

*Frequência e intensidade de  
intrusões de tipo obsessivo na população  
não clínica*

**Carla Maria da Costa Franco**

Dissertação para obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Antónia Maria Jimenez Ros

Faro

2015

*Frequência e intensidade de  
intrusões de tipo obsessivo na população  
não clínica*

Mestrado em Psicologia Clínica

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Antónia Maria Jimenez Ros

Orientanda: Carla Maria da Costa Franco

Faro

2015

### **Declaração de autoria de trabalho:**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

---

Copyright © 2015 por Carla Maria da Costa Franco. Universidade do Algarve.  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.



## AGRADECIMENTOS

“Aquele que não luta pelo futuro que quer, deve de aceitar o futuro que vier.”

*Hélio Rodrigues*

Este espaço é dedicado a todos aqueles que deram a sua contribuição para que esta dissertação fosse realizada. A todos eles aqui deixo o meu agradecimento sincero.

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida, a minha família, em especial à minha irmã que tem sido um grande apoio e incentivo. A ela um muito obrigada!

Agradeço também à minha orientadora de dissertação, Prof<sup>a</sup>. Doutora Antónia Ros pela disponibilidade, colaboração, compreensão e apoio ao longo de todo o percurso.

Reconheço aqui o valor dos conhecimentos transmitidos pelos professores que me acompanharam ao longo dos dois ciclos de estudos. Com estes aprendi, cresci, e evoluí.

Asseguro a importância dos colegas de curso que se mostraram disponíveis e com quem partilhei dúvidas, saberes e aprendizagens!

Porque em muitos momentos abdiquei de estar com os amigos, em prol deste projeto, e eles tiveram sempre uma palavra encorajadora, a eles, que sabem quem são, um muito obrigada!

Tenho a agradecer também à minha equipa de trabalho: equipa educativa, técnica e diretiva do C.A.S.L.A.S, bem como às crianças e jovens com quem trabalho, que me têm acompanhado ao longo destes 10 anos. Obrigada!

Sem vocês, chegar aqui certamente que seria possível, mas não teria o mesmo sabor nem o mesmo significado!

A todos um **Obrigada!**

E porque sem mim a materialização deste projeto não seria alcançável...

...grata pelas adversidades da vida que me tornaram no ser humano que sou, e que me fizeram persistir com mais esforço e dedicação.

*Carla Franco*

## RESUMO

Os modelos cognitivo-comportamentais explicativos da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) assumem que a grande maioria das pessoas experimenta, pelo menos uma vez na vida, intrusões muito semelhantes às obsessões clínicas (recorrentes, causadoras de mal-estar, com conteúdos semelhantes e difíceis de controlar). Identificam a existência de um contínuo entre a intrusão e a obsessão. De acordo com estes modelos, a avaliação atribuída à intrusão, bem como as estratégias de controlo da mesma seriam as responsáveis pela origem e desenvolvimento da POC. A grande maioria das investigações realizadas acerca das intrusões na população geral, centraram-se nas avaliações e estratégias utilizadas pelos sujeitos para avaliar e combater a intrusão mais desagradável. Embora o incómodo causado pelo pensamento seja uma das características distintivas da intrusão, até à data, não se encontraram estudos acerca da intrusão selecionada como a mais frequente. Assim, o objetivo geral deste estudo é comparar avaliações e estratégias utilizadas na intrusão mais desagradável e na mais frequente.

A amostra foi constituída por 160 indivíduos sem POC, 38,1% do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos ( $M=38$ ;  $DP=10,5$ ), que preencheram uma versão portuguesa do Inventário Revisto de Intrusões Obsessivas (ROII) adaptada para este estudo.

A maioria dos indivíduos (97,5%) relataram já ter tido pensamentos intrusivos pelo menos uma vez na vida, e selecionaram o pensamento que causa mais desagrado diferente do pensamento que têm com maior frequência ( $n=124$ ; 77,5%). Ao nível da avaliação esta difere estatisticamente entre os dois pensamentos em alguns parâmetros, nomeadamente no incómodo, culpa, inaceitabilidade e sentimento de responsabilidade pelo dano. As estratégias de controlo utilizadas não apresentam diferenças significativas entre ambas as intrusões.

Confirma-se, assim, a universalidade das intrusões, e a existência de algumas diferenças ao nível da avaliação da intrusão mais frequente e mais desagradável. A intrusão mais desagradável parece ser mais incómoda, culpabilizante, inaceitável, contribuindo para uma maior autorresponsabilização do que a mais frequente. Deste modo, conclui-se que o desagrado pode ser um fator de maior vulnerabilidade no desenvolvimento da POC do que a frequência.

**Palavras-chave:** Perturbação obsessivo-compulsiva, Intrusões mentais, ROII, População não clínica.

## ABSTRACT

Cognitive-behavioral models describe that most people felt intrusions at least one time in life and that intrusions have the same characteristic than the ones present in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): they are recurrent and unpleasant, they have the same content and they are difficult to control. The models also assume the existence of a continuity from normality to clinical obsession. The cognitive appraisal and the control strategies used to process the intrusion are the responsible to develop and maintain OCD. Researches about intrusions in non-clinical sample usually study the cognitive appraisal and the control strategies used with the most upsetting intrusion. Although the unpleasantness is one of the characteristics that distinguish pathological intrusion from the normal one, there is a lack respecting to the study of the appraisal and strategies used with the most frequent intrusion. So, the main goal of this study is to compare the cognitive appraisal and the control strategies used with the most upsetting intrusion and the most frequent one.

The sample consists in 160 subjects without OCD with ages between 18 and 65 years old ( $M=38$ ;  $DP=10,5$ ), 38,1% are male. They filled out an adapted portuguese version of the Revised Obsessive Intrusion Inventory (ROII).

The most subjects (97,5%) refer to have at least one time in life intrusive thoughts. The content of the most upsetting intrusion was different from the most frequent one for the greatest part of the sample ( $n=124$ ; 77,5%). Considering the cognitive appraisal, both thoughts (the most upsetting and the most frequent) present some differences concerning to the unpleasantness, guilt, unacceptability and injury responsibility, being the most upsetting the one with most negative appraisal. The control strategies used didn't present significant differences between both intrusions.

We confirm intrusions universality, and the existence of some differences concerning to the cognitive appraisals of the most upsetting and the most frequent intrusion. The most upsetting intrusion seem to be more unpleasant, guilty, unacceptable and self-responsible then the most frequent one. Accordingly, we conclude that upsetting intrusion could bring more vulnerability to the development and maintenance of OCD then the frequency of the intrusion.

**Keywords:** Obsessive-Compulsive Disorder; Intrusions; ROII; non-clinical sample.

## ÍNDICE

### **Frequência e intensidade de intrusões de tipo obsessivo na população não clínica**

<b>Enquadramento teórico</b> .....	10
<b>Método</b> .....	18
<i>Amostra</i> .....	18
<i>Instrumentos</i> .....	19
<i>Procedimento</i> .....	20
<b>Resultados</b> .....	21
<i>Frequência total de Intrusões Obsessivas</i> .....	22
<i>A intrusão mais frequente e a mais desagradável</i> .....	23
<i>Avaliação e estratégias utilizadas para combater a intrusão mais frequente e a mais desagradável</i> .....	25
<i>Preditores da frequência de intrusões mais frequentes e mais desagradáveis</i> .....	31
<b>Discussão dos resultados</b> .....	33
<b>Conclusões e limitações</b> .....	37
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	40
<b>Apêndices</b>	
<b>Anexos</b>	

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estatística descritiva para os fatores da primeira parte do ROII.....	22
Tabela 2. Frequência da seleção do pensamento mais desagradável e mais frequente consoante o fator.....	25
Tabela 3. Comparação entre as valorizações atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente.....	26
Tabela 4. Comparação entre as avaliações atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram pensamentos diferentes.....	27
Tabela 5. Comparação entre as estratégias de controlo atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente.....	29
Tabela 6. Comparação entre as estratégias de controlo atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram pensamentos diferentes.....	30
Tabela 7. Correlações entre as avaliações, estratégias e os fatores para o pensamento mais desagradável.....	31
Tabela 8. Correlações entre as avaliações, estratégias e os fatores para o pensamento mais frequente.....	32
Tabela 9. Correlação entre as avaliações e as estratégias de controlo para a intrusão mais desagradável.....	32
Tabela 10. Correlação entre as avaliações e as estratégias de controlo para a intrusão mais frequente.....	33
Tabela 11. Frequência dos pensamentos intrusivos.....	52
Tabela 12. Estatística Descritiva para os pensamentos intrusivos.....	55
Tabela 13. Frequência dos pensamentos intrusivos enunciados nas questões em aberto.....	58
Tabela 14. Frequência dos pensamentos intrusivos selecionados como o mais desagradável e o mais frequente.....	60
Tabela 15. Frequência das avaliações atribuídas ao pensamento mais desagradável.....	63
Tabela 16. Estatística descritiva das avaliações atribuídas ao pensamento mais desagradável.....	65
Tabela 17. Frequência das avaliações atribuídas ao pensamento mais frequente.....	67

Tabela 18. Estatística descritiva das avaliações atribuídas ao pensamento mais frequente.....	69
Tabela 19. Comparação entre as avaliações atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram o pensamento frequente igual ao desagradável.....	71
Tabela 20. Frequência das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais desagradável.....	73
Tabela 21. Estatística descritiva das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais desagradável.....	75
Tabela 22. Frequência das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais frequente.....	77
Tabela 23. Estatística descritiva das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais frequente.....	79
Tabela 24. Comparação entre as estratégias de controlo atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram o pensamento frequente igual ao desagradável.....	81

## ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário sociodemográfico .....	47
Apêndice 2 – Consentimento informado e autorização.....	49
Apêndice 3 – Frequência dos pensamentos intrusivos.....	51
Apêndice 4 – Estatística Descritiva para os pensamentos intrusivos.....	54
Apêndice 5 – Lista de pensamentos intrusivos colocados nos itens de resposta aberta.....	57
Apêndice 6 - Frequência dos pensamentos intrusivos selecionados como o mais desagradável e o mais frequente.....	59
Apêndice 7 – Frequência das avaliações atribuídas ao pensamento mais desagradável.....	62
Apêndice 8 – Estatística descritiva das avaliações atribuídas ao pensamento mais desagradável.....	64
Apêndice 9 – Frequência das avaliações atribuídas ao pensamento mais frequente.....	66
Apêndice 10 – Estatística descritiva das avaliações atribuídas ao pensamento mais frequente.....	68
Apêndice 11 - Comparação entre as avaliações atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram o pensamento frequente igual ao desagradável .....	70
Apêndice 12 – Frequência das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais desagradável.....	72
Apêndice 13 – Estatística descritiva das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais desagradável.....	74
Apêndice 14 – Frequência das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais frequente.....	76
Apêndice 15 – Estatística descritiva das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais frequente.....	78
Apêndice 16 – Comparação entre as estratégias de controlo atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram o pensamento frequente igual ao desagradável.....	80

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - Versão portuguesa e adaptada do <i>Revised Obsessive Intrusions Inventory</i> (ROI).....	83
--	----

## **FREQUÊNCIA E INTENSIDADE DE INTRUSÕES DE TIPO OBSESSIVO NA POPULAÇÃO NÃO CLÍNICA**

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) caracteriza-se pela presença de pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos, repetitivos e que são inaceitáveis ou indesejados para o próprio sujeito causando um acentuado mal-estar. Estas intrusões podem ou não ser seguidas por um comportamento ou pensamento repetitivo, que é visto pelo sujeito como exagerado e de carácter obrigatório, e que pode não ter conexão real com o pensamento ou comportamento que o despoletou (APA, 2014). A sua heterogeneidade tem originado, nas últimas décadas, numerosas investigações que motivaram modificações no manual de referência da APA (2014) – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) – deixando a POC de estar incluída nas Perturbações da Ansiedade, como sucedia no DSM-IV-TR (2006), e passando a ter um capítulo próprio denominado “Perturbação Obsessivo-Compulsiva e outras perturbações relacionadas”.

