



UNIVERSIDADE  
**LUSÓFONA**

**Centro Universitário de Lisboa**  
**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**  
**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**O efeito das Dificuldades de Regulação emocional no  
Distress Sexual**

**Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pela Professora  
Patrícia Pascoal e coorientador Professor Bruno Faustino**

**Tiago Miguel dos Santos Quitério**

**Lisboa**

**2024**

[www.ulusofona.pt](http://www.ulusofona.pt)

**Centro Universitário de Lisboa**  
**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**  
**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**O efeito das Dificuldades de Regulação emocional no  
Distress Sexual**

**Versão Final**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 15 de fevereiro perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação nº521, de 2023, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Tânia Gaspar

Arguente: Prof.<sup>a</sup> Sara Albuquerque

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Pascoal

Coorientador: Prof.<sup>o</sup> Doutor Bruno Faustino

**Tiago Miguel dos Santos Quitério**

**Lisboa**

**2024**

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a professora Patrícia Pascoal por toda a disponibilidade, compreensão e apoio que forneceu em todos os momentos necessários e fundamentais para a realização da tese. Bem como toda a ajuda e tempo que foram fornecidos sempre que necessário. Gostaria de agradecer também ao professor Bruno Faustino por tudo o que foi feito ao longo do processo e por toda a ajuda e tempo que foi fornecida para a realização da tese. Obrigado aos dois pelos momentos de reflexão durante os seminários, que me fizeram perceber melhor os conceitos e os resultados que foram aparecendo ao longo do processo, dando-me a capacidade de pensar neles de outra forma o que por vezes facilitou e otimizou o processo.

Obrigado a minha família e colegas que me puxaram para cima pois, nem sempre foi fácil, existiram momentos bons e maus, mas ajudaram-me a ver as coisas pela positiva e da melhor forma possível, de maneira que não desistisse a meio do processo, principalmente quando não se mostrou fácil devido ao cansaço e falta de tempo devido ao horário preenchido.

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

This work was financed by national funds through FCT—Fundação para a  
Ciência e a Tecnologia, I.P., within the scope of the project 2022.  
09087.PTDC.

## Resumo

Um dos aspetos fundamentais para o diagnóstico de disfunções sexuais é o distress sexual, com base numa abordagem transdiagnóstica queremos compreender qual o papel que as dificuldades na regulação emocional têm no distress sexual, tendo como foco a componente mal adaptativa das emoções negativas e a dificuldade para lidar com as mesmas, de maneira a perceber qual a sua ligação com o distress sexual. O presente estudo é composto por uma amostra total de 339 participantes, que foram divididos em dois subgrupos: os participantes que “consideram ter problemas sexuais” (subgrupo 1) que é composta por 99 participantes, com uma média de idades de 38.35 anos, o outro subgrupo são os participantes que “não consideram ter problemas sexuais” e este é composto por 240 participantes, apresentando ainda uma média de idades de 35.88.

Todos os participantes responderam a um questionário na plataforma Qualtrics, posteriormente os dados obtidos foram analisados através do SPSS. Em primeiro lugar foi efetuada uma análise de correlação de Pearson e posteriormente foram realizadas uma regressão linear e uma moderação. Os resultados obtidos indicam que em indivíduos que têm perceção de ter problemas sexuais existe uma associação forte entre as dificuldades de regulação emocional e o distress sexual, por outro lado, os que não têm essa perceção de problemas sexuais não apresentam essa associação.

## **Abstract**

One of the fundamental aspects for the diagnosis of sexual dysfunctions is sexual distress, based on a transdiagnostic approach we want to understand the role that difficulties in emotional regulation have in sexual distress, focusing on the maladaptive component of negative emotions and the difficulty to deal with them, in order to understand their connection with sexual distress. The present study is composed of a total sample of 339 participants, who were divided into two subgroups: participants who “consider themselves to have sexual problems” (subgroup 1) which is composed of 99 participants, with an average age of 38.35 years, the another subgroup are participants who “do not consider themselves to have sexual problems” and this is made up of 240 participants, with an average age of 35.88.

All participants responded to a questionnaire on the Qualtrics platform, and the data obtained was subsequently analyzed using SPSS. Firstly, a Pearson correlation analysis was carried out and subsequently a linear regression and moderation were carried out. The results obtained indicate that in individuals who perceive themselves to have sexual problems there is a strong association between emotional regulation difficulties and sexual distress, on the other hand, those who do not have this perception of sexual problems do not show this association.

# Índice

<b>Introdução</b> .....	8
<b>Modelo Transdiagnóstico</b> .....	8
<b>Regulação emocional</b> .....	10
<b>Desregulação emocional</b> .....	11
<b>Distress sexual</b> .....	14
<b>Objetivo</b> .....	15
<b>Método</b> .....	16
<b>Participantes</b> .....	16
<b>Procedimento</b> .....	18
<b>Medidas</b> .....	18
<b>Preparação dos dados e análise estatística</b> .....	19
<b>Resultados</b> .....	20
<b>Análise de correlações</b> .....	20
<b>Regressão Linear</b> .....	21
<b>Moderação</b> .....	23
<b>Discussão</b> .....	23
<b>Conclusão e limitações do estudo</b> .....	25
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	26

## **Introdução**

As dificuldades de regulação emocional são um fator de risco transdiagnóstico bem estabelecido para o aparecimento e manutenção de dificuldades emocionais (Aldao et al., 2010). Ainda que já haja alguns estudos desenvolvidos acerca da regulação emocional aplicada à sexualidade, estes têm-se centrado no estudo da regulação emocional e no funcionamento sexual (Dubé et al., 2019; Fischer et al., 2022), descurando por um lado o papel das dificuldades de regulação emocional na compreensão da resposta sexual, por outro lado, negligenciado o potencial efeito da desregulação emocional na experiência emocionalmente negativa associada à sexualidade, i.e., o distress sexual. Neste trabalho pretendemos contribuir para a expansão do conhecimento na área da compreensão do distress sexual e também das áreas de aplicação dos processos transdiagnóstico explorando a associação das dimensões das dificuldades de regulação emocional como um importante indicador de saúde sexual: o distress sexual.

