compulsivos = 2/1 foi estimado um tamanho amostral mínimo de 107 participantes (71 compulsivos sexuais e 36 não compulsivos sexuais).

## 5.7 Procedimentos

1. Após aprovação pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP (CAPPesq), os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa.

2. Foram explicados os detalhes de todos os passos da pesquisa, bem como seus objetivos. Foi enfatizada a garantia ao sigilo e a confidencialidade das informações prestadas. Além disso, foi esclarecido que o risco potencial aos participantes é mínimo devido à natureza da investigação e que o direito a solicitar o desligamento do projeto está assegurado a qualquer tempo.

3. Depois de fornecer o consentimento informado, os participantes completaram uma avaliação de 2-3 horas, envolvendo entrevista com pesquisadora executante para coleta de dados sociodemográficos, entrevista semiestruturada para investigação de diagnósticos com psiquiatra. Finalmente, responderam instrumentos autorresponsivos.

## 5.8 Instrumentos

### 5.8.1 Instrumento de investigação sociodemográfico

Questionário que investiga aspectos sociodemográficos tais como idade, sexo, estado civil legal, raça, escolaridade, situação de emprego, renda mensal, orientação sexual.

### 5.8.2 Escala de Compulsividade Sexual (ECS)<sup>(51,52)</sup>

ECS é usada nas pesquisas para avaliar os pensamentos sexuais e o impacto no controle dos pensamentos e comportamentos sexuais. Escala consiste em 10 afirmações (por exemplo, “Meus pensamentos e comportamentos sexuais estão

causando problemas em minha vida”) que são classificadas em uma escala de quatro pontos: sendo 1 = não se aplica de modo algum a mim, 2 = se aplica um pouco a mim, 3 = se aplica a mim, 4 = se aplica muito a mim. Os escores variam entre 10 e 40, sendo que escores mais altos significam maior severidade da compulsividade sexual. O ponto de corte utilizado para indicar compulsividade sexual é 24<sup>(51,52)</sup>.

É amplamente utilizada nos EUA e a versão brasileira tem mostrado boa confiabilidade (alfa de Cronbach de 0,95)<sup>(51)</sup>. A ECS, cujo nome original é “Sexual Compulsivity Scale” (SCS), foi desenvolvida por Kalichman<sup>(52)</sup>.

### 5.8.3 Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual (ITTH)<sup>(51)</sup>

O ITTH, cujo o nome original é Hypersexual Disorder Screening Inventory (HDSI), é uma escala que dimensional e diagnóstica para o Transtorno Hipersexual<sup>(16)</sup>. A escala é composta por sete itens (cinco do critério A e dois do critério B), a versão validade para o Brasil apresentou boa confiabilidade e o coeficiente de consistência interna foi de 0,96<sup>(51)</sup>. O instrumento produz escores que variam a partir das alternativas para cada resposta sendo 0 = “nunca verdadeiro”, 1 = “raramente verdadeiro”, 2 = “às vezes, verdadeiro, 3 = frequentemente verdadeiro e 4 = quase sempre verdadeiro. Os escores variam entre 0 e 28 de acordo com a gravidade, uma vez que os escores mais altos significam maior gravidade da hipersexualidade.

Para um aceitável diagnóstico de Transtorno Hipersexual, o indivíduo precisa preencher três ou quatro em, pelo menos, quatro das cinco questões do critério A e, pelo menos, um dos dois critérios B. O critério C contém a lista de seis comportamentos sexuais descritos pelos participantes como problemáticos, os quais encontram-se descritos abaixo. O ITTH<sup>(51)</sup> é um instrumento que investiga reações sexuais, impulsos sexuais e comportamento sexual, que são recorrentes, intensos e causam sofrimento ou prejuízo significativo na vida do indivíduo, como exemplo, “A. Durante os últimos 6 meses, eu dediquei grande parte do meu tempo a fantasias e impulsos sexuais, bem como a planejar ou praticar comportamentos sexuais”, “B. Durante os últimos 6 meses, fantasias, impulsos e comportamentos sexuais intensos e frequentes fizeram com que eu me sentisse muito incomodado ou desgostoso comigo mesmo (por exemplo, vivenciando sentimentos de vergonha, culpa, tristeza,

preocupação ou repugnância) ou tentei manter meu comportamento sexual em segredo.

#### 5.8.4 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)<sup>(53)</sup>

A versão em português do Beck Anxiety Inventory (BAI) foi validada para uso no Brasil por Cunha<sup>(53)</sup>, que apresenta uma boa confiabilidade com coeficiente alfa de Cronbach de 0,76. A escala sintomática avalia a gravidade dos sintomas da ansiedade, composta por 21 itens, com quatro opções de respostas: 0 = absolutamente não, 1 = levemente, 2 = moderadamente e 3 = gravemente. A classificação da escala dos sintomas da ansiedade são: mínimo (0-10), leve (11-19), moderado (20-30) e grave (31-63).

#### 5.8.5 Inventário de Depressão de Beck (BDI)<sup>(54)</sup>

A versão em português do Beck Depression Inventory (BDI) foi validada para uso no Brasil (alfa de Cronbach= 0,81)<sup>(54)</sup>. Refere-se a uma escala autorrelatada de 21 itens, destinada a medir a gravidade dos sintomas depressivos, como leve, moderado e grave, com quatro opções de respostas: 0 = absolutamente não, 1 = levemente, 2 = moderadamente e 3 = gravemente. A classificação da escala dos sintomas da depressão são: (0-9) não está deprimido, (10-18) leve a moderado, (19-29) moderado a severa, (30-63) severa e valores maiores indicam maior gravidade dos sintomas depressivos.