Ao nível da prevalência da POC, calcula-se esta seja de 2 a 3% (Kessler, et al., 2005) embora se pense que este valor possa ser inferior à realidade, uma vez que em alguns estudos com população não clinica mais de 20% da amostra atingiu valores considerados patológicos (Clark,1992; Cuttler & Taylor, 2012; Freeston, Ladouceur, Thibodeau, & Gagnon, 1991; Taylor, et al., 2010), suspeitando-se que possa haver casos não diagnosticados na população geral (Grabe, et al., 2000).

Tanto as obsessões como as compulsões podem assumir diferentes formas (Taylor, 2011), o que torna esta patologia especialmente complexa. As imagens e pensamentos obsessivos interrompem os próprios pensamentos e podem ser de vários tipos: contaminação e sujidade (preocupação com germes, secreções, lixo), dúvida (trancar portas, deixar o fogão ligado, pagar contas), somatização (medo de contrair doenças), necessidade de ordem e simetria (arrumação extrema, ordenação de objetos, necessidade de tocar simetricamente em algo), impulsos agressivos (medo de não controlar impulsos agressivos) e impulsos sexuais (medo de não controlar impulsos sexuais) (Macedo & Pocinho, 2007).

Por sua vez as compulsões, uma vez que normalmente vêm na sequência da tentativa de eliminar a obsessão e a ansiedade a esta associada (Barrera & Norton, 2011), apresentam também vários tipos: verificação, lavagem, contagem, necessidade

de perguntar ou contar, comportamentos que envolvam o estabelecimento de ordens e simetrias, impulsos sexuais e de armazenamento (Macedo & Pocinho, 2007).

A POC, nos últimos anos tem sido estudada tendo como base os modelos cognitivos que assentam em duas premissas base: a intrusão é um fenómeno universal presente na maioria dos seres humanos e de manifestação relativamente frequente, e na existência de um contínuo entre a intrusão não clínica até à intrusão patológica que difere principalmente ao nível da frequência e intensidade (Clark & Rhino, 2005). Investigações realizadas tendo como base estes modelos cognitivos estimam que entre 79% a 99% da população não clínica tenha imagens ou pensamentos intrusivos similares ao nível do conteúdo aos dos pacientes com POC (Barrera & Norton, 2011; Garcia-Soriano, Belloch, Morillo, & Clark, 2011; Julien, O'Connor, & Aardema, 2009), sendo, então, que os pensamentos intrusivos podem ser considerados como parte da atividade cognitiva normal (Salkovskis, 1999), não consistindo por si só num problema (Radomsky, et al., 2014).

À medida que as intrusões começam a tornar-se mais frequentes, interrompem tarefas quotidianas de forma desagradável e repetitiva, e interferem com o desempenho pessoal, social e profissional, tornando-se cada vez mais difíceis de controlar (Clark & Rhino, 2005). Assim, uma intrusão mental “normal” pode evoluir para uma obsessão, mediante uma série de fatores intrínsecos, nomeadamente se a atribuição de significado for negativa dando poder ao pensamento para interferir com o bem-estar do sujeito (Rachman, 2002).

De facto, em termos de incidência, como referido acima, a maior parte da população não-clínica reporta ter pensamentos intrusivos, sendo que há vários resultados que situam a presença acima dos 90%, 99% numa amostra de estudantes universitários canadianos (Purdon & Clarck, 1993), 99,4% numa amostra de hispânicos (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo, & Carrió, 2004); e 98,7% numa amostra da população não clínica portuguesa (Jimenez-Ros & Pascual, 2004). Num estudo que comparou 15 regiões de diferentes países dos cinco continentes (África, Ásia, Europa, Oceânia e América), apenas três registaram a presença de intrusões nos últimos três meses em menos de 90% dos casos: Florença/Pádua (88%), Salónica (81,2%) e Buenos Aires (84%) (Radomsky, et al., 2014).

Em relação ao conteúdo, são vários os estudos que asseguram que este não difere entre amostras clínicas e não clínicas (e.g. Belloch et al., 2004; Garcia-Soriano et

al., 2011; Julien, O'Connor, & Aardema, 2009; Rachman & Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984).

As intrusões que englobam dúvida são frequentemente tidas como as mais comuns em algumas investigações (Garcia-Soriano et al., 2011; Khanna, Gokul, Reddy, Khanna, & Channabasavanna, 1990; Radomsky, et al., 2014). Num estudo de Radomsky e colaboradores (2014), as intrusões de dúvida foram as mais frequentes na maior parte dos países, havendo alguns países com elevada prevalência de outro tipo de intrusões, como as de contaminação na Serra Leoa e na Grécia ou as de “vitimização” no Japão, Canadá, Estados Unidos, Espanha, França. Regra geral, em todos os países foram identificadas uma grande variedade de intrusões não incluídas em nenhuma categoria específica, destacando-se a Itália, como um dos países onde mais aconteceu este fenómeno. As intrusões menos comuns foram as relacionadas com conteúdos sexuais, religiosos e imorais. Estes conteúdos apesar de serem os menos comuns parecem ser os mais difíceis de controlar, causando possivelmente mais incómodo, uma vez que existe maior dificuldade em controlar (Purdon & Clark, 1994).

A par do conteúdo, a avaliação atribuída às intrusões e as estratégias de controlo utilizadas para as controlar ou neutralizar são aspetos que têm vindo a ser estudados, uma vez que são reconhecidos por contribuírem para o desenvolvimento da POC.

A avaliação é a atribuição de significado que se dá às intrusões, ou seja, a forma como são interpretadas. As pessoas que desenvolvem POC interpretam a intrusão de forma diferente, pois têm necessidade de controlá-la e eliminá-la, uma vez que esta é indesejável e incomodativa (Clark, 2004; Purdon, 2008; Salkovskis, 1999). Estas são portanto, mal interpretadas e sobrevalorizadas. Neste sentido, Clark (2004) sistematiza cinco aspetos fundamentais da intrusão que podem influenciar a avaliação que o indivíduo realiza da mesma, que podem estar na origem da POC: inaceitabilidade, o tipo de intrusão, a incontroabilidade, a resistência subjetiva e a egodistonia (a intrusão varia desde fenómenos mentais sem sentido e sem importância, que têm implicações mínimas, até ideias, imagens ou impulsos ameaçadores para os sistema de crenças do indivíduo).

Assim, os indivíduos com POC interpretam os pensamentos intrusivos como negativos e com consequências graves (Rachman, 1997), e associam-nos à própria responsabilidade de prevenir acontecimentos negativos a si próprio ou aos outros (Salkovskis, et al., 2000). É este sentimento de responsabilidade que leva o indivíduo à criação de comportamentos e pensamentos repetitivos ou de verificação que tendem

inicialmente a diminuir a ansiedade e culpa sentidas (Arntz, Vomcken, & Goosen, 2007). Estes indivíduos sentem-se responsáveis e culpados pelo pensamento ocorrido, e acreditam mais do que os outros que este pode tornar-se real, tentando de tudo para o prevenir (Coles, Mennin, & Heimberg, 2001; Rassin, Merckelbach, Muris, & Spaan, 1999).

Estas tentativas de controlo e supressão do pensamento são várias e podem passar por pensamentos ou mesmo ações, denominadas por estratégias de controlo. As estratégias de controlo são, assim atos cognitivos ou comportamentais voluntários e intencionais utilizados com a finalidade de remover, prevenir ou atenuar a intrusão (Freeston & Ladouceur, 1993). Estas estratégias de controlo funcionam como uma tentativa de controlar o pensamento e, tal como os pensamentos podem estar presentes na população não clínica, sem que isso implique um diagnóstico de POC (Freeston & Ladouceur, 1998). Comportamentos como a verificação, contagem, repetição, e limpeza são frequentemente encontrados na população não clínica (Flament, et al., 1988; Ladouceur, et al., 2000), assim como outras estratégias de controlo como o rezar, cantar para se distrair, contar, parar o pensamento, ou evitar o contacto físico com o estímulo que desencadeia a obsessão (Rachman & Silva, 1978).

As estratégias podem ser adaptativas ou desadaptativas, sendo que as adaptativas incluem a distração ou neutralização cognitiva e comportamental, isto é, substituir ou eliminar o pensamento com outros pensamentos ou ações positivos, e as desadaptativas a reavaliação do pensamento, a procura de segurança e tranquilidade junto de outras pessoas ou de si próprio, o parar o pensamento, e o rezar (Jimenez-Ros, 2011; Purdon & Clark, 1994) . Destaca-se ainda o não fazer nada para se livrar da intrusão como uma estratégia passiva (Amir, Cashman, & Foa, 1997; Belloch, Morillo, & García-Sotano, 2007; Jimenez-Ros, 2011; Morillo, Belloch, & Garcia-Soriano, 2007).

As estratégias não adaptativas são normalmente contraproducentes, uma vez que tendem a aumentar a frequência e intensidade do pensamento intrusivo, sendo que os indivíduos sem POC utilizam estratégias mais funcionais (Tolin, Worhunsky, Brady, & Maltby, 2007). No entanto, também se verifica a utilização de estratégias de controlo desadaptativas em amostras não clínicas (Flament, et al., 1988; Ladouceur, et al., 2000), demonstrando que por si só poderá não ser um fator determinante.

Dada a avaliação negativa que fazem, os indivíduos com POC têm mais tendência para utilizar estratégias associadas tanto à culpa como ao castigo (Sica, Steketee, Ghisi, Chiri, & Franceschini, 2007), ou à tentativa de suspensão do

pensamento (Marcks & Woods, 2007; Yorulmaz, Karanci, Bastug, Kisa, & Goka, 2008), rezar (Morillo, Belloch, & Garcia-Soriano, 2007) ou pôr-se em causa a si próprio (Ladouceur, et al., 2000). Podem ainda envolver-se em rituais que na prática não conseguem eliminar a intrusão mas que passam a ser considerados pelo indivíduo como obrigatórios na sua vida (Rachman, 1997). Por sua vez, as amostras não clínicas utilizam mais estratégias de controlo associadas à distração ou paragem do pensamento (Amir, Cashman, & Foa, 1997; Fergus & Wu, 2010; Ladouceur, et al., 2000), à racionalização que envolve a retirada de importância e tornar irreal e irracional a intrusão (Freeston M. , Ladouceur, Provencher, & Blais, 1995; Ladouceur, et al., 2000; Purdon & Clarck, 1993), ao suporte social (Freeston et al., 1995) e não fazer nada, ou seja ignorar (Freeston et al., 1991; Ladouceur, et al., 2000). O número de estratégias utilizadas parece não diferir (Freeston & Ladouceur, 1993).