## **Modelo Transdiagnóstico**

A abordagem categorial das perturbações mentais considera se existe ou não uma perturbação segundo uma banda de critérios específicos pré-estabelecidos para cada perturbação (American Psychiatric Association, 2014). Esta adota uma visão dicotómica dos sinais e sintomas de psicopatologia (exemplo, apresenta ou não determinado sinal ou sintoma)(Dalglish et al., 2020), assumindo que todas as perturbações são independentes umas das outras e, conseqüentemente, cada uma tem uma intervenção clínica desenvolvida de acordo com o diagnóstico. Ao longo do tempo, a evidência científica tem mostrado que esta abordagem é insuficiente para compreender a psicopatologia, uma vez que existem comorbilidade e correlação entre as diversas perturbações, ou seja, um indivíduo pode apresentar mais do que uma perturbação, o que leva a que sejam ponderadas outro tipo de abordagens, abordagens estas mais abrangentes, integradoras e dimensionais (Krueger & Eaton, 2015).

O surgimento do modelo transdiagnóstico deve-se à existência de alguns problemas apresentados pela abordagem categorial e que esta visão dimensional (explicitada, por exemplo, no modelo transdiagnóstico), vem tentar resolver. Existem três



problemas principais (que estão conectados entre si), o facto da abordagem categorial não ser capaz de diferenciar de forma clara entre si as diferentes perturbações de uma forma valida nos manuais (por exemplo, do DSM), isto para que cada perturbação seja única e possível de identificar e diferenciando-se de outras através dos sinais e sintomas específicos de cada perturbação. As perturbações mentais são agrupadas com base na existência de uma cerca quantidade de sintomas, sinais e comportamentos ligados ao sofrimento e à saúde mental. Desta maneira, quando esses comportamentos e sintomas, estão presentes, ou não, é feito um diagnóstico, que não contempla quais os processos contidos nessas perturbações (Krueger & Eaton, 2015).

Outro problema considerado é a elevada taxa de comorbilidades entre os quadros diagnóstico (ou seja, a mesma pessoa pode receber vários diagnósticos). Esta comorbilidade por norma é explicada pela existência de processos psicológicos comuns a diferentes perturbações, que causam sintomas semelhantes entre diversas perturbações (González Pando et al., 2018).

Por último, temos o recurso excessivo à medicação, isto pode levar ao surgimento de diversos problemas comuns na vida que acabam por ser considerados problemas psiquiátricos quando estes não estão relacionados, como por exemplo o baixo nível de comunicação ou o facto de uma pessoa não ser muito social pode levar a um diagnóstico de ansiedade social (Krueger & Eaton, 2015). Uma vez que o modelo transdiagnóstico é centrado numa abordagem dimensional, e que considera a presença de fatores comuns entre perturbações que explicam, desencadeiam ou mantem as diferentes patologias, o estudo desses fatores pode levar ao desenvolvimento de tratamentos mais abrangentes e eficientes no que toca ao tratamento de quadros comorbidos (Eaton et al., 2015).

A abordagem transdiagnóstica integra fatores que podem ser processos descritivamente transdiagnósticos e processos mecanisticamente transdiagnósticos (Harvey et al., 2011). Os processos descritivamente transdiagnósticos, são aspetos descritivos comuns a vários diagnósticos (i.e., humor depressivo, ansiedade), mas que pela teoria não é possível explicar que a sua existência em várias perturbações contribua para a manutenção e desenvolvimento dessa perturbação. Já os processos mecanisticamente transdiagnósticos fornecem informações sobre o desenvolvimento e manutenção das perturbações, podendo estas ser ações comuns ou aspetos fundamentais que colocam em risco a obtenção de mais do que um diagnóstico (Sauer-Zavala et al., 2017).

A diferença entre uns e outros reside no facto de os processos mecanisticamente transdiagnósticos poderem ser apontados como causas diretas das dificuldades do indivíduo (e.g. sobrevalorização do peso e da forma física, ruminação, etc.), ao contrário dos processos transdiagnósticos descritivos (e.g. baixa autoestima). Embora a baixa autoestima possa ser descrita como transdiagnóstica não existe uma teoria que explique que a mesma contribui para a manutenção dessas mesmas perturbações, querendo isto dizer que não é por existência de um processos descritivamente transdiagnóstico presente em diversas perturbações que o mesmo contribui para a manutenção dessa perturbação teoricamente explicado, ao contrario dos processos mecanisticamente transdiagnósticos que são vistos como funcionalmente centrais no desenvolvimento e manutenção de sintomas (González Pando et al., 2018; Krueger & Eaton, 2015).

As dificuldades na regulação emocional encontram-se inseridas nos processos mecanisticamente transdiagnósticos, pois são consideradas um construto transdiagnostico em vários quadros clínicos, isto é, um processo cognitivo que contribui para o desenvolvimento e agravamento de diversos sintomas (Sloan et al., 2017). Consequentemente, se estas dificuldades de regulação emocional diminuíssem após um tratamento eficaz, isso seria notório em diferentes psicopatologias.

## **Regulação emocional**

Experiências como conduzir, realizar testes de avaliação e participar em entrevistas de emprego pedem flexibilidade e capacidade para lidar com emoções que podem ser consideradas desconfortáveis muitas das vezes. Os indivíduos que não apresentam estas capacidades e esta flexibilidade a nível da regulação emocional podem experimentar emoções mais exageradas e perseverantes, que os iram prejudicar e atrasar ao longo da sua vida (Brockman et al., 2017).

A regulação emocional é a capacidade de gerir e responder a uma resposta emocional da maneira mais adequada consoante a situação, mantendo, aumentando ou diminuindo essa resposta, e influenciando quais as emoções que temos, quando aparecem e como são vividas, integrando os sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas que as constituem (Gross, 2002). Esta é ainda a capacidade de compreender e aceitar essa resposta de maneira a utilizar estratégias positivas de evitar/controlar as emoções, emoções essas tanto negativas como positivas, quando necessário. As pessoas utilizam de

maneira inconsciente estratégias de regulação emocional de maneira a combater experiências emocionais difíceis que acontecem muitas vezes no seu cotidiano, sendo a maioria das pessoas capaz de aplicar essas estratégias em diferentes situações, situações estas que geram emoções negativas ou positivas mais intensa, com o intuito de se conseguirem adaptar ao meio envolvente (McRae & Gross, 2020:120).