#### 5.8.6 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)<sup>(55)</sup>

É uma entrevista diagnóstica compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10 e foi adaptado e validado para uso no Brasil<sup>(55)</sup>, do original The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)<sup>(56)</sup>, e investiga episódio depressivo maior, distímia, risco de suicídio, maníaco/epísódio hipomaníaco, pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, álcool / abuso e dependência de substâncias, distúrbios psicóticos, anorexia / bulimia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de personalidade antissocial. O

MINI apresentou propriedades psicométricas semelhantes ao Composite International Diagnostic Interview (CIDI) e é compatível com a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-III-R, versão do Paciente (SCID-P). Os índices de confiabilidade foram considerados satisfatórios ( $Kappa > 0,60$ )<sup>(55)</sup>.

#### 5.8.7 Escala de Alexitimia de Toronto (TAS - 26)<sup>(13)</sup>

A versão em português da Escala de Alexitimia de Toronto – TAS 26 de Taylor<sup>(42)</sup> foi validada com medida confiável para uso no Brasil por Yoshida<sup>(13)</sup>, a qual avalia os quatro constructos da alexitimia, a saber: Fator 1 – dificuldade em identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais; Fator 2 – dificuldade em fantasiar ou sonhar acordado (*daydreaming*); Fator 3 – focalizar eventos externos em vez de experiências internas e o Fator 4 – dificuldade em comunicar os sentimentos a outras pessoas<sup>(42)</sup>. A escala com 26 itens é uma medida de autorrelato e as respostas aos itens são dadas em escala Likert de cinco pontos: 1 = discordo totalmente, 2 = discordo um pouco, 3 = não concordo nem discordo, 4 = concordo e 5 = concordo totalmente. O escore total fornece o grau de alexitimia<sup>(13,42)</sup>. Na literatura internacional, o ponto de corte para alexitimia é 74 (inclusive), enquanto escores menos de 62 (inclusive) é considerado não alexitímico. E para os escores entre 63 e 73 não é possível um diagnóstico conclusivo<sup>(57)</sup>. O coeficiente alfa de Cronbach da versão validade para o Brasil é 0,71<sup>(13)</sup>.

#### 5.8.8 Escala de impulsividade de Barratt (BIS-11)<sup>(58,59,60)</sup>

A impulsividade foi avaliada através da Barratt Impulsivity Scale versão 11 (BIS-11)<sup>(58)</sup>, instrumento de 30 itens em que cada um pode ser respondido com uma escala de quatro pontos variando de “raramente”, “nunca”, “quase sempre” e “sempre”. O inventário possui três subescalas que são: impulsividade não planejada (dificuldade de levar em conta os resultados futuros dos próprios comportamentos orientados principalmente ao presente), impulsividade motora (reações comportamentais rápidas e inquietação) e impulsividade atencional (raciocínio rápido e conclusões precipitadas

devido à dificuldade em prestar atenção ou concentração). A BIS-11 apresentou um alfa de Cronbach de 0,62<sup>(59,60)</sup>.

#### 5.8.9 Análise dos resultados

A partir das propriedades psicométricas da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), a saber: confiabilidade, validade de constructo discriminante e convergente. Realizamos uma análise fatorial do TAS, utilizando extração de componentes principais com rotação ortogonal (método Varimax) para esta escala. Utilizamos o Teste de Scree de Cattell para avaliar a presença de fatores significantes, bem como as respectivas cargas de cada fator. Os itens com cargas iguais ou mais a 0,30 foram considerados fatores significativos. A consistência interna foi avaliada pelo coeficiente  $\alpha$  de Cronbach. A confiabilidade foi avaliada por meio do teste de Wilcoxon, do coeficiente de correlação intraclass (intra-class). A validade convergente foi avaliada usando correlações (Pearson, se a distribuição for normal; Spearman se a distribuição não for normal) entre o escore da TAS e os escores das escalas BDI, BAI, SCS, ITTH, BIS. Assim como foi usado o coeficiente de correlação de Pearson para interpretar o grau das correlações das escalas, a saber: 0.9 para mais ou para menos indica uma correlação muito forte. 0.7 a 0.9 positivo ou negativo indica uma correlação forte. 0.5 a 0.7 positivo ou negativo indica uma correlação moderada. 0.3 a 0.5 positivo ou negativo indica uma correlação fraca. De 0 a 0.3 positivo ou negativo indica uma correlação desprezível. A validade discriminante foi avaliada por meio da comparação dos escores da TAS entre os grupos “compulsivos” e “não compulsivos sexuais”.

Nessa análise, usamos o teste T de Student (se a distribuição for normal) ou de Mann-Whitney (se a distribuição não for normal) e hipotetizamos que os pacientes teriam escores médios mais altos que os controles. As análises estatísticas foram realizadas utilizando o STATA 15, e foi considerado a significância estatística quanto  $p < 0,05$ .

As estatísticas descritivas foram apresentadas por cálculos de proporções para variáveis categóricas e por média e desvio-padrão para variáveis contínuas com distribuição normal e mediana e intervalo interquartil para as variáveis sem distribuição normal.

Para comparação entre os grupos foram utilizados os testes de qui-quadrado para as variáveis categóricas e para as variáveis contínuas o teste “T de Student” ou de Mann-Whitney para variáveis que não apresentaram distribuição normal.

Foi investigada a presença de normalidade na distribuição das variáveis por meio de histogramas e do teste de Shapiro-Wilk. No caso do teste T de Student foi verificada a homogeneidade do desvio-padrão.

## 6 RESULTADOS

A amostra foi composta por 451 participantes que completaram as avaliações de *baseline* do AISEP-IPq-HCFMUSP. Destes, 324 (71,8%) fecharam critério para transtorno do comportamento sexual compulsivo e 127 (28,1%) não, sendo controles.

### 6.1 Características sociodemográficas

As características sociodemográficas dos participantes estão descritas na Tabela 1. Na amostra, a maioria são homens (92,7%), brancos (62,3%) e empregados (76,2%). A idade variou de 18 a 74 anos. Houve diferença significativa entre os grupos quanto à orientação sexual, sendo que mais pacientes com TCSC se autodeclararam como homo e bissexuais. Quanto à situação profissional, observou-se a diferença estatística na distribuição dos grupos, sendo que mais pacientes com TCSC informaram não estarem empregados.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes que buscam tratamento no AISEP entre 2011 e 2021 (N=451).