A avaliação atribuída pode afetar o controlo da intrusão e ser afetada por esta, ou seja há uma associação entre a avaliação e as estratégias utilizadas, sendo que uma avaliação negativa aparece frequentemente correlacionada com a utilização de estratégias de controlo não adaptativas (Amir, Cashman, & Foa, 1997; Freeston et al., 1991; Smári & Holmsteinsson, 2001).

Num dos estudos desenvolvidos por Rachman e colaboradores (1996) pediu-se para escrever o nome de um amigo para a frase “Espero que o/a [nome do amigo/a] esteja num acidente de carro”, sendo que era dito a alguns participantes para eliminarem de seguida o pensamento da forma que quisessem, e a outros que aguardassem 20 minutos para o fazer. Os participantes que neutralizaram imediatamente o pensamento tiveram índices de ansiedade significativamente mais baixos do que o outro grupo. A par disso, a culpa, a autorresponsabilização, e o próprio julgamento por desejar algo moralmente condenável, foi mais baixo depois da neutralização do pensamento. Assim, parece que o tempo que se leva a neutralizar o pensamento também pode ser diferenciador.

Percebe-se então que a avaliação e o controlo das estratégias estão relacionadas e que interferem com a intensidade com que é experimentada a intrusão. Esta avaliação vai depender de fatores como o nível de incómodo (Clark, 2004), culpa (Sica et al., 2007), medo de que a intrusão se possa tornar real pelo simples facto de pensar nela (Fusão Pensamento Ação) (Rassin et al., 1999), dificuldade em eliminar/controlar (Marcks & Woods, 2007), incompatibilidade da intrusão com o sistema de crenças (Langlois, Freeston, & Ladouceur, 2000), e autorresponsabilização (Obsessive

Compulsive Cognitions Working Group, 2005). Caso o indivíduo considere que os aspetos atrás enunciados estão presentes a intrusão será, então, mais intensa (Amir, Cashman, & Foa, 1997; Freeston et al., 1991; Smári & Holmsteinsson, 2001).

Moulding e colaboradores (2014) realizaram um estudo em que se avaliou os pensamentos intrusivos, a avaliação dos mesmos e as estratégias de controlo utilizadas numa amostra de 516 participantes de 13 países diferentes e encontraram uma relação entre a frequência, a avaliação e as estratégias de controlo utilizadas. De facto, as estratégias de controlo e avaliações predisseram não só a frequência mas também o stresse, importância e persistência das intrusões mentais, ou seja a sua intensidade. Os autores concluíram que a frequência está relacionada com a sobrevalorização da intrusão mental, e que a autorresponsabilização, decorrente da avaliação atribuída, bem como algumas estratégias de controlo (procura do perdão dos outros e ritualização como forma de eliminar a ansiedade causada pelo pensamento) podem aumentar a frequência das intrusões (Moulding, et al., 2014). Assim, parece pertinente o estudo quer da avaliação da intrusão, quer das estratégias envolvidas no controlo da mesma.

Os estudos que serviram de base ao DSM-V demonstram a importância da frequência das obsessões ou compulsões para o estabelecimento do diagnóstico (APA, 2014), e encontram-se vários estudos que constataam a relação entre a frequência das intrusões e o desenvolvimento da POC (Barrera & Norton, 2011; Garcia-Soriano et al., 2011; Lee, Kwon, Kwon, & Telch, 2005; Obsessive Compulsive Working Group, 1997; Purdon & Clark, 1993).

No entanto, a relação entre a frequência, a avaliação e o controlo do pensamento não parece ser consensual, uma vez que nem todos os estudos encontram essa relação (Purdon & Clark, 1994), e mesmo em estudos que procuram comparar grupos clínicos com grupos não clínicos a frequência nem sempre aparece como um fator de distinção entre os mesmos (Julien, O'Connor, & Aardema, 2009).

Por exemplo, no estudo de Rassin, Cogle e Muris (2007) foram comparadas intrusões normais com intrusões anormais obtendo uma correlação muito forte entre ambas ao nível da frequência ( $r=.800$ ) o que sugere que a frequência não difere consoante o conteúdo das intrusões.

Num outro estudo comparativo entre população não clinica e população com POC constatou-se que não existem diferenças ao nível do conteúdo, ou seja, as duas amostras tinham o mesmo tipo de pensamentos, embora ao nível da frequência tenham encontrado diferenças significativas nalguns pontos, mas não em todos. A frequência

dos pensamentos foi analisada com recurso a uma escala de cinco pontos, constatando-se que a amostra com POC tinha mais frequentemente intrusões de contaminação, verificação e ordem. Apesar disso, não foram encontradas diferenças ao nível da frequência com que são sentidas as intrusões de ruminação, acumulação, ideias esquizotípicas e fóbicas, mas na pontuação geral, também foram encontradas diferenças significativas, sendo que a amostra com POC tem mais frequentemente intrusões do que a sem POC. Os autores concluem que a frequência pode não ser suficiente como diferenciador entre intrusões clínicas e não clínicas (Julien, O'Connor, & Aardema, 2009), tornando-se pertinente investigar a importância da frequência das intrusões quer no mal-estar associado às mesmas na população geral, quer no desenvolvimento da POC.

No que concerne à associação entre frequência e intensidade, no estudo de Belloch e colaboradores (2004) não parece haver relação. Utilizando o instrumento ROII, numa primeira análise, os autores realizaram uma correlação de *Spearman* entre a frequência das intrusões sentidas (pontuação total do ROII) e a avaliação realizada da mesma. Não se registou correlação entre a frequência e o incómodo, no entanto, verificaram-se correlações significativas fracas com a preocupação de que o pensamento se torne real, a incontrolabilidade, a probabilidade que o pensamento se torne real e a importância de controlar o pensamento. Numa segunda análise, procuraram perceber o que poderia influenciar a frequência de pensamentos intrusivos, realizando uma regressão onde a variável dependente era a frequência, e as independentes os itens relativos à avaliação e às estratégias de controlo do pensamento. Também aqui o incómodo não entrou como variável preditiva, tendo sido identificadas três variáveis preditoras da frequência, duas das quais, avaliações, a probabilidade de se tornar real e a incontrolabilidade. Os autores concluem que não é por ser frequente que o pensamento se torna por si só incómodo (Belloch, et al., 2004).

Também no estudo de Purdon e Clark (1994), o pensamento escolhido como mais desagradável apresentou uma média de frequência baixa, o que nos leva a refletir sobre se o pensamento mais frequente tem características similares ao mais desagradável ao nível da avaliação e das estratégias de controlo utilizadas. Em ambos os estudos, apesar de se demonstrar em parte que a frequência pode não estar associada ao incómodo, e portanto o que causa mais desagrado pode não ser necessariamente o mais frequente e vice-versa, não se percebe de que forma é que o pensamento mais frequente é avaliado ou que estratégias de controlo são utilizadas.

Em suma, quer a avaliação negativa, quer a utilização de estratégias de controlo desadaptativas podem aumentar a intensidade (Adam, Meintschmidt, Gloster, & Lieb, 2012; Grabe, et al., 2000) e frequência da intrusão (Abramowitz, et al., 2010; Foa, et al., 2002; Garcia-Soriano et al., 2011).

De acordo com o anterior, as intrusões apresentam algumas características comuns com as obsessões: os seus conteúdos são semelhantes (blasfémia, sexo, agressão, dúvidas, contaminação, etc.) são indesejadas e involuntárias (isto é, surgem sem que a pessoa as procure); são repetitivas (ou seja, surgem com frequência), interrompem a atividade que se está a realizar e provocam mal-estar ou desconforto (Garcia-Soriano et al., 2011; Salkovskis & Harrison, 1984).

As intrusões diferem, contudo, das obsessões, entre outros aspetos, porque estas últimas são mais frequentes, mais inaceitáveis, provocam mais culpa e uma maior resistência, são mais difíceis de controlar e causam mais interferência no dia-a-dia do sujeito (Barrera & Norton, 2011; Garcia-Soriano et al., 2011; Obsessive Compulsive Working Group, 1997; Purdon & Clarck, 1993).

Os modelos cognitivos (e.g., Clark, 1986; Rachman, 1998; Salkovskis, 1985) partem dos resultados das investigações que encontraram a presença de intrusões de tipo obsessivo de forma quase universal na população não clínica (e.g. Belloch et al., 2004; Garcia-Soriano et al., 2011; Rachman & Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984) e da premissa da existência de um contínuo de psicopatologia entre intrusão e obsessão. Os determinantes que fazem com que uma intrusão se torne obsessiva, em indivíduos vulneráveis, seriam, de acordo com estes modelos, as avaliações que os indivíduos realizam da mesma assim como as estratégias utilizadas para a controlar. A avaliação da intrusão com base em crenças disfuncionais provocaria o desconforto causado pela intrusão e motivaria o envolvimento do sujeito em estratégias destinadas a controlar a intrusão ou os efeitos indesejados da mesma. A realização deste tipo de estratégias diminuiria, a curto prazo, o mal-estar associado à mesma e aumentaria a perceção de controlo sobre a intrusão, reforçando o ciclo vicioso que conduziria à médio e longo prazo ao aumento da frequência da intrusão e do mal-estar associado à mesma.

Tal como foi referido, as investigações anteriores mostram a existência de intrusões de tipo obsessivo na quase totalidade dos indivíduos inquiridos, analisam as avaliações que os mesmos realizam acerca da sua intrusão mais desconfortável assim como as estratégias que utilizam para a combater. No entanto, não foram até a data, analisadas as avaliações e estratégias que os indivíduos utilizam para combater o seu

pensamento *mais frequente*. Embora as intrusões mais frequentes possam não ter, necessariamente, um caráter intrusivo se não forem acompanhadas de algum grau de desconforto, nalgumas das manifestações obsessivas da POC os indivíduos referem não sentir qualquer desconforto associado à mesma (e.g., Julien, O'Connor, & Aardema, 2009), experimentando apenas a necessidade de executar uma estratégia para a controlar. Dado que a recorrência é uma das principais características definatórias da obsessão, a análise da intrusão mais desagradável (se a mesma não coincidir com a mais frequente) pode ser insuficiente para compreender o desenvolvimento da POC. Por este motivo, propusésemo-nos, como objetivos gerais, no presente trabalho, tal como em investigações anteriores, analisar as avaliações que os indivíduos realizam das suas intrusões mais desagradáveis assim como as estratégias que utilizam para as controlar, mas também e, como segundo objetivo, analisar as avaliações que os indivíduos realizam das suas intrusões mais frequentes e estratégias que utilizam para as controlar. Finalmente, foi objetivo deste trabalho analisar em que casos coincidem as intrusões selecionadas como mais frequentes e desagradáveis e comparar as avaliações e estratégias utilizadas pelos sujeitos para lidar com cada uma delas. Como objetivos específicos propusemos: (1) explorar a frequência do aparecimento de intrusões obsessivas numa amostra da população não clínica portuguesa; (2) descrever as intrusões selecionadas como mais frequentes e desagradáveis (3) analisar as avaliações que se realizam da intrusão mais frequente e da mais desagradável assim como as estratégias que os indivíduos utilizam para as controlar; (4) analisar as associações entre a frequência de intrusões, avaliações e estratégias de controlo, bem como, as associações entre o desagrado causado pela intrusão, as avaliações e estratégias de controlo.