A regulação emocional divide-se em dois tipos, explícita e implícita, sendo a primeira explicada como os processos que solicitam esforço consciente para iniciarem e alguma monitorização durante a sua utilização, estando assim ligados a um certo nível de insight e consciência (e.g. querer ficar mais feliz, temos consciência disso e parte de nós) (Gyurak et al., 2011). Por outro lado, a segunda, abrange processos que se iniciam automaticamente pelo próprio estímulo e que ocorrem sem controlo, podendo suceder sem consciência do indivíduo (e.g. ser surpreendido por alguma coisa ou alguém, é um processo que não conseguimos controlar e que é ativado inconscientemente) (Gyurak et al., 2011).

A regulação emocional é vista como um processo essencial para a saúde mental, pois as dificuldades na regulação emocional estão presentes numa grande parte das condições psicopatológicas, identificando-se como um traço central num funcionamento não adaptativo, e estas têm sido associadas a sintomas de ansiedade (Suveg, 2004), problemas de comportamento (Herts et al., 2012), depressão (Hughes et al., 2011; Joormann & Stanton, 2016), perturbações alimentares (Sim & Zeman, 2005) e a muitas outras perturbações (Berking & Wupperman, 2012).

## **Desregulação emocional**

Podemos dizer que é a incapacidade de gerir a intensidade e duração das emoções. Esta não é a ausência de regulação, mas uma regulação que não está a funcionar de modo funcional, podendo dizer que o contexto em questão serve de referência para determinar se existe essa tal desregulação emocional. Ou seja, a dificuldade em ajustar a situação e a expressão emocional, como resposta aos requisitos do contexto e ao controlo da ativação emocional na organização da qualidade dos pensamentos (ações e interações), fazem parte da desregulação emocional (Cole et al., 2019; Thompson, 2019).

É importante distinguir desregulação emocional e dificuldades na regulação emocional. Na primeira existem estratégias de regulação que são aplicadas da maneira

errada (maneira não adaptativa) e de acordo com objetivos desadequados, na segunda essas estratégias não existem ou estão enfraquecidas (Dubé et al., 2020). Entre as dificuldades de regulação emocional encontram-se 1) a falta de consciência emocional (*Consciência*; “estou atento aos meus sentimentos”, “sinto-me bem comigo”); 2) falta de clareza emocional (*Clareza*; “Não consigo dar sentido ao que sinto”); 3) dificuldades em regular o comportamento quando está stressado (*Impulso*; “Não me controlo quando estou stressado”); 4) não conseguir aceitar certas respostas emocionais (*Não Aceitação*; “Quando estou stressado, fico com raiva de mim mesmo”); 5) dificuldades em envolver-se em comportamentos direcionados a objetivos quando stressado (*Objetivos*; “Quando estou stressado, tenho dificuldade em trabalhar”); e 6) escassez de estratégias para sentir-se melhor quando stressado (*Estratégias*; “Quando estou stressado, acho que não posso fazer nada para me sentir melhor”).

A desregulação emocional pode ocorrer através de falhas na regulação emocional (falta de regulação emocional) ou através de uma tentativa de regulação emocional desadequada ao contexto em questão, o que pode ser prejudicial não só para o indivíduo que não se consegue regular de maneira adaptativa como também para os que o rodeiam. Por exemplo, quando existem falhas na regulação emocional durante situações de conflito interpessoal podem ser desencadeadas tentativas descontroladas e repentinas de maneira a recuperar o controlo, que se podem manifestar através de agressões físicas ou psicológicas direcionadas a outras pessoas, para além disso, indivíduos com dificuldades em regular emoções fortes apresentam uma maior tendência para desenvolver comportamentos de risco (Scott et al., 2014). Segundo Gross (2013), existem três fatores principais implícitos na desregulação emocional, sendo estes, a reduzida consciência em relação as emoções e o contexto, ausência de definição de objetivos a curto e longo prazo, e seleção e aplicação ineficaz de estratégias de regulação emocional.

Indivíduos que apresentam dificuldades na regulação emocional estão associados a um menor bem-estar sexual, referindo uma menor satisfação sexual, frequência sexual e funcionamento sexual (Tutino, Ouitmet & Shaughnessy, 2017). Para além disso indivíduos que apresentam mais dificuldades em identificar e comunicar o que estão a sentir (*Consciência* e *Clareza*) tendem a referir mais problemas sexuais quando comparados com os que o conseguem fazer com maior eficácia (Ciocca et al., 2013), pois este comportamento pode interferir com a criação da conexão emocional com o parceiro, o que nas mulheres é associado a menor desejo e satisfação sexual (Rosen & Bergeron,

2019). É importante ainda referir que mulheres com desejo sexual e excitação clinicamente reduzida, relatam maior dificuldade no que toca a regulação emocional (Sarin, Amsel & Binik, 2016).

Desta maneira, a consciência e clareza emocional, são consideradas benéficas para o bem-estar sexual. Por exemplo, a atenção plena que está associada a várias capacidades de regulação emocional, como a clareza e a consciência emocional, a tolerância ao sofrimento e a flexibilidade regulatória (*Estratégias*)(Roemer et al., 2015). É considerada positiva no que toca a satisfação sexual, ao desejo sexual e está ligada a níveis de distress sexual mais reduzidos, tanto em amostras clínicas (Déziel et al., 2018) como na comunidade (Dosch et al., 2016; Newcombe & Weaver, 2016).

Ao nível da área sexual é possível observar que indivíduos que apresentam dificuldades na regulação emocional demonstram desafios ao nível da regulação da impulsividade e um maior envolvimento em comportamentos potencialmente perigosos, incluindo comportamentos sexuais com risco para a saúde (Rahm-Knigge et al., 2021). No que toca ao nível de satisfação sexual, as dificuldades de regulação emocional nos homens estão ligadas a um aumento do comportamento sexual solitário e a diminuição do comportamento sexual com um parceiro, enquanto nas mulheres, tende a não existir nenhum comportamento sexual, nem solitário, nem com um parceiro, se estas apresentarem dificuldades emocionais. Tanto os homens como as mulheres que apresentam dificuldades emocionais dizem ter uma menor satisfação sexual (Dosch et al., 2016).