Variável	Compulsivos sexuais (N=324)	Controles (N=127)	p-valor
<b>Sexo</b>			0,13
Homem	304 (93,9)	114 (89,8)	
Mulher	20 (6,1)	13 (10,2)	
<b>Orientação Sexual</b>			<0,001
Heterossexual	184 (56,8)	104 (82)	
Homossexual/bissexual	140 (43,2)	23 (18)	
<b>Raça</b>			0,87
Branca	204 (63)	77 (60,7)	
Negra e parda	111 (34,2)	47 (37)	
Outras	9 (2,8)	3 (2,3)	
<b>Estado civil</b>			0,33
Casado/união estável	138 (42,6)	48 (37,8)	
Divorciado/separado	144 (44,4)	66 (52)	
Solteiro	42 (13)	13 (10,2)	
<b>Situação profissional</b>			0,002
Empregado	245 (75,7)	101 (79,5)	

Desempregado	33 (10,1)	3 (2,4)	
Estudante	30 (9,2)	21 (16,5)	
Aposentado	16 (5)	2 (1,6)	
	Md IIQ	Md IIQ	
Idade	37 [30; 43]	34 [27;46]	0,45
Renda	4500 [2000; 7000]	4000 [2700; 8000]	0,53

FONTE: Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual (AISEP). Md = mediana. IIQ = Intervalo Interquartil. \* $p < 0,05$ .

## 6.2 Características Psicopatológicas

Na Tabela 2 se encontram as medidas de dispersão dos escores das principais medidas psicopatológicas utilizadas neste estudo de acordo com o grupo com TCSC e sem TCSC. Todas as medidas demonstraram diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 2 – Características psicopatológicas dos participantes que buscam tratamento no AISEP entre 2011 e 2021 (N=451)

Variável	Compulsivos sexuais (N=324)	Controles (N=127)	p-valor	Teste estatístico
EAT Fator 1 Md[IIQ]	37 [31;42]	26 [21;34]	<0,001	z = -9.004
EAT Fator 2 Md[IIQ]	9 [7;12]	11 [8;14]	<0,001	z = 4.065
EAT Fator 3 M(DP)	13.91 (2.50)	13.03 (2.35)	<0,001	t = -3.414
EAT Fator 4 M(DP)	6.35 (2.13)	5.49 (1.89)	<0,001	t = -3.980
EAT Escore total M(DP)	66.46 (10.16)	56.89 (10.82)	<0,001	t = -8.825
Compulsividade sexual Md[IIQ]	32 [27;36]	13 [11;18]	<0,001	z = -14.905
Hipersexualidade Md[IIQ]	21 [16;25]	1 [0;5]	<0,001	z = -13.796

Impulsividade Atencional M(DP)	17.43 (4.41)	14.43 (4.41)	<0,001	t = -5.618
Impulsividade Motora Md[IIQ]	18 [13;23]	8 [11;15]	0,001	z = -7.905
Impulsividade de Falta Md[IIQ] de Planejamento	23 [18;28]	16 [12;20]	<0,001	z = -8.570
Impulsividade Geral Md[IIQ]	59 [46;73]	43 [34;52]	<0,001	z = -8.554
Depressão Md[IIQ]	17 [10;24]	6 [2;11]	<0,001	z = -10.342
Ansiedade Md[IIQ]	12 [6;20]	4 [0;9]	<0,001	z = -7.602

Fonte: Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual. EAT Fator 1 – Dificuldade de identificar e descrever sentimentos e distinguir de sentimentos de sensações corporais; EAT Fator 2– dificuldade de sonhar (fantasiar) acordado; EAT Fator 3 – Focaliza eventos externos em vez de experiências internas; EAT Fator 4 – Dificuldade para comunicar os sentimentos a outras pessoas; Escala de Alexitimia de Toronto - EAT Escore total; Escala de Compulsividade Sexual = ECS; Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual – ITTH; Escala de Impulsividade de Barratt – Escala BIS-11; Inventário de depressão de Beck (BDI); Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Md = mediana. IIQ = Intervalo Interquartil. \*p < 0,05.

## 6.3 Psicometria

### 6.3.1 Análise Fatorial

Quanto à investigação das propriedades psicométricas, na Tabela 3 se encontra a análise fatorial exploratória da escala de Alexitimia de Toronto – TAS que revelou quatro fatores: Fator 1 – Dificuldade em identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais, é composto pelos itens: 1, 4, 8, 10, 12, 14, 17, 20, 22, 23, 25 e 26.

Este fator foi responsável pela variância de 24,00%. O Fator 2 – Dificuldade em sonhar (fantasiar) acordado é formado pelos itens: 5, 15, 16, 18. Este fator foi responsável pela variância de 10,52%. O Fator 3 – Focalizar eventos externos em vez de experiências internas, constitui os itens: 7, 11, 13, 19 e 24. Este fator foi responsável pela variância de 7,79%. O último é o Fator 4 – Dificuldade em comunicar os sentimentos a outras pessoas, que inclui só dois itens: 3 e 6. Este fator foi responsável pela variância de 6,88%. Os quatro fatores são responsáveis pela variância acumulada de 49,20%.

Empregou-se o ponto de corte em 0,30 para a retenção do item no fator de acordo com o estudo da Yoshida<sup>(13)</sup>. Ficando de fora da escala três questões (2, 9 e 21) que não foram carregadas em nenhum fator.

Tabela 3 – Análise Fatorial Exploratória da Escala de Alexitimia de Toronto – TAS.