## MÉTODOS

### *Amostra*

A amostra em estudo é composta por 160 sujeitos, em que 38,1% (n=61) são do género masculino e 61,9% (n=99) do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, sendo a média das idades de 38 anos (DP=10,5). Quanto ao estado civil, verifica-se que 50,6% (n=81) dos indivíduos são casados ou vivem em união de

facto, 43,8 % (n=70) dos indivíduos são solteiros, 5,0% (n=8) são divorciados e 0,6% (n=1) são viúvos.

No que respeita às habilitações literárias, a maior parte dos sujeitos tem o ensino secundário (39,4%; n=63), 27,5% (n=44) o 3º ciclo, 25,6% (n=41) concluíram o ensino superior, 5,0% (n=8) tem o 2º ciclo e uma pequena minoria apresenta 1º ciclo de escolaridade (2,5%; n=4). A maioria dos inquiridos (79,4%; n=127) estão empregados, 18.8% (n=30) desempregados e 1,9% (n=3) encontram-se reformados.

### ***Instrumentos***

Foram utilizados dois questionários de autorresposta na aplicação deste estudo: o questionário de dados sociodemográficos (Apêndice 1), produzido para o efeito, e a versão portuguesa do *Revised Obsessive Intrusions Inventory* (ROII) (Anexo A) (Purdon e Clarck, 1993, 1994; versão portuguesa de Jiménez-Ros, 2011)

O Questionário de Dados Sociodemográficos, construído para esta investigação, recolhe os seguintes dados: género, idade, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, e situação face ao emprego.

A versão original do ROII é um inventário de autorresposta dividido em duas partes. A primeira parte contém 52 itens desenhados para avaliar a frequência do aparecimento de pensamentos, imagens e impulsos intrusivos, numa escala de sete pontos, que varia entre 0 (“Nunca tive esse pensamento”) até 6 (“Penso nisso frequentemente durante todo o dia”). Na segunda parte pede-se aos sujeitos que examinem as suas respostas aos itens e que, tendo em conta as avaliações anteriores, selecionem o pensamento intrusivo mais desagradável ou incómodo que experimentaram. Posteriormente é-lhes pedido que avaliem esse pensamento através de 10 dimensões de avaliação (incómodo, culpa, preocupação pelas consequências, dificuldade em controlar ou eliminar, ser inaceitável, probabilidade estimada de que possa ocorrer na vida real, importância de controlar, ameaça, responsabilidade e evitação de situações desencadeadoras da intrusão), utilizando escalas de cinco pontos desde 0 (“Nada é nada”) até 4 (“Extremamente”). Depois de completar estas avaliações é apresentada ao sujeito uma lista de 10 estratégias de controlo e é-lhe pedido que indique com que frequência recorre às mesmas para se libertar do pensamento intrusivo (escalas de 5 pontos desde “Nunca” até “Sempre”).

Na versão do ROII adaptada para português, que é a utilizada neste estudo, os 52 itens da primeira parte foram reduzidos a 36, uma vez que, tal como em estudos anteriores, foi verificado que pelo menos 20% da população não respondia aos itens retirados. Foram incluídos 3 itens de resposta aberta, onde o sujeito poderia colocar intrusões não listadas e avaliá-las (Jimenez-Ros, 2011). Foi ainda acrescentada uma dimensão de análise denominada “frequência” onde é pedido aos sujeitos que selecionem, da primeira parte do instrumento, o pensamento mais frequentemente experimentado e que, à semelhança do que fizeram relativamente ao pensamento intrusivo mais desagradável, avaliem as 10 dimensões valorativas e as 10 estratégias de controlo utilizadas para se libertar desse pensamento.

Relativamente à primeira parte do inventário os 36 itens são divididos em Intrusões de Tipo I e Intrusões de Tipo II, que se subdividem em 9 fatores (Impulsos de agressão contra outras pessoas, sexo/comportamentos embaraçosos, impulsos de autoagressão, impulsos de auto e hétero agressão comportamental, comportamentos moralmente repreensíveis, delitos, ordem, contaminação e dúvida). Na segunda parte, que contempla a avaliação do pensamento mais desagradável e do pensamento mais frequente, as dimensões valorativas dividem-se em 2 tipos: significado do pensamento e consequências temidas; e as estratégias de controlo em adaptativas, desadaptativas e passivas (Jimenez-Ros, 2011).

Este instrumento apresenta uma elevada consistência interna nas três dimensões acima referidas, apresentando um alpha de Cronbach que varia de 0.84 a 0.93 (Jimenez-Ros, 2011).

### ***Procedimento***

Foram entregues, individualmente, 250 questionários e combinou-se data e local de entrega com cada um dos sujeitos. Dos questionários inicialmente entregues foram devolvidos 181, dos quais foram eliminados os que tinham uma grande percentagem de itens não respondidos, nomeadamente no último grupo: avaliação e estratégias do pensamento mais frequente. No final foram considerados 160 questionários. Para despiste de eventuais questões de saúde que possam afetar/contaminar a presente investigação optamos por colocar no questionário uma última questão sobre se a pessoa teve alguma vez intervenção psicológica ou psiquiátrica, retirando-se os participantes que responderam afirmativamente.

A primeira página do protocolo continha o consentimento informado que se destacava (Apêndice 2) e era entregue separadamente para garantir o anonimato. Optou-se pelo não preenchimento na presença da investigadora uma vez que as intrusões mentais tratam temas da intimidade, muitas vezes considerados como pensamentos ou comportamentos inadequados e, como tal, é um tema que envolve uma forte desejabilidade social (Barrera & Norton, 2011).

Os dados foram tratados com recurso ao *SPSS – Statistical Package for Social Sciences*, versão 23. Ao nível da estatística descritiva, procedeu-se à análise de tabelas de frequências com número de casos (n) e percentagens relativas a esses casos (%), Média (M), Desvio Padrão (DP), Moda (Mo), Mínimo (Min.) e Máximo (Max.). Relativamente à estatística inferencial, utilizou-se a correlação de *Pearson* para verificar relações lineares entre duas variáveis (Rodgers & Nicewander, 1988), considerando-se os seguintes valores de referência: correlação fraca quando os valores se situam entre -0.3 e -0.1 ou 0.1 e 0.3; moderada para valores entre -0.5 e -0.3 ou 0.3 e 0.5; e forte quando os valores estão entre -1.0 e 0.5 ou 0.5 e 1.0 (Cohen, 1988). A comparação das características da intrusão mais frequente e a mais desagradável foi realizada através do teste t para amostras emparelhadas. Para analisar o valor preditivo das variáveis utilizou-se uma Regressão Linear Múltipla, através do método *stepwise*, que analisa o efeito das variáveis independentes numa variável dependente, não seguindo nenhum modelo preditivo e dando liberdade para que sejam selecionadas as variáveis que estatisticamente fazem mais sentido (Dancey & Reidy, 2011).

Foi considerado um nível de significância de 0,05 (Stigler, 2008). Para além da significância, nos testes de hipóteses, realizou-se o *d* de Cohen para avaliar o tamanho do efeito. Considerou-se o tamanho do efeito insignificante quando  $< 0,19$ , pequeno para valores entre 0,20 e 0,49, médio para valores entre 0,50 e 0,79 e grande para valores superiores a 0,80 (Cohen, 1988).

## RESULTADOS

Neste ponto apresentam-se os resultados para dar resposta aos objetivos do estudo que consiste, de forma geral, em analisar a frequência e intensidade dos pensamentos intrusivos.

### ***Frequência total de Intrusões Obsessivas***

De forma a perceber o tipo de pensamentos intrusivos e a frequência e intensidade com que cada um é sentido pela amostra em análise, realizou-se uma análise descritiva da primeira parte do ROII, constituída por 36 intrusões. Da análise dos resultados dessa primeira parte procurou-se saber com que frequência ao longo da vida, os sujeitos haviam experimentado intrusões mentais. Verificou-se que 2,5 % (n=4) da amostra não referiu qualquer tipo de intrusão e 0,6% (n=1) teve apenas uma intrusão uma ou duas vezes em toda a vida; ainda de referir que 4,38% (n=7) dos sujeitos referiu ter experimentado todas as intrusões apresentadas.

Os sujeitos entrevistados experimentaram em média 14,24 intrusões. A pontuação total média do ROII foi de 29,2 (DP=25,34), sendo o valor mais frequente o 9. Os resultados variaram entre 0 e 133.

Os pensamento mais selecionados como “nunca” tido ao longo da vida foi o nº 5: “Atirar-me para a frente do comboio, metro ou carros” (n=131; 81,9%; M=0,456; DP=1,506), o mais reportado como “tive esse pensamento pelo menos uma ou duas vezes na vida” foi o nº31 “Apanharei uma doença de transmissão sexual por tocar o assento ou tampa de uma sanita” (n=42; 26,3%; M=1,121; DP=1,639), o mais referido como tido com frequência (tenho o pensamento uma ou duas vezes por semana) foi o nº 13: “Ter deixado acesso o lume, o aquecedor ou as luzes, e que isso possa causar um incêndio” (n=17; 10,6%;M=1,406; DP=1.510), o mais experimentado muito frequentemente foi o nº 35. “Necessito comprovar, para ter a certeza, de que todas as partículas de pó tenham sido retiradas do chão” (n=6; 3,8%;M=0,937; DP=1,548), e o mais selecionado como experimentado sempre (penso nisso frequentemente durante todo o dia) foi o nº 31 “Apanharei uma doença de transmissão sexual por tocar o assento ou tampa de uma sanita” (n=7; 4,4%; M=1,218; DP=1,639) (Apêndice 3, Apêndice 4).

Dos 160 sujeitos inquiridos, 15 preencheram o item de resposta aberta onde referiram ter outros pensamentos que não se encontram listadas no instrumento apresentado. As respostas são apresentadas no Apêndice 5.

Relativamente aos fatores em que a primeira parte do ROII é agrupado, os fatores relacionados com contaminação, dúvida e ordem foram os que obtiveram médias mais elevadas, acima de 1, tendo sido os relacionados com os delitos, os impulsos de auto e hétero agressão comportamental e os comportamentos moralmente repreensíveis os que obtiveram pontuações mais baixas, abaixo de 0,7 (Tabela 1).