Resumindo, mais dificuldades na regulação emocional estão relacionadas a uma menor satisfação no relacionamento e a um maior distress sexual em indivíduos que lidam com um desejo sexual clinicamente baixo (Dubé et al., 2019). Para além disso podemos dizer que nas mulheres os processos que estão relacionados com a regulação eficiente de emoções negativas (como a consciência emocional, identificação e compreensão das emoções) estão positivamente associados com a sua saúde e bem-estar sexual. E por último, segundo Fischer et al. (2022), habilidades de regulação emocional mais reduzidas, com uma recorrência maior ao uso de estratégias de regulação emocional menos adaptativas (como por exemplo, supressão emocional) estão transversalmente ligados a um maior nível de distress sexual, apresentado ainda piores funcionamentos sexuais e satisfação sexual em ambos os sexos.

## **Distress sexual**

O distress sexual é definido pela presença de desconforto ou mal-estar emocional perante as atividades sexuais do indivíduo ou sexualidade do mesmo, resultando numa rutura do equilíbrio emocional da pessoa que o experiência (Santos-Iglesias et al., 2018). Para ser diagnosticada (DSM-5) uma disfunção sexual é necessário que exista a presença de dificuldades com a função sexual (por exemplo, dificuldades na ereção ou em sentir orgasmo), mas é crucial que exista mau estar clinicamente significativo, ou seja distress sexual, sendo este, uma das características centrais das disfunções sexuais. Ou seja, o distress sexual é um critério necessário no diagnóstico de disfunções sexuais masculinas e femininas (American Psychiatric Association, 2014).

O distress sexual, emerge maioritariamente no contexto de atividades sexuais com outras pessoas, é um aspeto central da experiência sexual negativa e vai diminuindo com a idade e com a duração da relação (Stephenson & Meston, 2010). Existe uma grande comorbidade entre as disfunções sexuais e as perturbações depressivas e ansiosas entre homens (Rajkumar & Kumaran, 2015) e mulheres (Burri & Spector, 2011), com a existência de algumas evidências que sugerem que perturbações de ansiedade e humor podem anteceder ao desenvolvimento de disfunções sexuais (Khandker et al., 2011) Apesar de ser determinante para o diagnóstico das disfunções sexuais não existe uma associação forte entre a função sexual e o distress sexual (Meana, 2010), o que indica que para efeitos de compreensão e intervenção no quadro clínico é importante evidenciar quais os principais correlatos do distress sexual.

Contudo há uma ausência de modelos teóricos e estudos empíricos que ajudem a guiar a intervenção clínica, sendo que aquilo que podemos observar nesses estudos é que as interações entre pessoas (usualmente um casal) pode determinar se alguém com dificuldades sexuais experiência distress sexual. Por exemplo a discrepância no desejo sexual entre parceiros pode resultar em distress sexual (Marieke et al., 2020), ou seja é a componente interpessoal que é determinante para o estabelecimento da experiência de distress. A título de exemplo, podemos observar que em mulheres com um nível reduzido de desejo sexual, o fator preditor mais acentuado de distress sexual foi ter um parceiro atual (Rosen et al., 2009). Em conjunto estes resultados fazem pensar que o distress sexual é uma experiência emocional negativa que é determinada pelo contexto interpessoal,

nomeadamente a existência de uma relação, mas também por processos cognitivos individuais.

Como já referido em cima, o distress sexual refere-se ao sofrimento emocional associado a uma experiência sexual. Tendo por base a abordagem transdiagnóstica, com base nos fatores transdiagnósticos (dificuldades na regulação emocional) há uma grande associação dos níveis elevados de sofrimento emocional referentes a problemas de saúde como ansiedade e depressão, pois da mesma maneira que estes fatores estão ligados ao distress emocional também podem estar ligados ao distress sexual (Pascoal et al., 2020) uma vez que há forte comorbilidade entre disfunções sexuais e perturbações emocionais. Dessa maneira, pretendemos com este trabalho focar-nos nas dificuldades de regulação emocional, de maneira a perceber se estas estão associadas ao distress sexual, com o objetivo de responder à questão de investigação: “As dificuldades de regulação emocional estão associadas ao distress sexual?”

## **Objetivo**

Este estudo tem como objetivo solucionar à questão de investigação “As dificuldades de regulação emocional estão associadas ao distress sexual?”, de uma forma geral tentar compreender o efeito dos processos transdiagnósticos (dificuldades na regulação emocional) no distress sexual.

Tentando assim:

- 1) Perceber se as dificuldades de regulação emocional estão associadas ao distress sexual em pessoas que consideram ou não ter um problema sexual;
- 2) Testar se as dificuldades de regulação emocional são preditoras do distress sexual em pessoas que consideram ou não ter um problema sexual;
- 3) Verificar se a perceção de problemas sexuais modera a relação entre as dificuldades de regulação emocional e o distress sexual.

Hipóteses formuladas:

H1: Quanto maiores forem as dificuldades na regulação emocional mais altos serão os níveis do distress sexual em ambos os grupos, estando assim positivamente correlacionados.

H2: As dificuldades de regulação emocional são preditoras do distress sexual em ambos os grupos (pessoas que consideram ou não ter um problema sexual).

H3: A percepção de problemas sexuais modera a relação entre as dificuldades de regulação emocional e o distress sexual.

## Método

### Participantes

Este estudo contou com a participação de 339 indivíduos que se encontram numa relação diádica exclusiva há pelo menos 6 meses, com idades percebidas entre os 18 e os 56 anos ( $M=30.41$ ;  $DP=6.83$ ), sendo que a análise irá ser realizada através de duas sub-amostras, estas são “quem considera ter problemas sexuais” (sub-amostra 1) que é constituída por 99 participantes com idades compreendidas entre os 19 e os 49 ( $M= 38.35$ ;  $DP= 8.47$ ) (Tab.1), a outra sub-amostra é composta por “quem não considera ter problemas sexuais” (sub-amostra 2), onde estão incluídos só indivíduos que unicamente não apresentam problemas sexuais, esta é composta por 240 participantes com idades percebidas entre os 18 e os 56 ( $M= 35.88$ ;  $DP= 8.82$ ) (Tab.2).