Número de questões da escala	EAT Fator 1	EAT Fator 2	EAT Fator 3	EAT Fator 4
1	0.3313	a	a	a
<b>2</b>	a	a	a	a
3	a	a	a	0.7944
4	0.7216	a	a	a
5	a	0.7662	a	a
6	a	a	a	0.6312
7	a	a	0.3277	a
8	0.7410	a	a	a
<b>9</b>	a	a	a	a
10	0.5618	a	a	a
11	a	a	0.5720	a
12	0.5709	a	a	a
13	a	a	0.3106	a
14	0.7432	a	a	a
15	a	0.6179	a	a
16	a	0.7889	a	a
17	0.5341	a	a	a
18	a	0.7823	a	a
19	a	a	0.6996	a
20	0.8133	a	a	a
<b>21</b>	a	a	a	a
22	0.7447	a	a	a
23	0.5131	a	a	a
24	a	a	0.7201	a
25	0.8244	a	a	a
26	0.6609	a	a	a

Fonte: Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual. <sup>a</sup> A carga de itens foi inferior a 0,30.

EAT Fator 1 – Dificuldade de identificar e descrever sentimentos e distinguir de sentimentos de sensações corporais; EAT Fator 2– dificuldade de sonhar (fantasiar) acordado; EAT Fator 3 – Focaliza eventos externos em vez de experiências internas; EAT Fator 4 – Dificuldade para comunicar os sentimentos a outras pessoas

### 6.3.2 Análise da Confiabilidade

A segunda investigação das propriedades psicométricas envolveu a confiabilidade dos fatores e do instrumento como um todo. O alfa de Cronbach do fator 1 foi 0,88, do fator 2 foi 0,76, do fator 3 foi 0,50, do fator 4 foi 0,49 e a soma dos quatro fatores foi 0,84. Ainda na investigação da confiabilidade, tem-se a reprodutibilidade. Quarenta e cinco participantes foram retestados após um período de 15 a 20 dias. As médias do tempo 1 e do tempo 2 foram semelhantes nos fatores 1, 2, 3, 4 e o total da escala. Vide na Tabela 4 os resultados dos testes, bem como o coeficiente de correlação intraclasse.

Tabela 4 – Confiabilidade do teste e reteste da Escala de Alexitimia de Toronto TAS (N=45).

Questionário	Confiabilidade Teste e Reteste						ICC
	Tempo 1		Tempo 2		z	p-valor	
	M	SD	M	SD			
EAT Fator 1	38.73		38.46	1.35	0.674	0.500	0.843***
		.32					
EAT Fator 2	9.11	0.50	9.08	0.52	-0.086	0.931	0.671***
EAT Fator 3	13.37	0.38	13.26	0.38	0.456	0.648	0.300**
EAT Fator 4	6.68	0.30	6.86	0.32	-1.342	0.179	0.715***
EAT Escore total	67.91	1.47	67.68	1.52	0.023	0.982	0.712***

Fonte: Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual. EAT Fator 1 – Dificuldade de identificar e descrever sentimentos e distinguir de sentimentos de sensações corporais; EAT Fator 2– dificuldade de sonhar (fantasiar) acordado; EAT Fator 3 – Focaliza eventos externos em vez de experiências internas; EAT Fator 4 – Dificuldade para comunicar os sentimentos a outras pessoas; Escala de Alexitimia de Toronto - EAT Escore total.

\*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$

### 6.3.3 Análise da Validade

No tocante a investigação da validade discriminante, observa-se na Tabela 5 a diferença dos escores médios dos fatores 1, 2, 3, 4 e total de acordo com os grupos de compulsivos e controles.

Tabela 5 – Validade discriminante de acordo com a gravidade da alexitimia nos participantes, compulsivos sexuais e controles AISEP entre 2011 e 2021 (N=451)

Variável	Compulsivos sexuais (N=324)	Controles (N=127)	p-valor
EAT Fator 1 (Md, IIQ)* <sup>1</sup>	37 [31; 42]	26 [21; 34]	<0,001
EAT Fator 2 (Md, IIQ)	9 [7; 12]	11 [8; 14]	<0,001
EAT Fator 3 (M, DP) <sup>2</sup>	14 (2,5)	13 (2,3)	<0,001
EAT Fator 4 (M, DP) <sup>3</sup>	6,3 (2,1)	5,4 (1,8)	<0,001
EAT Escore total (M, DP)	66,4 (10,1)	56,8 (10,8)	<0,001

Fonte: Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de Prevenção aos Desfechos Negativos Associados ao Comportamento Sexual. Md = mediana. IIQ = Intervalo Interquartil. M = média. DP = desvio padrão. \*EAT Fator 1 – Dificuldade de identificar e descrever sentimentos e distinguir de sentimentos de sensações corporais; EAT Fator 2– dificuldade de sonhar (fantasiar) acordado; EAT Fator 3 – Focaliza eventos externos em vez de experiências internas; EAT Fator 4 – Dificuldade para comunicar os sentimentos a outras pessoas; Escala de Alexitimia de Toronto - EAT Escore total. <sup>1</sup> Um paciente não respondeu à questão 22. <sup>2</sup> Um paciente não respondeu à questão 11. <sup>3</sup> Um paciente não respondeu à questão 3.

Quanto à validade convergente (vide Tabela 6), observou-se que o EAT Fator 1 obteve correlações significantes com todos os outros fatores e escalas, menos com a ansiedade, sendo que os coeficientes de correlação, em geral, foram fracos e desprezíveis, com exceção do coeficiente de correlação com o EAT Escore Total que foi forte, e da depressão que foi moderada.

No que tange ao EAT Fator 2, não houve correlação significativa com os outros fatores da escala de alexitimia, mas obteve correlação significativa com todas as escalas (impulsividade, compulsividade sexual, hipersexualidade, depressão), menos com ansiedade, porém os coeficientes de correlação foram desprezíveis.

Quanto ao EAT Fator 3, a correlação foi significativa com o EAT Escore total da alexitimia e com todas as escalas (impulsividade, compulsividade sexual, hipersexualidade, depressão), menos com ansiedade, no entanto os coeficientes de correlação, em geral, foram desprezíveis, com exceção do coeficiente de correlação com o EAT Escore total que foi fraco.