Tabela 1. Estatística descritiva para os fatores da primeira parte do ROII

	M	DP	Min.	Máx.
Impulsos de agressão contra outras pessoas	0,77	0,89	0	4,14
Sexo/Comportamentos embaraçosos	0,70	0,90	0	5,29
Impulsos de autoagressão	0,72	1,2	0	6
Impulsos de auto e hétero agressão comportamental	0,65	0,92	0	4
Comportamentos moralmente repreensíveis	0,67	0,92	0	4,75
Delitos	0,61	0,79	0	4
Ordem	1,12	1,45	0	6
Contaminação	1,18	1,32	0	5,67
Dúvida	1,14	1,24	0	6

### *A intrusão mais frequente e a mais desagradável*

Dos 160 sujeitos, 123 (76,87%) selecionaram o pensamento que provoca mais desgasto diferente do pensamento que têm com mais frequência.

No que diz respeito à intensidade e frequência, das 36 intrusões apresentadas, 33 foram selecionadas como sendo as mais desagradáveis. As cinco intrusões mais selecionadas pelos sujeitos como sendo as mais desagradáveis foram a nº 13 “Ter deixado acesso o lume, o aquecedor ou as luzes, e que isso possa causar um incêndio” (n=14; 8,8%), a nº 4 “Deixar-me cair” (n=12; 7,5%), a nº 14 “Ter deixado a porta de casa destrancada e que possa estar um intruso dentro” (n=11; 6,9%), a nº 31 “Apanharei uma doença de transmissão sexual por tocar o assento ou tampa de uma sanita” (n=11; 6,9%) e a nº 10 “Dizer uma asneira ou insultar alguém” (n=8; 5%). Por sua vez, as cinco intrusões menos selecionadas pelos sujeitos como sendo as mais desagradáveis foram a nº 15 “Ter deixado as torneiras abertas e que isso possa causar uma inundação” (n=1; 0,6%), a nº 20 “Riscar a pintura dos carros com uma chave ou objeto pontiagudo, quando passo ao lado deles” (n=1; 0,6%), a nº 21 “Pegar nalguma coisa e atira-la pela janela” (n=1; 0,6%), a nº 34 “Necessito comprovar se há pó nos lugares que não se vê” (n=1; 0,6%) e a nº 5 “Atirar-me para a frente do comboio, metro ou carros” (n=1; 0,6%) (Apêndice 6). De entre a lista de intrusões, registaram-se três que não foram selecionadas por nenhum dos sujeitos: a nº 16 “Dizer uma asneira à pessoa que estava a falar”, a nº 28 “Despir alguma figura de autoridade”, e a nº 29 “Despir as pessoas com que me encontro” (Apêndice 6). A frequência média com que foi experimentada a intrusão que apresenta mais desgasto foi 1,41 (DP=1,51).

No que diz respeito à frequência, das 36 intrusões apresentadas, 29 foram selecionadas como sendo as experimentadas com mais frequência. Destas, as intrusões mais selecionadas pelos sujeitos foram: a nº 13 “Ter deixado acesso o lume, o

aquecedor ou as luzes, e que isso possa causar um incêndio” (n=17; 10,6%), a nº 10 “Dizer uma asneira ou insultar alguém” (n=15; 9,4%), a nº 30 “Ter relações sexuais num lugar público” (n=14; 8,8%), a nº 4 “ Deixar-me cair” (n=11; 6,9%), e a nº 31 “Apanharei uma doença de transmissão sexual por tocar o assento ou tampa de uma sanita” (n=11; 6,9%) (Apêndice 6).

Do total de intrusões apresentadas, as menos selecionadas como sendo as apresentadas com mais frequência foram a nº 1 “Virar bruscamente o volante e meter-se na faixa contrária” (n=1; 0,6%), a nº 17 “Arrotar ou expulsar gases de forma ruidosa” (n=1; 0,6%), a nº 20 “Riscar a pintura dos carros com uma chave ou objeto pontiagudo, quando passo ao lado deles” (n=1; 0,6%), a nº 21 “Pegar nalguma coisa e atira-la pela janela” (n=1; 0,6%), a nº 28 “Despir alguma figura de autoridade” (n=1; 0,6%), e ainda a nº 33 “Ficarei sujo ou contaminado/a se colocar o telefone público na minha orelha (n=1; 0,6%) (Apêndice 6).

As intrusões que não foram selecionadas por nenhum dos sujeitos como sendo as mais frequentes foram a nº 8 “Chocar contra as pessoas no átrio ou apresá-las nas escadas”, a nº 11 “Empurrar violentamente ou dar um murro a algum deles”, a nº 18 “Atirar algo à pessoa que estava a falar”, a nº 22 “Partir propositadamente algo que me pertencia ou pertencia aos meus amigos ou familiares”, a nº 23 “Roubar algo numa loja embora na realidade não precise disso para nada”, a nº 27 “Participar numa atividade sexual que seja contra as minhas preferências sexuais”, e a nº 29 “Despir as pessoas com que me encontro” (Apêndice 6).

A intrusão escolhida como a mais frequente foi a mesma do que a selecionada como a mais desagradável: nº13 “Ter deixado acesso o lume, o aquecedor ou as luzes, e que isso possa causar um incêndio” (M=1,41; DP=1,51).

No que diz respeito à distribuição por fatores, tanto para a intrusão mais desagradável como para a mais frequente, o fator mais escolhido diz respeito aos impulsos de agressão contra outras pessoas, com 24,4% (n=39) e 19,4% (n=31) respetivamente. O fator que obteve um menor registo de intrusões foi também o mesmo para ambas, o relacionado com os delitos, com 3,8% (n=6) selecionados como intrusões mais desagradáveis e 1,3% (n=2) como mais frequentes (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência da seleção do pensamento mais desagradável e mais frequente consoante o fator

	Desagradável n (%)	Frequente n (%)
Impulsos de agressão contra outras pessoas	39 (24,4)	31 (19,4)
Sexo/Comportamentos embaraçosos	15 (9,4)	23 (14,4)
Impulsos de autoagressão	13 (8,1)	13 (8,1)
Impulsos de auto e hétero agressão comportamental	14 (8,8)	11 (6,9)
Comportamentos moralmente repreensíveis	10 (6,3)	6 (3,8)
Delitos	6 (3,8)	2 (1,3)
Ordem	8 (5,0)	17 (10,6)
Contaminação	19 (11,9)	20 (12,5)
Dúvida	26 (16,3)	28 (17,5)
Outros	10 (6,3)	9 (5,6)

### *Avaliação e estratégias utilizadas para combater a intrusão mais frequente e a mais desagradável*

#### *Avaliação do pensamento mais desagradável e mais frequente*

A segunda parte do ROII permite analisar a avaliação que o indivíduo atribui ao pensamento mais desagradável e mais frequente, procurando perceber se este incomoda, provoca culpa, condiciona os atos/pode acontecer na realidade, tem dificuldade em eliminar, é inaceitável, tem probabilidade que se torne real, é importante controlar/eliminar, implica dano ou perigo, sente-se responsável por esse dano e finalmente se evita situações que possam despoletar o pensamento. No apêndice 7 e 9, são apresentadas as frequências e no apêndice 8 e 10 os descritivos estatísticos relacionados com as avaliações realizadas pela amostra acerca do pensamento selecionado como o mais desagradável e como o mais frequente respetivamente.

No que respeita ao pensamento mais desagradável, as avaliações mais frequentes na amostra total dizem respeito ao incómodo que o pensamento intrusivo pode causar (média=1.918; DP=1,418) (Apêndice 8), sendo que 25,6% (n=41) considera que o pensamento mais desagradável é muito incomodo (Apêndice 7).

As cinco avaliações que melhor descrevem a experiência dos indivíduos relativamente às suas intrusões mais desagradáveis são: “não é em absoluto difícil eliminar a intrusão quando aparece” (n=80; 50%); “ter a intrusão não implica nenhum dano para si ou para os outros” (n=73; 45,6%); “a intrusão desagradável não é nada inaceitável” (n=59; 36,9%); “é algo provável que se torne real” (n=59; 36,9%), sendo que um número semelhante considera que não é provável que se torne real (n=56: 35%); e não se sentir minimamente responsável pelo dano infringido a si ou aos outros por experienciar a intrusão (n=54; 33,8%) (Apêndice 7).

Como apresentado na descrição do instrumento, as avaliações podem ser agrupadas em avaliações de significado pessoal e em consequências temidas. As avaliações de significado pessoal para a intrusão mais desagradável obtiveram uma média superior, 1,53 ( $DP=1,14$ ) na frequência de atribuição do que as consequências temidas com média de 1,23 ( $DP=1,03$ ).

A avaliação mais encontrada para a intrusão mais frequente na amostra corresponde ao desejo de evitar situações ( $M=1,700$ ;  $DP=1,585$ ) (Apêndice 9), sendo que 22,5% ( $n=36$ ) refere que valoriza sempre dessa forma, 25,7% ( $n=41$ ) valoriza assim frequentemente e às vezes, e 35% ( $n=56$ ) refere que nunca valoriza o pensamento deste modo (Apêndice 10).

As cinco avaliações atribuídas por esta amostra relativamente às suas intrusões mais frequentes são que experienciar essa intrusão não o faz sentir nada culpado ( $n=82$ ; 51,3%); ter a intrusão não implica nenhum dano para si ou para os outros ( $n=81$ ; 50,6%); não é em absoluto difícil eliminar esse pensamento ( $n=71$ ; 44,4%); a intrusão não é nada inaceitável ( $n=64$ ; 40%); e não é provável que se torne real ( $n=56$ ; 35%) (Apêndice 10).

Tal como para a intrusão mais desagradável, também para a mais frequente a avaliação atribuída mais frequentemente foi a de significado pessoal ( $M=1,33$ ;  $DP=1,14$ ) face às consequências temidas ( $M=1,29$ ;  $DP=1,03$ ) (Apêndice 10).

Pelas análises descritivas foram observadas algumas diferenças no que respeita às avaliações atribuídas para o pensamento mais desagradável e para o pensamento mais frequente.

De forma a perceber se essas diferenças são significativas realizou-se um Teste  $t$  para amostras emparelhadas, destacando-se das dez avaliações realizadas, quatro com diferenças estatisticamente significativas: Incómodo causado pela intrusão ( $t=3,879$ ;  $p=0,000$ ); culpa sentida ( $t=2,948$ ;  $p=0,004$ ); Inaceitabilidade da intrusão ( $t=2,023$ ;  $p=0,045$ ) e responsabilidade pelo dano que poderá causar ( $t=2,201$ ;  $p=0,029$ ). Estas avaliações obtiveram médias mais elevadas para o pensamento mais desagradável do que para o mais frequente. Também quando agrupadas, as avaliações de significado pessoal são mais elevadas significativamente para o pensamento mais desagradável ( $t=3,062$ ;  $p=0,003$ ). Se atendermos ao tamanho do efeito, apenas as avaliações de que a intrusão incomoda e provoca culpa têm efeitos pequenos, sendo que para todas as outras são insignificantes (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação entre as avaliações atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente

<b>Avaliações</b>	Desagradável (M)	Frequente (M)	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
Incomoda	1,92	1,52	3,879	,000	0,27
Culpa	1,22	0,96	2,948	,004	0,21
Condicionar os atos/ Poder acontecer	1,63	1,50	1,518	,131	0,09
Dificuldade em eliminar	0,94	1,10	-1,773	,078	-0,13
Inaceitável	1,33	1,11	2,023	,045	0,17
Probabilidade em que se torne real	1,11	1,27	-1,740	,084	-0,14
Importância em controlar ou eliminar	1,69	1,59	0,977	,330	0,07
Implica dano ou perigo	1,17	1,05	1,242	,216	0,09
Ser responsável pelo dano	1,59	1,37	2,201	,029	0,16
Evitar situações	1,84	1,70	1,290	,199	0,09
<b>Avaliações Agrupadas</b>					
Significado Pessoal	1,54	1,33	3,062	,003	0,18
Consequências Temidas	1,23	1,30	-1,501	,295	-0,06

Se tivermos em conta apenas os indivíduos que escolheram o pensamento desagradável diferente do frequente ( $n=124$ ), as diferenças encontradas são praticamente as mesmas. No entanto, o sentir-se responsável pelo dano causado, passa a ser significativamente superior no pensamento mais frequente ( $t=-2,286; p=0,024$ ). Ao nível do tamanho do efeito todos os valores significativos obtiveram um tamanho pequeno, sendo que os não significativos foram todos insignificantes (Tabela 4).