*Tabela 1 Variáveis sociodemográficas para N=99 (sub-amostra 1)*

Características	<i>n</i> (%)
<i>Género</i>	
Homem	24 (24.2%)
Mulher	75 (75.8%)
<i>Orientação Sexual</i>	
Heterossexual	92 (92.9%)
Bissexual	5 (5.1%)
Queer	2 (2.0%)
<i>Grau de formação</i>	
12ºano ou equivalente	23 (23.2%)
Licenciatura	39 (39.4%)
Mestrado	27 (36.9%)
Doutoramento	3 (3.0%)



	Outra	7 (7.1%)
<i>Área de residência</i>		
	Centro de área urbana	48 (48.5%)
	Periferia de um centro urbano	42 (42.4%)
	Centro urbanizado de uma zona rural	4 (4.0%)
	Zona rural junto a um centro urbano	1 (1.0%)
	Zona rural com muita densidade populacional	2 (2.0%)
	Zona rural com pouca população	2 (2.0%)
<i>Estatuto da relação</i>		
	União de facto/coabitação	39 (39.4%)
	Casamento	30 (30.3%)
	Namoro	25 (25.3%)
	Outro	5 (5.1%)

Note: \*= $p < 0.05$ ; \*\*= $P < 0.01$ .

Tabela 2 Variáveis sociodemográficas para N=240 (sub-amostra 2)

<i>Características</i>	<i>n (%)</i>
<i>Género</i>	
Homem	28 (11.7%)
Mulher	208 (86.7%)
Pessoa não-binário	4 (1.7%)
<i>Orientação Sexual</i>	
Heterossexual	221 (92.1%)
Gay	1 (0.4%)
Lésbica	2 (0.8%)
Bissexual	10 (4.2%)
Queer	4 (1.7%)
Outra	2 (0.8%)
<i>Grau de formação</i>	
9ºano ou equivalente	1 (0.4%)
12ºano ou equivalente	66 (27.5%)
Licenciatura	82 (34.2%)
Mestrado	82 (34.2%)
Doutoramento	2 (0.8%)
Outra	7 (2.9%)
<i>Área de residência</i>	
Centro de área urbana	88 (36.7%)
Periferia de um centro urbano	92 (38.3%)
Centro urbanizado de uma zona rural	12 (5.0%)
Zona rural junto a um centro urbano	23 (9.6%)
Zona rural com muita densidade populacional	7 (2.9%)
Zona rural com pouca população	18 (7.5%)
<i>Estatuto da relação</i>	

---

União de facto/coabitação	87 (36.3%)
Casamento	95 (39.6%)
Namoro	55 (22.9%)
Outro	3 (1.3%)

---

Note: \*= $p.<05$ ; \*\*= $P.<01$ .

## **Procedimento**

O estudo faz parte de um projeto mais vasto aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica (CEDIC) da Escola de Psicologia e Ciências da Vida (EPCV) da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT).

Após essa etapa foi implementado online através do software *Qualtrics* e divulgado em redes sociais pela equipa de investigação desencadeando um efeito de bola-de-neve. O estudo foi ainda testado previamente para verificar a clareza das instruções e da linguagem até se ter atingido uma versão final do mesmo.

De maneira a ser obtida uma larga banda de respostas o estudo foi divulgado através de plataformas e redes sociais, sendo desta maneira utilizado um método não probabilístico para recolha da amostra do tipo bola de neve (pedir aos participantes para responder e partilhar, para recrutar mais participantes). Depois dos participantes lerem e aceitarem o consentimento informado (objetivos do estudo, contacto do investigador, informações sobre confidencialidade, etc.), e verificarem se cumpriam ou não os critérios necessários para a participação no estudo, sendo estes: compreender a língua portuguesa, ter idade igual ou superior a 18 anos, encontrar-se numa relação monogâmica há pelo menos 6 meses e ter atividade sexual com a pessoa com quem está numa relação. Para participar era necessário aceder ao protocolo e ler o consentimento informado acedendo depois ao questionário que continha as perguntas acerca dos dados sociodemográficos e as escalas aplicadas no estudo. Os dados foram exportados automaticamente a partir daí para uma base de dados (SPSS), estando o acesso a esses dados restrito ao orientador, aos investigadores e aos coorientadores.

## **Medidas**

Questionário Sócio Demográfico: Os participantes preencheram um questionário que tinha o intuito de obter informações demográficas, entre elas, idade, gênero, orientação sexual, nível de escolaridade, zona de residência, estatuto relacional e anos de relacionamento.

Sexual Distress Scale-Revised (SDS-R)(Tavares et al., 2022): Esta escala foi construída através da FSDS-R que foi concebida inicialmente para calcular o sofrimento sexual feminino, acabando igualmente por se demonstrar confiável para calcular o sofrimento sexual masculino, o que levou a estudos que tinham como intuito o desenvolvimento da SDS-R, escala essa que é constituída por um total de 13 itens, em que esses são respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, de 0 a 4 pontos (0 “nada”, 1 “um pouco”, 2 “moderadamente”, 3 “bastante” e, 4 “extremamente”), com pontuações mais altas a indicar maior distress sexual, e apresentando um ponto de corte igual ou superior a 19. No presente estudo, a escala SDS-R apresenta um alfa de Cronbach de .91.

Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form [DERS-SF] (Kaufman et al., 2016): Esta escala é constituída por 18 itens que se dividem em seis subescalas: 1) Estratégias; 2) Não Aceitação; 3) Impulso; 4) Metas; 5) Consciencialização e 6) Clareza, sendo que cada uma destas subescalas possui três itens, que são respondidos através de uma escala tipo Likert de cinco pontos que varia de 1 (“quase nunca”) a 5 (“quase sempre”). As pontuações das subescalas consistem na média dos itens, visto que, pontuações mais altas indicam uma maior dificuldade na regulação de emoções. É importante ainda referir que os itens da subescala consciência são contados inversamente. E os itens da versão abreviada em português da DERS foram extraídos da escala portuguesa de 36 itens (Coutinho et al., 2010). No presente estudo foram verificados os seguintes alfas de cronbach para cada subescala Estratégias .75, Não Aceitação .80, Impulso .86, Objetivos .90, Consciencia .70 e Clareza .84. Visto que todos os alfas de Cronbach são superiores a .70 podemos concluir que apresenta uma boa consistência interna.