Com relação ao EAT Fator 4, a correlação foi significativa com o EAT Escore total da alexitimia e com as escalas de hipersexualidade, compulsividade sexual e depressão, sendo que os coeficientes de correlação foram desprezíveis, com exceção da correlação com o EAT Escore total que o coeficiente de correlação foi moderado.

Tabela 6 – Validade convergente de acordo com a gravidade da alexitimia nos participantes que buscaram tratamento no AISEP entre 2011 a 2021 (N=451).

Escala	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13
1.EAT Fator 1	-												
2.EAT Fator 2	-0,26***	-											
3.EAT Fator 3	0,19***	-0,01	-										
4.EAT Fator 4	0,33***	0,00	0,09	-									
5.EAT Escore total	0,89***	0,05	0,39***	0,50***	-								
6.Impulsividade Atencional	0,44***	-0,15**	0,20***	0,06	0,39***	-							
7.Impulsividade Motora	0,47***	-0,22***	0,19***	0,07	0,40***	0,65***	-						
8.Impulsividade de Falta de planejamento.	0,33***	-0,18***	0,20***	0,07	0,30***	0,58***	0,61***	-					
9.Impulsividade Geral	0,47***	-0,22***	0,23***	0,07	0,41***	0,83***	0,89***	0,84***	-				
10.ITTH	0,37***	-0,25***	0,12**	0,17***	0,31***	0,31***	0,35***	0,39***	0,40***	-			
11.ECS	0,41***	-0,28***	0,11*	0,16**	0,32***	0,34***	0,39***	0,43***	0,45***	0,72***	-		
12. Depressão	0,58***	-0,27***	0,21***	0,28***	0,52***	0,40***	0,41***	0,39***	0,46***	0,48***	0,50***	-	
13. Ansiedade	-0,01	-0,00	0,00	0,01	0,00	0,02	0,01	-0,02	0,00	-0,00	-0,02	-0,07	-

Fonte: Fonte: Ambulatório de Impulso Sexual Excessivo e de *Prevenção aos Desfechos Negativos* Associados ao Comportamento Sexual. 1. EAT Fator 1 – Dificuldade de identificar e descrever sentimentos e distinguir de sentimentos de sensações corporais; 2. EAT Fator 2 – dificuldade de sonhar (fantasiar) acordado; 3. EAT Fator 3 – Focaliza eventos externos em vez de experiências internas; 4. EAT Fator 4 – Dificuldade para comunicar os sentimentos a outras pessoas; 5. Escala de Alexitimia de Toronto– EAT Escore total; 6 – 9. Escala de Impulsividade de Barratt – Escala BIS-11; 10. Inventário de Triagem do Transtorno Hipersexual – ITTH; 11. Escala de Compulsividade. 12. Inventário de Depressão de Beck – BDI; 13. Inventário de Ansiedade de Beck - BAI Sexual = ECS.

\*p<.05. \*\*p<.01. \*\*\*p<.001

## 7 DISCUSSÃO

A análise fatorial da Escala de Alexitimia de Toronto – TAS resultou que, dos vinte e seis itens, 23 itens foram retidos. Os itens não retidos foram o 2, 9 e 21. A escala ficou composta por 23 itens, carregados em quatro fatores, com variância acumulada 49,20%. Os quatro fatores foram: Fator 1 – Dificuldade em identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais; Fator 2 – Dificuldade em sonhar (fantasiar) acordado; Fator 3 – Focalizar eventos externos em vez de experiências internas; Fator 4 – Dificuldade em comunicar os sentimentos a outras pessoas. Além disso, a variância acumulada foi maior que o estudo original brasileiro, a qual foi de 39,67%<sup>(13)</sup>.

As principais diferenças da análise fatorial deste estudo comparada ao estudo de validação da pesquisadora Yoshida (2000)<sup>(13)</sup> com universitários foram: no Fator 1, a questão 12 entrou no nosso estudo e não no estudo com os universitários; no Fator 2, a questão 2 é retida do estudo dos universitários e ficando de fora no nosso estudo, assim como a questão 15 ficou retida no Fator 2 no presente estudo, ao invés do Fator 4 como no estudo original; no Fator 3, a questão 21 foi retirada do nosso estudo, mas compõe no estudo dos universitários, e por fim, o Fator 4, que apresenta no estudo dos universitários as questões: 3, 6, 9, 12, 15 e no nosso estudo dois itens: 3 e 6.

Ainda nos itens das questões, o fato da questão 12 (sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente), ficar retida no Fator 1 – “Dificuldade em identificar e descrever sentimentos e distinguir sentimentos de sensações corporais” está alinhado ao constructo teórico que este fator representa, o mesmo acontecendo com a questão 15 (uso muito minha imaginação), ficou retida no nosso estudo no Fator 2 – Dificuldade em sonhar (fantasiar), compatível com a definição do fator. Além de terem sido definidos na análise fatorial deste estudo, o item 12 apresenta alinhamento teórico com o Fator 1, bem como o item 15 com o Fator 2, reforçando a manutenção deles nos respectivos fatores observados neste estudo com amostra de compulsivos sexuais. Estas diferenças não chegam a comprometer a interpretabilidade do constructo da escala original, já que cada um desses itens é responsável por parcela pequena da variância carregada no total da escala<sup>(61)</sup>.

Quanto a confiabilidade, indicada pelo alfa de Cronbach, foi 0,84 (total dos fatores), maior do que o estudo original que foi 0,71 (amostra toda), indicando forte

consistência interna do instrumento em nosso estudo. Enquanto a reprodutibilidade no tempo do nosso estudo, 0,71, foi semelhante ao estudo original que ficou em 0,72.