De salientar que para os indivíduos que selecionaram o mesmo pensamento como o mais frequente e o mais desagradável, também a avaliação do pensamento mais desagradável obteve uma média significativamente superior ao nível do incómodo causado ( $t=2,372; p=,023$ ), embora em termos do tamanho do efeito este seja insignificante ( $d=0,09$ ) (Apêndice 11).

Tabela 4. Comparação entre as avaliações atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram pensamentos diferentes

<b>Avaliações</b>	Desagradável (M)	Frequente (M)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Incomoda	2,02	1,56	3,620	,000	0,33
Culpa	1,27	0,93	2,864	,005	0,26
Condicionar os atos/ Poder acontecer	1,71	1,53	1,695	,093	0,13
Dificuldade em eliminar	0,93	1,15	-1,925	,057	-0,18
Inaceitável	1,47	1,16	2,221	,028	0,24
Probabilidade em que se torne real	1,15	1,37	-1,842	,068	-0,18
Importância em controlar ou eliminar	1,76	1,58	1,304	,195	0,12
Implica dano ou perigo	1,21	1,07	1,065	,289	0,10
Ser responsável pelo dano	1,37	1,67	-2,286	,029	0,21
Evitar situações	1,95	1,74	1,557	,122	0,14

<b>Avaliações Agrupadas</b>					
Significado Pessoal	1,62	1,34	3,135	,002	0,26
Consequências Temidas	1,27	1,35	-1,066	,289	-0,08

*Estratégias de controlo da intrusão mais desagradável e mais frequente*

À semelhança do descrito para a avaliação das intrusões, a segunda parte do ROII permite também analisar as estratégias de controlo utilizadas para a intrusão mais desagradável e para a intrusão mais frequente. O ROII distingue dez estratégias, das quais as quatro primeiras são adaptativas (“Distraio-me pensando algo agradável”; “Faço algo que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão”; “Distraio-me a fazer algo”; “Penso noutra coisa ou imagem que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão”), outras cinco desadaptativas (“Reflico comigo mesmo tentando comprovar que a intrusão é estúpida e irracional”; “Procuo tranquilizar-me ou certificar-me junto de outras pessoas de que a intrusão não se torna realidade”; “Digo para mim próprio: ‘Pára!’”; “Rezo”; “Tento tranquilizar-me ou convencer-me de que tudo está bem”) e uma passiva (“Não faço nada para me libertar dela”).

No apêndice 12 e 14 são apresentadas as frequências e no apêndice 13 e 15 a média, desvio padrão, moda, mínimo e máximo, relacionados com cada estratégia de controlo utilizada para o pensamento desagradável e para o pensamento frequente respetivamente.

No que diz respeito ao pensamento mais desagradável, a estratégia de controlo para reduzir o mal-estar associado à intrusão, ou para desfazer-se dela, a menos utilizada é rezar (n=93; 58,1%); a que foi selecionada mais vezes como a raramente utilizada é a procura de tranquilização junto de outras pessoas (n=34;21,3%); a que é mais utilizada às vezes é o fazer algo que o sujeito sabe que elimina a ansiedade associada à intrusão (n=50; 31,3%); a mais utilizada com frequência é pensar noutra coisa que sabe que elimina a ansiedade associada à intrusão (n=48; 30%), e a que foi mais referida como sempre utilizada foi dizer para si próprio para parar (n=31; 19,4) (Apêndice 12).

Em termos de médias, as estratégias de controlo mais utilizadas pela amostra dizem respeito a distrair-se pensando em algo agradável (M= 2,050 DP=1,349), refletir consigo mesmo tentando comprovar que a intrusão é estúpida e irracional (M=2,025; DP=1,436), e tentar tranquilizar-se ou convencer-se que está tudo bem (M=2,006; DP=1,398) (Apêndice 13).

Relativamente à frequência com que os inquiridos utilizam estratégias de controlo para reduzir o mal-estar associado a uma intrusão que experimentam com frequência, verificamos que por vezes a estratégia utilizada é fazer algo que o sujeito sabe que elimina a ansiedade associada à intrusão (n=50; 31,3%); com frequência a estratégia utilizada é também a de fazer algo que o sujeito sabe que elimina a ansiedade associada à intrusão (n=40; 25%), distrair-se fazendo algo (n=39; 24,4%), pensar noutra coisa que sabe que elimina a ansiedade associada à intrusão (n=38; 23,8%), e refletir consigo mesmo tentando comprovar que a intrusão é estúpida e irracional (n=37; 23,1%). As estratégias que apresentam maior frequência como sendo as sempre utilizadas são: distrair-se pensando em algo agradável (n=32; 21,3%), e tentar tranquilizar-se ou convencer-se de que está tudo bem (n=32; 20%) (Apêndice 14).

As estratégias de controlo menos utilizadas em relação ao pensamento mais frequente são, tal como as menos utilizadas em relação ao pensamento mais desagradável, rezar (n=98; 61,3%) e não fazer nada para se libertar da intrusão (n=87; 54,4%) (Apêndice 14).

Finalmente no que respeita aos valores médios, as estratégias de controlo mais utilizadas na amostra total dizem respeito a distrair-se pensando em algo agradável (M=2,031 DP=1,459) ou tentar tranquilizar-se ou convencer-se que está tudo bem (M=2,012; DP=1,431) e fazer algo que a pessoa sabe que elimina a ansiedade associada à intrusão (M=1,968; DP=1,285) (Apêndice 15).

Apesar das estratégias de controlo menos utilizadas serem as mesmas para o pensamento desagradável e frequente, as mais utilizadas são diferentes. Serão as diferenças significativas? Segundo o Teste t para amostras emparelhadas não há diferenças significativas entre as duas intrusões para nenhuma das estratégias apontadas no questionário, mesmo quando agrupadas, sendo os respetivos efeitos sempre insignificante (Tabela 5).

Tabela 5. Comparação entre as estratégias de controlo atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente

<b>Estratégias</b>	Desagradável (M)	Frequente (M)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Distraio-me pensando algo agradável	2,05	2,03	0,216	,829	0,01
Faço algo que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	1,84	1,97	-1,551	,123	-0,10
Distraio-me a fazer algo	1,89	1,88	0,142	,887	0,00
Penso noutra coisa ou imagem que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	1,92	1,83	1,162	,247	0,07
Reflito comigo mesmo tentando comprovar	2,02	1,83	1,943	,054	0,14

que a intrusão é estúpida e irracional					
Procuo tranquilizar-me ou certificar-me junto de outras pessoas de que não se torna real	1,42	1,55	-1,362	,175	-0,09
Digo para mim próprio: “Pára”	1,81	1,79	0,144	,886	0,01
Não faço nada para me libertar dela	0,86	0,83	0,317	,751	0,02
Rezo	0,82	0,74	1,267	,207	0,06
Tento tranquilizar-me ou convencer-me de que tudo está bem	2,01	2,01	-0,064	,949	0,00
<b>Estratégias Agrupadas</b>					
Estratégias adaptativas	1,93	1,93	-0,026	,979	0,00
Estratégias desadaptativas	1,62	1,59	0,502	,617	0,03
Estratégias passivas	0,86	0,84	0,317	,751	0,02

À semelhança do que foi feito para as avaliações, também para as estratégias se realizou a mesma comparação para o grupo que não selecionou o mesmo pensamento como o mais frequente e desagradável (Tabela 6). Não se verificaram diferenças significativas entre os dois tipos de pensamento, tal como o sucedido quando analisada a amostra no seu total. No entanto, para o grupo que escolheu o mesmo pensamento, quando responderam à estratégia “Digo para mim próprio para!” selecionaram-na como mais utilizada no pensamento mais frequente ( $t=-2,089$ ;  $p=0,044$ ), embora o tamanho do efeito seja insignificante ( $d=-0,06$ ) (Apêndice 16).

Tabela 6. Comparação entre as estratégias de controlo atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram pensamentos diferentes

<b>Estratégias</b>	Desagradável (M)	Frequente (M)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Distraio-me pensando algo agradável	2,20	2,15	0,441	,660	0,03
Faço algo que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	1,91	2,11	-1,837	,069	-0,16
Distraio-me a fazer algo	1,99	1,98	0,072	,943	0,01
Penso noutra coisa ou imagem que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	1,96	1,82	1,361	,176	0,11
Reflito comigo mesmo tentando comprovar que a intrusão é estúpida e irracional	2,12	1,91	1,642	,103	0,15
Procuo tranquilizar-me ou certificar-me junto de outras pessoas de que não se torna real	1,50	1,65	-1,237	,219	-0,11
Digo para mim próprio: “Pára”	1,90	1,85	0,436	,663	0,03
Não faço nada para me libertar dela	0,85	0,89	-0,435	,664	-0,03
Rezo	0,86	0,77	1,268	,207	0,09
Tento tranquilizar-me ou convencer-me de que tudo está bem	2,15	2,17	-0,197	,844	-0,02
<b>Estratégias Agrupadas</b>					
Estratégias adaptativas	2,02	2,02	0,000	1,00	0,00
Estratégias desadaptativas	1,70	1,66	0,459	,647	0,04
Estratégias passivas	0,85	0,89	-0,435	,664	-0,03

***Preditores da frequência de intrusões mais frequentes e desagradáveis***

De forma a caracterizar a relação entre intrusões, avaliações e estratégias para cada uma das intrusões selecionadas, mais desagradável e mais frequente, utilizou-se a correlação de *Pearson* agrupando os dados consoante a intrusão.

Para a intrusão mais desagradável, observam-se correlações fracas e moderadas significativas entre as avaliações e os diferentes fatores. Ao nível das estratégias, as desadaptativas não apresentam correlação com alguns fatores, nomeadamente, a agressão contra outros, o sexo e condutas embaraçosas, os impulsos autoagressivos e os comportamentos socialmente repreensíveis. A estratégia passiva apresenta apenas correlações fracas significativas com a agressão contra outros, a autoagressão, os comportamentos socialmente repreensíveis e a dúvida (Tabela 7).