## **Preparação dos dados e análise estatística**

Após a recolha de dados, estes foram exportados para a base de dados SPSS, onde foi verificado se havia à existência de dados que levassem à exclusão de participantes,

após essa verificação procedeu-se há exclusão de dois participantes devido à existência de dados que não estavam corretos (i.e., idade= 99, respostas aos questionários todas iguais a 1), depois de verificamos essa parte procedemos à análise da consistência interna, verificamos a média, os mínimos e os máximos, o desvio-padrão e por ultimo a kurtose e a assimetria dos instrumentos, com esta análise foi possível verificar que estava tudo dentro dos pressupostos e que dessa maneira podíamos prosseguir com a análise.

Para prosseguimos com a análise achamos necessário criar duas variáveis que seriam alusivas as duas sub-amostras “com percepção de problemas sexuais” e “sem percepção de problemas sexuais”, através dos dados recolhidos acerca do item da percepção de problemas sexuais, todos os procedimentos estatísticos foram realizados com o IBM SPSS (versão 28.0.0.0) com um nível de significância de 5% ( $p < 0.05$ ), seguindo os critérios de Cohen para interpretar o tamanho de efeito encontrado.

Para a primeira hipótese (H1) foram testadas as correlações de Pearson para cada grupo (“com percepção de problemas sexuais” e “sem percepção de problemas sexuais”), para a segunda hipótese (H2) foi utilizada uma regressão linear para testar o poder preditivo das dificuldades de regulação emocional no distress sexual em ambos os grupos também, por ultimo na terceira hipótese (H3) testou-se a moderação da percepção dos problemas sexuais entre as dificuldades de regulação emocional e o distress sexual.

Para está última, é preciso ter em atenção aos seguintes pressupostos: 1) a relação entre a variável independente (dificuldades na regulação emocional) e a variável dependente (distress sexual) é diferente em diferentes pontos da variável moderadora (percepção de problemas sexuais); e 2) a relação entre a variável dependente e a variável moderadora é linear em cada ponto da variável moderadora. (Jose 2013)

## **Resultados**

### **Análise de correlações**

As análises das correlações entre as variáveis de interesse demonstraram que em ambas as amostras existem efeitos estatisticamente significativos, apesar desse efeito não

se verificar em todas as subescalas da medida (DERS-SF), e existindo algumas diferenças nas subescalas afetadas consoante a sub-amostra em estudo.

Ao analisar os efeitos é possível verificar que em indivíduos com perceção de problemas sexuais as subescalas Estratégias, Não Aceitação e Objetivos estão positivamente correlacionadas com o distress sexual, enquanto que as subescalas Impulso, Clareza e Consciência não apresentam essa correlação (Tabela 3), por outro lado em indivíduos sem perceção de problemas sexuais para além das subescalas Estratégias, Não Aceitação e Objetivos estarem positivamente correlacionadas com o distress sexual, as subescalas Impulso e Consciência também se encontram positivamente correlacionada, sendo que a única que não apresenta essa correlação é a subescala da Clareza (Tabela 4).

*Tabela 3 (Sub-amostra 1 - Indivíduos com perceção de problemas sexuais)*

<b>Correlações</b>							
	DERS_Total	Estratégias	Não Aceitação	Impulso	Objetivos	Consciência	Clareza
SDS_SV	.35**	.40**	.25*	.10	.25*	.06	.12

Note: \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).  
SDS\_SV = Sexual Distress Scale-Revised

*Tabela 4 (Sub-amostra 2 - Indivíduos sem perceção de problemas sexuais)*

<b>Correlações</b>							
	DERS_Total	Estratégias	Não Aceitação	Impulso	Objetivos	Consciência	Clareza
SDS_SV	.31**	.37**	.27**	.24**	.13*	.27**	.01

Note: \*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).  
SDS\_SV = Sexual Distress Scale-Revised

## **Regressão Linear**

Ao fazermos uma regressão linear de maneira a testar o poder preditivo das dificuldades de regulação emocional no distress sexual em ambos os grupos (com e sem percepção de problemas sexuais), conseguimos perceber que na sub-amostra 1 (com percepção de problemas sexuais) a subescala Estratégias é preditora do distress sexual, explicando 15% do distress sexual para as pessoas que têm percepção de ter um problema sexual (Tabela 5), enquanto na sub-amostra 2 para além da subescala Estratégias ser preditora do distress sexual, a subescala da Consciência também é preditora do distress sexual, em conjunto estas duas variáveis explicam 17% do distress sexual para pessoas que não têm percepção de ter um problema sexual (Tabela 6).

Tabela 5 (*Sub-amostra 1 - Individuos com percepção de problemas sexuais*)

Variável Dependente		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics
	R2	Beta			Tolerance
<i>Distress sexual</i>					
Estratégias	.15	.40	4.34	.001	1.00
					VIF
					1.00

Tabela 6 (*Sub-amostra 2 - - Individuos sem percepção de problemas sexuais*)

Variável Dependente		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics
	R2	Beta			Tolerance
<i>Distress sexual</i>					
Estratégias	.13	.33	5.54	.001	.97
Consciência	.17	.21	3.47	.001	.97
					VIF
					1.03
					1.03

## Moderação

Ao testarmos o poder moderador da percepção de problemas entre as dificuldades de regulação emocional e o distress sexual, verificamos que essa moderação é significativa, ou seja, a percepção de problemas intensifica a relação entre as dificuldades da regulação emocional e o distress sexual (Tabela 7).. O mesmo não acontece na sub-amostra 2 que se refere aos participantes que não tem problemas sexuais, onde não é possível fazer a moderação uma vez que a associação não é significativa.