Em nosso estudo, a análise discriminante permitiu observar que todos os fatores e o escore geral da escala puderam discriminar compulsivos sexuais e controles. No estudo da Yoshida, a amostra foi com universitários, sem grupo controle, bem como não encontramos estudos anteriores que examinaram esse tipo de validade discriminante em compulsivos sexuais. Porém, o estudo Engel et al. (2019)<sup>(46)</sup>, corrobora com o resultado em que as pontuações elevadas na Escala De Alexitimia de Toronto – TAS, foram maiores em homens com TCSC do que os controles.

Em relação à validade convergente, os fatores e o escore geral da escala de alexitimia – TAS mostraram, no geral, correlações significantes entre si e com as demais escalas de impulsividade, compulsividade sexual, hipersexualidade e depressão. Entretanto, os coeficientes de correlações variaram entre fracos e desprezíveis, demonstrando que as diversas dimensões da alexitimia covariam com outros sintomas psicopatológicos chaves do TCSC (impulsividade, compulsividade sexual, hipersexualidade e depressão), porém, apesar de consistente, a covariância foi em sua maior parte fraca.

Isso pode se dar pelo comportamento sexual compulsivo ser um fenômeno multidimensional e que a alexitimia apresenta um papel importante, mas responde por apenas uma parte quando investigada a correlação com outras variáveis sintomáticas, conforme mostra o estudo de Scanavino et al. (2018)<sup>(2)</sup>, em que os compulsivos sexuais apresentaram maior severidade de sintomas de humor do que os controles. Tal como a pesquisa Reis et al. (2022)<sup>(62)</sup>, que a depressão apresenta maior associação com os mecanismos de ativação do comportamento sexual compulsivo.

No presente estudo não se observou correlação com a variável ansiedade. Este resultado foi diferente de estudo anterior originado em nosso grupo de pesquisa<sup>(2)</sup>. Por outro lado, o presente estudo apresenta amostra maior do que os anteriores. No estudo de Reis et al (2022)<sup>(62)</sup> a ansiedade não foi mediadora da compulsividade sexual em pacientes que sofreram abuso sexual, enquanto a depressão foi. Mais estudos poderão esclarecer este achado, incluindo o quanto a ansiedade é percebida por pessoas com maior alexitimia.

Considerando as forças deste estudo, o tratamento para alterações do humor por meio de medicamentos específicos e métodos psicoterápicos apropriados para auxiliar o paciente a aprender a identificar, compreender e saber lidar com suas emoções e seus sentimentos, promete ter um efeito importante na redução do sofrimento psíquico, na regulação emocional e no controle do comportamento sexual, além de impacto preventivo contra desfechos negativos associados ao comportamento sexual compulsivo. Nesse sentido, os medicamentos e métodos psicoterápicos endereçados ao tratamento da desregulação emocional estarão entre os mais indicados.

Quanto às limitações, a amostra é formada por conveniência, por pessoas que identificam um sofrimento relacionado ao comportamento sexual e buscam auxílio. Portanto, o estudo não é generalizável para a população geral, visto que existem inequidades de acesso à Saúde no Brasil.

A pesquisa abre diversas possibilidades para novas pesquisas como ensaios clínicos randomizados, com métodos terapêuticos para estados de humor negativos em indivíduos com comportamento sexual compulsivo.

## 8 CONCLUSÕES

No presente estudo transversal, observacional e exploratório e metodológico com homens e mulheres, com TCSC e sem, observou-se:

- a análise fatorial, que confirmou o modelo de quatro fatores, com a inclusão da grande maioria dos itens, semelhante com outros estudos realizados com outras populações;
- a alta confiabilidade, bem com reprodutibilidade no tempo;
- que o instrumento apresentou validade convergente com os instrumentos de impulsividade, compulsividade sexual, hipersexualidade e depressão;
- todos os fatores e o escore total da escala da alexitimia diferenciaram de forma clara os grupos pacientes e controles.

## REFERÊNCIAS

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 5º edição DSM – 5. Artmed. Psychiatric American Association, organizador. Porto Alegre; 2014.
2. Scanavino MT et al. Sexual compulsivity, anxiety, depression, and sexual risk behavior among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2018;40(4):424-31.
3. Grubbs JB, Hoagland KC, Lee BN, Grant JT, Davison P, Reid RC, et al. Sexual addiction 25 years on : A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clin Psychol Rev [Internet].* 2020;82(June):101925. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925>
4. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 11). World Health Organization, organizador. 2018.
5. Scanavino MT et al. Compulsive sexual behavior and psychopathology among treatment-seeking men in São Paulo, Brazil. *Psychiatry Research.* 2013;(January):518–24.
6. Reid RC et al. Alexithymia , Emotional Instability , and Vulnerability to Stress Proneness in Patients Seeking Help for Hypersexual Behavior Alexithymia , Emotional Instability , and Vulnerability to Stress Proneness in Patients Seeking Help for Hypersexual Behavior. 2008;(794615004).
7. Taylor, Graeme J. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry [Internet].* 2000;45(2):134-42. Available at: <http://web.a.ebscohost.com.proxy3.library.mcgill.ca/ehost/delivery?sid=d6d92a93-2980-449a-8412-9f342db1058c%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4106&Return...>
8. Taylor GJ, Parker JDA, Bagby RM. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry.* 1990;147(9):1228–30.
9. Haviland MG et al. Alexithymia in Women and Men Hospitalized Substance Dependence. *Compr Psychiatry.* 1994;35(2):124–8.
10. Freire L. Alexitimia: dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. *Psicol Teor e Pesqui [Internet].* março de 2010 [citado 13 de junho de 2019];26(1):15–24. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722010000100003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000100003&lng=pt&tlng=pt)
11. Joukamaa et al. Psychometric properties.pdf. *Nord J Psychiatry [Internet].* 2001;55(2):123–7. Available at: <https://doi.org/10.1080/08039480116694>
12. Grov C, Mustanski B, Parsons JT. Sexual Compulsivity , State Affect , and Sexual Risk Behavior in a Daily Diary Study of Gay and Bisexual Men. 2010;24(3):487–97.
13. Yoshida EMP. Toronto Alexithymia Scale-TAS: precisão e validade da versão em português. *Psicol Teor e Prática.* 2000;2(1):59–74.
14. Oosterhuis H. Sexual Modernity in the Works of Richard von Krafft-Ebing and Albert Moll. 2012;56:133–55.
15. Tripodi F, Giuliani M, Petruccelli I, Simonelli C. Sexual Addiction Theory , causes and therapy. 2000;1–48.