Tabela 7. Correlações entre as avaliações, estratégias e os fatores para o pensamento mais desagradável

Fatores	Avaliações		Estratégias		
	Significado pessoal	Consequências	Adaptativas	Desadaptativas	Passivas
Agressão contra outros	,313**	,335**	,233**	,130	,156*
Sexo	,224**	,232**	,272**	,105	-,039
Autoagressão	,357**	,288**	,266**	,112	,269**
Auto e hétero agressão comportamental	,380**	,369**	,341**	,187*	,123
Comportamentos socialmente repreensíveis	,247**	,322**	,150	,023	,162*
Delitos	,327**	,295**	,261**	,173*	,123
Ordem	,240**	,236**	,266**	,212**	,130
Contaminação	,306**	,303**	,262**	,206**	,015
Dúvida	,353**	,286**	,274**	,188*	,204**

\*  $p < ,05$

\*\*  $p < ,005$

No que diz respeito ao pensamento mais frequente, as correlações apresentam-se também fracas e moderadas ao nível das avaliações, e estratégias adaptativas. As estratégias desadaptativas apenas se correlacionam com o fator ordem e dúvida, de forma fraca; e a estratégia passiva não apresenta correlação com o fator relativo aos conteúdos sexuais, comportamentos de auto e hétero agressão, ordem e dúvida (Tabela 8).

Tabela 8. Correlações entre as avaliações, estratégias e os fatores para o pensamento mais frequente

Fatores	Avaliações			Estratégias	
	Significado pessoal	Consequências	Adaptativas	Desadaptativas	Passivas
Agressão contra outros	,338**	,288**	,288**	,134	,219*
Sexo	,244**	,194**	,248**	,037	,021
Autoagressão	,445**	,333**	,294**	,109	,186*
Auto e hétero agressão comportamental	,407**	,343**	,342**	,150	,145
Comportamentos socialmente repreensíveis	,296**	,275**	,223**	,099	,233**
Delitos	,351**	,222**	,263**	,129	,225**
Ordem	,217**	,264**	,237**	,156*	,023
Contaminação	,235**	,333**	,186*	,067	,161*
Dúvida	,418**	,329**	,302**	,193*	,121

\*  $p < ,05$ \*\*  $p < ,005$ 

Correlacionou-se ainda as avaliações com as estratégias também tanto para a intrusão mais desagradável como para a mais frequente. No que diz respeito à mais desagradável, verificam-se correlações moderadas muito significativas entre o significado pessoal e a utilização de estratégias adaptativas e desadaptativas. Em relação às consequências temidas, apresenta uma correlação moderada com a utilização de estratégias adaptativas e fraca com as estratégias desadaptativas. As estratégias passivas não apresentam qualquer relação com as avaliações (Tabela 9).

Tabela 9. Correlação entre as avaliações e as estratégias de controlo para a intrusão mais desagradável

Estratégias	Avaliações	
	Significado Pessoal	Consequências
Adaptativas	,428**	,356**
Desadaptativas	,339**	,260**
Passivas	-,022	,073

\*  $p < ,05$ \*\*  $p < ,005$ 

Relativamente ao pensamento mais frequente, destaca-se uma correlação forte entre a atribuição de significado pessoal e a utilização de estratégias adaptativas e, e moderada com a utilização de estratégias desadaptativas. Ao nível das consequências as correlações são fracas com a utilização de estratégias quer adaptativas, quer desadaptativas. As estratégias passivas também não apresentam correlação significativa com as avaliações (Tabela 10).

Tabela 10. Correlação entre as avaliações e as estratégias de controlo para a intrusão mais frequente

Estratégias	Avaliações	
	Significado Pessoal	Consequências
Adaptativas	,522**	,272**
Desadaptativas	,361**	,222**
Passivas	,019	,079

\*  $p < ,05$ \*\*  $p < ,005$ 

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados procuraram caracterizar e analisar a frequência e intensidade dos pensamentos intrusivos numa amostra não clínica, comparando as avaliações e estratégias de controlo utilizadas para um pensamento enunciado como o mais desagradável, e para um pensamento enunciado como o mais frequente.

Neste estudo, após responderem a uma primeira parte com uma lista de 36 intrusões, onde os sujeitos identificavam a frequência com que experimentavam as mesmas ao longo do tempo (e a possibilidade de acrescentarem três intrusões não contidas na lista), era pedido a cada participante que avaliasse a intrusão mais desagradável, e seguidamente que identificasse as estratégias de controlo da mesma, e por último, que fizesse exatamente o mesmo procedimento para a intrusão mais frequente.

Tal como esperado, a maior parte dos sujeitos revelaram ter pelo menos uma intrusão ao longo da vida, sendo que o valor registado situa-se entre o intervalo indicado na literatura para a existência de intrusões na população não clínica, situado entre os 79% e os 99% (Barrera & Norton, 2011; Garcia-Soriano et al., 2011; Julien, O'Connor, & Aardema, 2009; Radomsky, et al., 2014).

Os sujeitos inquiridos experimentaram em média 14,24 intrusões, obtendo uma pontuação na primeira parte do ROII de 29,2, comprovando-se também que o ROII é, conforme demonstrado noutros estudos, um instrumento válido e sensível ao estudo das intrusões na população não clínica (Julien, O'Connor, & Aardema, 2009).

Os fatores que obtiveram pontuações mais elevadas foram os relativos aos temas de contaminação, dúvida e ordem. As intrusões que englobam dúvida são frequentemente as consideradas como as mais comuns em algumas investigações

(Garcia-Soriano, Belloch, Morillo, & Clark, 2011; Radomsky, et al., 2014), sendo também comuns em amostras clínicas (Khanna et al., 1990).

Confirma-se, assim, o referido nos modelos teóricos de origem cognitiva de que a população geral tem intrusões de vários conteúdos (Clark & Rhino, 2005.; Rachman, 1997; Riggs & Foa, 1999; Salkovskis, 1999), sendo uma das razões que valida a utilização de amostras não clínicas como amostras análogas (Abramowitz, et al., 2014).

Assim, parece que a população portuguesa representada nesta amostra comporta-se, em termos de número e conteúdo das intrusões, de forma semelhante à dos outros países (Radomsky, et al., 2014).

Confirmando o já encontrado noutros estudos relativamente às características gerais da amostra portuguesa, vamos agora tentar compreender se existem ou não diferenças entre o pensamento mais desagradável e o mais frequente.

A primeira diferença remete para a diferenciação que o próprio indivíduo consegue fazer entre um e outro. A maior parte dos inquiridos (n=124) consideraram que o pensamento que causava mais desagrado não era o mais frequente, atribuindo também diferentes avaliações ao nível do incómodo, culpa, inaceitabilidade e autorresponsabilização. Estas avaliações que se revelaram estatisticamente superiores no pensamento mais desagradável, evidenciam que a frequência pode não implicar uma avaliação tão negativa (Belloch et al., 2004; Purdon & Clark, 1994). De facto, o pensamento mais frequente não tem necessariamente que ser o causa mais incómodo e vice-versa, o que se reflete no presente estudo, uma vez que a maior parte das pessoas selecionou duas intrusões distintas quando inquiridas sobre a mais frequente e a mais desagradável.

Segundo Rachman (1997) as intrusões mais incómodas tendem a ser as mais frequentes, o que não se verifica no presente estudo, uma vez que o nível de incómodo é superior na intrusão mais desagradável, que por sua vez não é a mesma que a mais frequente. Clark (2004), no entanto, refere que o incómodo é responsável pelo aumento da intensidade da intrusão, ou seja da forma como esta afeta o indivíduo, sendo por isso normal que surja como uma das avaliações mais atribuídas no pensamento que causa mais desagrado.

No que diz respeito à culpa, outros estudos evidenciaram a sua influência ao nível da intensidade com que a intrusão é sentida (Sica et al., 2007), sendo uma das avaliações destacadas por Salkovski (1999) como fator de vulnerabilidade no

desenvolvimento da POC. Confirma-se aqui que a intrusão mais desagradável é avaliada com mais culpa.

Outra das avaliações que se diferenciam entre o pensamento mais desagradável e o mais frequente é a inaceitabilidade, algo já referido por Clark (2004) como diferenciador no desenvolvimento da POC. Assim, o facto da intrusão ser inaceitável, ou seja, incompatível com o sistema de crenças do indivíduo, pode conduzir ao aumento do desagrado (Langlois, Freeston & Ladouceur, 2000), embora a sua influência seja inferior na frequência.

A responsabilidade sentida pelo dano que pode causar a si próprio ou aos outros, tem sido destacado na literatura como um dos fatores a ter em conta no desenvolvimento da POC, tendo sido reconhecido o seu impacto na intensidade da intrusão (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005; Rachman, 1997).

Os resultados encontrados comprovam o reconhecido em outras investigações que destacam o incómodo, a culpa, a inaceitabilidade e autorresponsabilização como determinantes no desenvolvimento da POC (Amir, Cashman, & Foa, 1997; Freeston et al., 1991; Smári & Holmsteinsson, 2001), evidenciando que as avaliações são mais negativas no pensamento identificado como o mais desagradável do que no pensamento identificado como mais frequente.

Alguns estudos referem que a frequência da intrusão está associada ao medo de que a intrusão se possa tornar real (Belloch et al., 2004), no entanto, neste estudo, embora a probabilidade de se tornar real tenha obtido uma média mais elevada no pensamento mais frequente do que no mais desagradável, este resultado não foi significativo ( $p=0,084$ ). Dado o valor de significância ainda assim ser baixo, embora não significativo, recomenda-se futuros estudos que averiguem a importância da Fusão Pensamento Ação no aumento da frequência do comportamento.

Algo curioso mas que também não se revelou significativo foi que as avaliações para o pensamento frequente com base nas consequências temidas foram mais elevadas (reforça-se que sem significância estatística) no fator que engloba as consequências temidas, o que parece de certa forma ir ao encontro de que a frequência pode estar mais relacionada com o medo da consequência real, do que propriamente com fatores intrínsecos relacionados com valores e de significado pessoal. Assim, o facto de ter sido significativa a diferença entre as avaliações de significado pessoal, sendo superiores no pensamento mais desagradável do que no mais frequente, parece demonstrar que o primeiro vai depender de atribuições de significado pessoais, como as crenças, culpa e

autorresponsabilização, e o segundo poderá estar mais relacionado com consequências temidas. A reforçar este resultado, destaca-se que a avaliação mais atribuída ao pensamento mais frequente foi a de ser importante controlar ou eliminar o pensamento, confirmado o pressuposto das teorias cognitivas de que a necessidade de controlar ou eliminar pode aumentar a frequência (Clark D. , 2004; Purdon C. , 2008; Salkovskis P. , 1999).

Assumindo que as avaliações são menos negativas, regra geral, no pensamento mais frequente do que no mais desagradável, conclui-se que a frequência não tem um peso tão preponderante no desenvolvimento da POC, mantendo a dúvida sobre a sua diferenciação tal como sucedido em outros estudos (Julien, O'Connor, & Aardema, 2009).