*Tabela 7 Moderação da relação entre as dificuldades de regulação emocional e o distress sexual (amostra total N=339)*

### Coeficientes

Model		Unstandardized	Standard Error	Standardized	t	p
H <sub>1</sub>	Problema_Sexual	6.783	0.990	0.872	6.851	< .001
	DEFRS_TUDO	1.228	0.084	1.176	14.601	< .001
	Problema_Sexual * DEFRS_TUDO	-0.226	0.037	-1.237	-6.171	< .001

## Discussão

Através de uma abordagem transdiagnóstica, e tendo por base a literatura disponível, selecionou-se no presente estudo exploratório, as dificuldades de regulação emocional enquanto fator transdiagnóstico e testou-se o seu efeito no distress sexual numa amostra da comunidade, tendo como variável moderadora a percepção de problemas sexuais.

O estudo foi desenvolvido com uma amostra majoritariamente urbana, com uma educação superior e do sexo feminino, que se encontra numa relação diádica a pelo menos seis meses, de maneira a identificar esses efeitos a amostra total foi dividida em duas sub-amostras: 1) Indivíduos que consideram ter problemas sexuais e 2) Indivíduos que não

consideram ter problemas sexuais. Os resultados obtidos vão parcialmente de encontro ao que se esperava. Em relação aos dados da distribuição das variáveis, podemos verificar que temos um maior número de participantes na sub-amostra 2 (n=240) do que na sub-amostra 1 (n=99).

No que diz respeito às associações entre as variáveis de interesse, salienta-se que existe uma associação positiva entre o distress sexual e as dimensões Estratégias, Não Aceitação e Objetivos das dificuldades de regulação emocional em indivíduos que tem percepção de ter problemas sexuais (sub-amostra 1), por outro lado em indivíduos sem percepção de ter problemas sexuais (sub-amostra 2) para além das subescalas Estratégias, Não Aceitação e Objetivos estarem positivamente correlacionadas com o distress sexual, as subescalas Impulso e Consciência também se encontram positivamente correlacionada, sendo que a única que não apresenta essa correlação é a subescala da Clareza. Estes resultados vão ao encontro de alguns estudos referidos anteriormente, tais como, o estudo de Fischer et al., (2022), onde é dito que a utilização de estratégias de regulação emocional menos adaptativas está transversalmente ligada à um nível maior de distress sexual, o que pode ser verificado em ambas as sub-amostras, pois ambas apresentam associações positivas entre o distress sexual e a dimensão Estratégias das dificuldades de regulação emocional. A associação positiva entre o distress sexual e a dimensão Consciência também vai ao encontro do estudo de Ciocca et al., (2013), onde é referido que o distress sexual está ligado a uma maior dificuldade no indivíduo em identificar e comunicar o que está a sentir o que também pode ser visto em indivíduos que não tem percepção de ter problemas sexuais (sub-amostra 2), principalmente.

Estes resultados acabam por mostrar que as dificuldades de regulação emocional estão associadas tanto ao distress sexual como ao prazer/satisfação sexual, confirmando parcialmente a nossa Hipótese 1.

Em relação a regressão linear que foi utilizada para testar o poder preditivo das dificuldades de regulação emocional no distress sexual em ambas as sub-amostras (H2), foi verificado que a subescala das Estratégias é preditora do distress sexual, sendo que nas pessoas que não tem percepção de problemas sexuais para além da subescala Estratégias, a escala Consciência também é preditora do distress sexual. Estes resultados vão mais uma vez ao encontro de Fischer et al., (2022), que indivíduos que possuem estratégias de regulação emocional mais enfraquecidas possuem um maior nível de distress sexual, sendo estas um preditor significativo e negativo do funcionamento sexual.



Para além disso, também vai mais uma vez de encontro ao estudo de Ciocca et al., (2013), pois para indivíduos que não tem perceção de ter problemas sexuais a dimensão Consciência é aqui preditora do distress sexual, o que pode vir do facto destes indivíduos não conseguirem identificar e comunicar o que estão a sentir.

Por último, em relação a moderação que foi feita com o objetivo de verificar se indivíduos que têm perceção de problemas sexuais experienciam altos níveis de distress sexual (H3), através da análise que foi realizada é possível confirmar que a perceção de problemas sexuais é moderadora da relação entre o distress sexual e as dificuldades de regulação emocional em indivíduos que têm perceção de problemas sexuais. A disfunção sexual integra um conjunto de problemas da função sexual, apresentando como característica central o distress sexual, segundo a abordagem transdiagnóstica, fatores transdiagnósticos estão por norma ligados a níveis mais elevados de distress emocional, assim sendo é possível que esses fatores também estejam associados ao distress sexual (Pascoal et al., 2020).

Após efetuar a moderação foi possível perceber que a perceção de problemas sexuais (variável moderadora), aumenta a relação entre o distress sexual e as dificuldades de regulação emocional, da mesma maneira que Sloan et al., (2017) e Pascoal et al., (2020) referiram nos seus estudos; para além de estarem ligados as diversas comorbilidades associadas as disfunções sexuais, os fatores transdiagnósticos também estão ligados ao distress sexual no que toca ao funcionamento sexual. Estes resultados vão ainda ao encontro dos estudos de Fischer et al., (2022) e Ciocca et al., (2013), que nos dizem que as dificuldades na regulação emocional em indivíduos com problemas sexuais são mais acentuadas do que em indivíduos sem problemas sexuais, principalmente no que toca as dimensões da Consciência e das Estratégias, o que contribui para maiores níveis de distress sexual.

Resumindo, os resultados parecem indicar a validade da utilização de uma abordagem transdiagnóstica para atuar e prevenir o distress sexual, contribuindo ainda para expandir o conhecimento acerca dessa temática, revelando que pessoas com problemas auto-identificados apresentam um padrão diferente, das que não apresentam ou não têm perceção de ter um problema sexual.

## **Conclusão e limitações do estudo**

No que toca as limitações, algumas delas são comuns a maioria dos estudos de investigação sobre sexo (tamanho da amostra, auto-seleção dos participantes). Em relação a amostra do presente estudo, esta foi composta maioritariamente por participantes do sexo feminino com um nível de escolaridade alto, vivendo maioritariamente em áreas urbanas e suburbanas. Posto isto, os resultados do estudo devem ser interpretados com cautela, tendo em conta esses fatores.

Outra limitação do presente estudo é a ausência de uma amostra clínica, de maneira a esclarecer as associações encontradas e conseguir aumentar o significado clínico do estudo. Apesar disto, este é um estudo importante, devido a falta de estudos nesta área.