16. Kafka MP. Hypersexual Disorder : A Proposed Diagnosis for DSM-V. 2010;(April 2009):377–400.
17. Goodman A. What ' s in a Name ? Terminology for Designating a Syndrome of Driven Sexual Behavior. *Sex Addict Compulsivity*. 2001;8:191–213.
18. Psychiatric Association A. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição [Internet]. [citado 28 de junho de 2019]. Available at: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostic-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>
19. Briken P, Wiessner C, Klein V, Fu J, Reed GM, Dekker A. Who feels affected by “ out of control ” sexual behavior ? Prevalence and correlates of indicators for ICD-11 Compulsive Sexual Behavior Disorder in the German Health and Sexuality Survey ( GeSiD ). *J Behav Addict*. 2022;49(40):1–12.
20. Langstrom K and Hanson R K. High Rates of Sexual Behavior in the General Population : Correlates and Predictors. *Arch Sex Behav*. 2006;35(1):37–52.
21. Abdo C Scanavino M de T. Compulsão Sexual. In: de Abreu C, Tavares H CT, organizador. Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos. Artmed. Porto Alegre; 2018. p. 101–19.
22. Kaplan MS KR. Diagnosis, Assessment, and Treatment of Hypersexuality. *J Sex Res*. 2010;47(2–3):181–98.
23. Gilliland R, Star JB, Hansen B, Carpenter B, Gilliland R, Star JB, et al. Relationship Attachment Styles in a Sample of Hypersexual Patients. *Journal Sex e Marital Ther* [Internet]. 2015;0715(September). Available at: <https://doi.org/10.1080/08039480116694>
24. Carnes P J. Addiction or compulsion : Politics or Illness ? *Sex Addict Compulsivity*. 1996;3(2):37–41.
25. Goodman A. Neurobiology of addiction An integrative review. 2008;75:266–322.
26. Voon V et al. Neural Correlates of Sexual Cue Reactivity in Individuals with and without Compulsive Sexual Behaviours. *POSONE*. 2014;9(7):1–10.
27. Chatzittofis A, Arver S, Öberg K, Hallberg J, Nordström P, Jokinen J. HPA axis dysregulation in men with hypersexual disorder. *Elsevier*. 2016;63:247–53.
28. Morgenstern J et al. Non-Paraphilic Compulsive Sexual Behavior and Psychiatric Co-morbidities in Gay and Bisexual Men. *Sex Addict E Compulsivity*. 2011;18:114–34.
29. Amaral, Maria L.S e Scanavino M. M. Comportamentos Sexuais Compulsivos graves: relato de dois casos em tratamento. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(2):2–3.
30. Scanavino et al. Five cases of sexual addiction under Short-term Psychodynamic Group Psychotherapy. 2013;55(11):8–9.
31. Savard J, Öberg KG, Chatzitto A. Naltrexone in Compulsive Sexual Behavior Disorder : A Feasibility Study of Twenty Men. 2020;1544–52.
32. Yoshida E M P et al. Psicoterapia psicodinâmica breve : estratégia terapêutica e mudança no padrão de relacionamento conflituoso. *Psico-USF*. 2009;14:275–85.
33. Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders : update of a meta-analysis. *BjPsych*. 2011;199:15–22.
34. Laros JA. O Uso da Análise Fatorial: Algumas Diretrizes para Pesquisadores. In: Pasquali L, organizador. Análise fatorial para pesquisadores. Brasília:

- LabPAM Saber e Tecnologia; 2014. p. 141–60.
35. Zambon M, Coluci O, Maria N, Alexandre C, Milani D. Construction of measurement instruments in the area of health. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(3):925–36.
  36. Coppi MA. Análise das validades de conteúdo e de construto de instrumentos de avaliação de biologia. *ACTIO*. 2021;6(2):1–19.
  37. Cortina JM. What Is Coefficient Alpha ? An Examination of Theory and Applications. *J Appl Psychol*. 1993;78(1):98–104.
  38. Cronbach LJ and Meehl PE. Construct validity in psychological teste. *Psychol Bull*. 1955;52(4):281–302.
  39. Carneiro BV. Alexitimia: Uma Revisão do Conceito. *Psicol Teor e Pesqui*. 2009;25(1):103–8.
  40. Hendryx MS, Haviland MG, Shaw DG. Dimensions of Alexithymia and Their Relationships to Anxiety and Depression. *J Pers Assess*. 1991;56(2):227–37.
  41. Verissimo R. Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-Itens - I Adaptação linguística, validação semântica, e estudo fiabilidade. *Acta Med Port*. 2001;14(5–6):529–36.
  42. Taylor GJ, Ryan D, Bagby M. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom*. 1985;44(4):191–9.
  43. Donges U-S and Suslow T. Alexithymia and automatic processing of emotional stimuli: a systematic review. *RevNeurosci*. 2017;1–18.
  44. Hariri AR, Ca SYB, Mazziotta JC. Modulating emotional responses: effects of a neocortical network on the limbic system. *Neuroreport*. 2018;11(February 2000):43–8.
  45. Taylor G J and Bagby R M. New Trends in Alexithymia Research. *Psychother Psychosom*. 2004;5:68–77.
  46. Engel J et al. Same Same but Different : A Clinical Characterization of Men with Hypersexual Disorder in the Sex @ Brain Study. *Clin Med (Northfield Il)*. 2019;8(2):1–17.
  47. Efrati Y, Gola M. The Effect of Early Life Trauma on Compulsive Sexual Behavior among Members of a 12-Step Group. *J Sex Med*. 2019;16(6):803–11.
  48. Lew-starowicz M et al. Compulsive Sexual Behavior and Dysregulation of Emotion. *Sex Med Rev*. 2019;8(2):1–15.
  49. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrição clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre; 1993.
  50. APA APA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Texto Revisado (DSM-IV-TR). 4th ed. Porto Alegre; 2002.
  51. Scanavino MT et al. Sexual Compulsivity Scale, Compulsive Sexual Behavior Inventory, and Hypersexual Disorder Screening Inventory: Translation, Adaptation, and Validation for Use in Brazil. *Arch Sex Behav*. 2014;(Oct).
  52. kalichman SC et al. Sexual Sensation Seeking: Scale Development and Predicting AIDS-Risk Behavior Among Homosexually Active Men. *J Pers Assess* [Internet]. junho de 1994 [citado 22 de junho de 2019];62(3):385–97. Available at: [http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa6203\\_1](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327752jpa6203_1)
  53. Cunha J. Manual das versões em Português das Escalas de Beck. Casa do Psicólogo. 2001;256.
  54. Gorenstein C Andrade LHSG. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and State-Trait anxiety inventory in Brazilian subjects.