Concluindo, o estudo, tirando as limitações existentes, demonstra a importância e a necessidade de serem realizados mais estudos que explorem o papel dos processos transdiagnósticos e o seu impacto na sexualidade, mais concretamente, no distress sexual. É possível que as dificuldades na regulação emocional, enquanto processo transdiagnóstico na base de diversas perturbações (perturbações ansiosas, depressão), esteja igualmente na base de perturbações sexuais. Para que isso seja confirmado é fundamental que estudos futuros utilizem amostras clínicas, ou subclínicas, que permitam fazer uma avaliação mais profunda em relação ao impacto das variáveis utilizadas e o papel moderador da perceção de problemas sexuais nas eventuais associações encontradas.

## **Referências Bibliográficas**

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª ed.). Climepsi.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128–134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>

- Brockman, R., Ciarrochi, J., Parker, P., & Kashdan, T. (2017). Emotion regulation strategies in daily life: Mindfulness, cognitive reappraisal and emotion suppression. *Cognitive Behaviour Therapy*, *46*(2), 91–113.  
<https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1218926>
- Cole, P. M., Ramsook, K. A., & Ram, N. (2019). Emotion dysregulation as a dynamic process. *Development and Psychopathology*, *31*(3), 1191–1201.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579419000695>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, *37*(4), 145–151.  
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (20200217). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *88*(3), 179.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Déziel, J., Godbout, N., & Hébert, M. (2018). Anxiety, dispositional mindfulness, and sexual desire in men consulting in clinical sexology: A mediational model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *44*(5), 513–520.  
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405308>
- Dosch, A., Rochat, L., Ghisletta, P., Favez, N., & Van der Linden, M. (2016). Psychological factors involved in sexual desire, sexual activity, and sexual satisfaction: A Multi-factorial Perspective. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(8), 2029–2045. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0467-z>

- Dubé, J. P., Corsini-Munt, S., Muise, A., & Rosen, N. O. (2019). Emotion regulation in couples affected by female sexual interest/arousal disorder. *Archives of Sexual Behavior, 48*(8), 2491–2506. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01465-4>
- Dubé, J. P., Dawson, S. J., & Rosen, N. O. (2020). Emotion regulation and sexual well-being among women: Current status and future directions. *Current Sexual Health Reports, 12*(3), 143–152. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00261-9>
- Eaton, N. R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N., & Krueger, R. F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*(2), 171–182. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1001-2>
- Fischer, V. J., Andersson, G., Billieux, J., & Vögele, C. (2022). The relationship between emotion regulation and sexual function and satisfaction: A scoping review. *Sexual Medicine Reviews, 10*(2), 195–208. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.11.004>
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., Aparicio Basauri, V., González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., & Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: Origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38*(133), 145–166. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition & emotion, 25*(3), 400–412. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.544160>

- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical psychology review, 31*(2), 225–235. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.003>
- Herts, K. L., McLaughlin, K. A., & Hatzenbuehler, M. L. (2012). Emotion dysregulation as a mechanism linking stress exposure to adolescent aggressive behavior. *Journal of abnormal child psychology, 40*(7), 1111–1122. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9629-4>
- Hughes, E. K., Gullone, E., & Watson, S. D. (2011). Emotional functioning in children and adolescents with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 33*(3), 335–345. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9220-2>
- Joormann, J., & Stanton, C. H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy, 86*, 35–49. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.007>
- Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2016). The difficulties in emotion regulation scale short form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 38*(3), 443–455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry, 14*(1), 27–29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- Marieke, D., Joana, C., Giovanni, C., Erika, L., Patricia, P., Yacov, R., & Aleksandar, Š. (2020). Sexual desire discrepancy: A position statement of the european society for sexual medicine. *Sexual Medicine, 8*(2), 121–131. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.02.008>

- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion, 20*(1), 1.  
<https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Meana, M. (2010). Elucidating women's (hetero)sexual desire: Definitional challenges and content expansion. *Journal of Sex Research, 47*(2–3), 104–122.  
<https://doi.org/10.1080/00224490903402546>
- Newcombe, B. C., & Weaver, A. D. (2016). Mindfulness, cognitive distraction, and sexual well-being in women. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 25*(2), 99–108. <https://doi.org/10.3138/cjhs.252-A3>
- Pascoal, P. M., Raposo, C. F., & Roberto, M. S. (2020). A Transdiagnostic approach to sexual distress and sexual pleasure: A preliminary mediation study with repetitive negative thinking. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(21), Artigo 21. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217864>
- Rahm-Knigge, R. L., Prince, M. A., & Conner, B. T. (2021). More likely to have risky sex but less sexually satisfied: A profile of high social interaction anxiety, urgency, and emotion dysregulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 43*(4), 890–903. <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09889-w>
- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology, 3*, 52–57.  
<https://doi.org/10.1016/j.copsy.2015.02.006>
- Santos-Iglesias, P., Mohamed, B., & Walker, L. M. (2018). A Systematic review of sexual distress measures. *The Journal of Sexual Medicine, 15*(5), 625–644.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.020>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment

- development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128–138.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Scott, L. N., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2014). Prospective associations between features of borderline personality disorder, emotion dysregulation, and aggression. *Personality disorders*, 5(3), 278–288.  
<https://doi.org/10.1037/per0000070>
- Sim, L., & Zeman, J. (2005). Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *The Journal of Early Adolescence*, 25(4), 478–496. <https://doi.org/10.1177/0272431605279838>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 57, 141–163.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2010). When are sexual difficulties distressing for women? The selective protective value of intimate relationships. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(11), 3683–3694. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01958.x>
- Suveg, C. M. (sem data). *Emotion management in children with anxiety disorders: A focus on the role of emotion-related socialization processes*.
- Tavares, I. M., Santos-Iglesias, P., & Nobre, P. J. (2022). Psychometric validation of the sexual distress scale in male and female portuguese samples. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(5), 834–845. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.02.026>

Thompson, R. A. (2019). Emotion dysregulation: A theme in search of definition.

*Development and Psychopathology*, 31(3), 805–815.

<https://doi.org/10.1017/S0954579419000282>