- Brazilian J Med Biol Res [Internet]. 1996 [citado 22 de junho de 2019]; Available at: <https://psycnet.apa.org/record/2016-45895-001>
55. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais [Internet]. Vol. 22, Rev Bras Psiquiatr. 2000 [citado 22 de junho de 2019]. Available at: [www.medical-outcomes.com](http://www.medical-outcomes.com)
  56. Sheehan DV et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structure diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998;
  57. Graeme J et al. Criterion Validity of the Toronto Alexithymia Scale. Psychosom Med. 1988;50:500–9.
  58. Barratt ES. Anxiety and impulsiveness related to psychomotor efficiency. Percept Mot Ski. 1959;9(2):191–8.
  59. Diemen LV et al. Adaptação e validade de constructo da Escala de Impulsividade de Barrat (BIS 11) para o português do Brasil para o uso em adolescentes. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(2):153–6.
  60. Malloy-Diniz LF et al. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale ( BIS-11 ) para aplicação em adultos brasileiros. J Bras Psiquiatr. 2010;59(2):99–105.
  61. Yoshida EMP. Validade da Versão em Português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em Amostra Clínica Validity of the Portuguese Version of the Toronto Alexithymia Scale-TAS in a Sample of Inpatients. Psicol Reflexão e Crítica. 2007;20(3):389–96.
  62. Reis S et al. Symptoms of depression ( not anxiety ) mediate the relationship between childhood sexual abuse and compulsive sexual behaviors in men. Braz J Psychiatry. 2023;45(1):38–45.
  63. Taylor GJ, Michael R. Examining Proposed Changes to the Conceptualization of the Alexithymia Construct : The Way Forward Tilts to the Past. Psychother Psychosom. 2021;3(90):145–55.
  64. Scanavino MDT, Guirado AG, Marques JM, Luiza M, Ana S, Amaral DO, et al. Treatment effects and adherence of sexually compulsive men in a randomized controlled trial of psychotherapy and medication. J Be. 2023;12(1):261–77.
  65. Figuera D. e Silva J. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. Opinião Pública. 2010;16(1):160–85.
  66. Fernandes HM e Vasconcelos-Raposo JJB. Análise Fatorial Confirmatória do TEOSQ p Confirmatory Factorial Analysis of TEOSQp. Psicol Reflexão e Crítica. 2010;23(1):92–101.

## APÊNDICE

### ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO

TAYLOR et Col.; "Toward the development of a new self-report Alexithymia Scale".  
Psychotherapy and Psychosomatics; Vol.44; pag. 191-199; 1985.

Responda aos itens abaixo escolhendo uma das seguintes alternativas:

1. Discordo Inteiramente (DI)
2. Discordo (D)
3. Eu não sei (NS)
4. Concordo (C)
5. Concordo Plenamente (CP)

Itens:

1- Quando choro sempre sei por quê.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

2- "Sonhar acordado" é uma perda de tempo.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

3- Gostaria de não ser tão tímido.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

4- Frequentemente fico confuso sobre qual emoção eu estou sentindo.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

5- Frequentemente fico "sonhando acordado" sobre o meu futuro.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

6- Pareço fazer amigos tão facilmente quanto as outras pessoas.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

7- Saber as respostas dos problemas é mais importante do que saber as razões das respostas.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

8- É difícil para eu encontrar as palavras certas para os meus sentimentos.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

9- Eu gosto de demonstrar às pessoas do que eu preciso.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

10- Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

11- Para mim não é suficiente que as coisas sejam feitas. Eu preciso saber por que e como elas funcionam.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

12- Sou capaz de descrever meus sentimentos facilmente.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

13- Prefiro analisar os problemas ao invés de só descrevê-los.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

14- Quando estou chateado não sei se estou triste, amedrontado ou com raiva.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

15- Geralmente, uso um bocado da minha imaginação no meu dia a dia.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

16- Fico um tempão "sonhando acordado" sempre que não tenho nada para fazer.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

17- Frequentemente fico cismado ("encanado") com sensações em meu corpo.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

18- Raramente “sonho acordado”.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

19- Prefiro deixar as coisas acontecerem ao invés de entender por que elas acontecem daquele jeito.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

20- Tenho sentimentos que mal consigo identificar.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

21- Estar em contato com as emoções é fundamental para mim.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

22- É difícil para eu descrever como me sinto em relação às pessoas.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

23- As pessoas falam para eu manifestar mais os meus sentimentos, torná-los mais explícitos.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

24- Deve-se procurar por explicações mais profundas ao invés de simplesmente viver as coisas sem entendê-las...

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

25- Não sei o que acontece dentro de mim, com meus sentimentos.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**

26- Frequentemente eu não sei por que estou com raiva.

**1 (DI) 2 (D) 3 (NS) 4 (C) 5 (CP)**