Purdon e Clark (1994) referem que o pensamento mais frequente nem sempre se apresenta como o mais desagradável, o que nos sugere que poderão ter características diferentes, nomeadamente ao nível das avaliações e estratégias de controlo, algo referido na literatura como diferenciador entre sujeitos com e sem POC (Rowa, Purdon, Summerfeldt, & Antony, 2005; Sica et al., 2007; Yorulmaz et al., 2008). Esperava-se assim que também as estratégias de controlo fossem diferentes. No entanto, não se encontraram diferenças significativas para nenhuma das estratégias contempladas no ROII entre o pensamento mais desagradável e o mais frequente.

Apenas de referir uma diferença marginal ( $p=0,054$ ) na estratégia “Reflito comigo mesmo tentando comprovar que a intrusão é estúpida e irracional”, mais utilizada no pensamento que causa mais desagrado. Parece assim, que esta estratégia desadaptativa poderá ter alguma contribuição na manutenção do incómodo causado no pensamento mais desagradável, uma vez que tenta minimizar a ocorrência da intrusão através da sua depreciação.

No entanto considerando apenas os resultados significativos, e atendendo a que não houve diferenças, é importante relembrar o pressuposto de Freeston e Ladouceur (1993) que referem que a mesma estratégia pode ser adaptativa ou desadaptativa consoante o objetivo para o qual está a ser utilizada. Assim, podem não se verificar diferenças, uma vez as estratégias não serão à partida diferentes, ainda que o pensamento mais desagradável possa ser mais desajustado que o mais frequente. As estratégias sendo as mesmas, poderão ter objetivos diferentes.

Em suma, este estudo permitiu perceber que as características, nomeadamente as avaliações são diferentes em dois tipos de pensamentos enunciados pelos sujeitos, e que

a avaliação é mais negativa no pensamento mais desagradável, salientando a importância das atribuições de significado no desconforto causado pela intrusão. Assim, o principal fator a ter em conta no estudo das intrusões e no seu impacto na saúde mental é a avaliação atribuída, sugerindo-se estudos que recorram a outras metodologias que permitam comprovar a inexistência de diferenças na utilização de estratégias, por exemplo, utilizando outros instrumentos de avaliação ou ainda investigações que comparem amostras clínicas e não clínicas ao nível quer do pensamento mais desagradável quer do mais frequente.

## **CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES**

A presente dissertação teve como principal objetivo analisar a presença de pensamentos intrusivos análogos às obsessões, na população não clínica portuguesa, nomeadamente a intensidade e frequência destes pensamentos. A pertinência deste estudo prende-se com o facto de ser necessário compreender as avaliações e estratégias associadas às intrusões, diferenciando as direcionadas para o pensamento mais desagradável e para o mais frequente. Torna-se especialmente importante conhecer as avaliações realizadas e as estratégias utilizadas no caso do pensamento mais frequente uma vez que normalmente os estudos incidem apenas no pensamento mais desagradável.

Verificou-se que, dos 160 sujeitos envolvidos neste estudo 97,5% referiram já ter experimentado intrusões mentais pelo menos uma vez na vida. Estes resultados reforçam a premissa assente na perspetiva cognitiva-comportamental da perturbação obsessivo-compulsiva de que o pensamento obsessivo tem origem em cognições intrusivas normais (Riggs & Foa, 1999). Por outro lado verificamos também que a frequência com que surgem estes pensamentos ao longo do dia é baixa o que nos sugere que a presença destes pensamentos não interfere substancialmente com a vida dos sujeitos, algo necessário para que as intrusões sejam clinicamente significativas (APA, 2014).

Partindo do pressuposto de que a distinção entre intrusões mentais “normais”, ou seja, não significativas clinicamente, e obsessões não se encontra no conteúdo das mesmas (Salkovskis & Harrison, 1984), procurou-se analisar a avaliação atribuída e as estratégias de controlo utilizadas tanto para o pensamento mais desagradável como para o mais frequente.

A presente amostra não seleciona (sempre) o pensamento mais desagradável como sendo o que apresenta com mais frequência, levantando a questão “então qual será a diferença entre eles, se não é por ser mais desagradável que irá aparecer mais vezes?”

Verificou-se que, no que se refere ao desconforto provocado pela presença de pensamentos intrusivos, os pensamentos que provocam mais desagrado são valorizados como mais incómodos e inaceitáveis que os pensamentos que se apresentam com mais frequência, e o sujeito sente mais culpa e responsabilidade por experimentar uma intrusão desagradável do que uma frequente. Pensamos que as avaliações selecionadas pelos sujeitos deste estudo para o pensamento mais desagradável reforçam os dados encontrados na literatura relativamente ao papel das avaliações na presença e manutenção da POC (Taylor, 2011), uma vez que estas avaliações negativas estão menos presentes em pensamentos elegidos como mais frequentes, que não causam por essa razão mais incómodo ou desconforto. Assim, parece que o desagrado causado pelo pensamento não vai depender tanto da frequência com que sente a intrusão mas mais da avaliação atribuída.

Relativamente às estratégias de controlo utilizadas não se verificam diferenças significativas quando os sujeitos experimentam um pensamento desagradável ou quando experimentam um com frequência. Sendo que as estratégias utilizadas são frequentemente as mesmas.

Em suma, a forma como os sujeitos avaliam a presença de um pensamento intrusivo ou seja, as avaliações que fazem do mesmo, parecem ser mais relevantes do que as estratégias de controlo que utilizam para eliminá-lo, independentemente da frequência com que experimentam esse pensamento.

Relativamente às limitações encontradas, a principal remete para a desejabilidade social, uma vez que os resultados evidenciam uma maior frequência ao nível das intrusões relacionadas com ordem, contaminação e dúvida, temas socialmente aceites, que estão presentes no quotidiano, enquanto que os temas como delitos e comportamentos socialmente inaceitáveis apresentam baixa frequência, uma vez que são condenados socialmente. Sugere-se que em investigações futuras se utilize um instrumento de medida da desejabilidade social, ou metodologias que minimizem esta questão, apesar desta questão ser frequentemente identificada em diferentes estudos, não havendo, todavia, uma metodologia ideal para a ultrapassar (Barrera & Norton, 2011).

Outra das limitações deve-se ao facto de não terem sido utilizados outros instrumentos que possam medir dimensões relacionadas com o mal-estar psicológico

que possam estar correlacionadas com a frequência e intensidade das intrusões, e que possam aferir que se trata efetivamente de uma população não-clínica.

Por último é de referir também como limitação a dimensão do instrumento que foi considerado muito extenso por parte dos inquiridos, e verificado pelo número de questionários incompletos. Como sugestão salientamos a importância de reconsiderar, por um lado, o número de intrusões apresentadas, uma vez que algumas intrusões não foram selecionadas, e por outro, dar especial foco às avaliações e estratégias de controlo, uma vez que são estas que se assumem como fatores de vulnerabilidade no desenvolvimento da POC.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abramowitz, J., Deacon, B., Olatunji, B., Wheaton, M., Berman, N., Losardo, D., & al, e. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment, 22*, 180-192.
- Abramowitz, J., Fabricant, L., Taylor, S., Deacon, B., McKay, D., & Storch, E. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical Psychology Review, 34*, 20-217.
- Adam, Y., Meintschmidt, G., Gloster, A., & Lieb, R. (2012). Obsessive-Compulsive disorder in community: 12 month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*, 339-349.
- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 775-777.
- APA. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais V*. Lisboa: Climepsi.
- Arntz, A., Vomcken, M., & Goosen, A. (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 425-435.
- Barrera, T., & Norton, P. (2011). The appraisal of intrusive thoughts in relation to obsessional-compulsive symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy, 40*, 98-110.
- Belloch, A., Morillo, C., & García-Sotano, G. (2007). Obsessive themes, evaluative appraisals, and thought control strategies: Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 5-20.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., & Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: the role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*, 100-110.
- Clark, D. (1992). Depressive, anxious and intrusive thoughts in psychiatric inpatients and outpatients. *Behaviour Research and Therapy, 30*, 93-102.
- Clark, D. (2004). *Cognitive-behavior therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Clark, D., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychology, 28*, 161-167.

- Clark, D., & Rhino, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals: implications for clinical disorders. Em D. Clark, *Intrusive thoughts in clinical disorders: theory, research, treatment* (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Coles, M., Mennin, D., & Heimberg, R. (2001). Distinguishing obsessive features and worries: The role of thought action fusion. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 947-959.
- Cuttler, C., & Taylor, S. (2012). Did I forgot to lock the door? The link between prospective memory failures and doubt in the compulsion to check. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 437-454.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2011). *Statistics without maths for psychology: Using SPSS for windows*. New York: Prentice Hall/Pearson.
- Fergus, T., & Wu, K. (2010). Is worry a thought control strategie relevant to obsessive compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 269-274.
- Flament, M., Whitaker, A., Rapoport, J., Davies, M., Berg, C., Kalikow, K., & et al. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27, 764-771.
- Foa, E., Huppert, J., Leilberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & al, e. (2002). The obsessive-compulsive inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496.
- Freeston, M., & Ladouceur, R. (1993). Appraisal of cognitive intrusions and response style: replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 181-191.
- Freeston, M., & Ladouceur, R. (1998). The cognitive-behavioural treatment of obsessions. Em V. Caballo, *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders* (pp. 129-160). New York: Pergamon.
- Freeston, M., Ladouceur, R., Provencher, M., & Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: Context, appraisal, mood, and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 201-215.
- Freeston, M., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population: I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.

- Garcia-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., & Clark, D. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 474-482.
- Grabe, H., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H., Freyberger, H., Dilling, H., & et al. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 262-268.
- Jimenez-Ros, A. (2011). *Pensamientos intrusos obsesivos, valoraciones y estrategias de control en individuos no clínicos portugueses*. Huelva: Universidad de Huelva - Tese de Doutoramento.
- Jimenez-Ros, A., & Pascual, L. (2004). Exploración de intrusiones, valoraciones y estrategias de control en la población general portuguesa. *Actas do IV Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Julien, D., O'Connor, K., & Aardema, F. (2009). Intrusions related to obsessive-compulsive disorder: A question of content or context? *Journal of Clinical Psychology*, 65, 709-722.
- Karon, B., & Widener, A. (1995). Psychodynamic Therapies in Historical Perspective. Em B. Bongar, & L. Beutler, *Comprehensive Textbook of Psychotherapy - Theory and Practice* (pp. 24-47). Oxford: Oxford University Press.
- Kessler, R., Berglund, P., Demier, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Khanna, S., Gokul, B., Reddy, P., Khanna, N., & Channabasavanna, S. (1990). Humoral immune response in obsessive-compulsive disorder. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 13, 31-37.
- Ladouceur, R., Freeston, M., Rhéaume, J., Dugas, M., Gagnon, F., Thibodeau, N., & et al. (2000). Strategies used with intrusive thoughts: A comparison of OCD patients with anxious and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 179-187.

- Langlois, F., Freeston, M., & Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: Study 1. *Behaviour, Research and Therapy*, 38, 157-173.
- Lee, H., Kwon, S., Kwon, J., & Telch, M. (2005). Testing the autogenous-reactive model on obsessions. *Depression and Anxiety*, 21, 118-129.
- Macedo, A., & Pocinho, F. (2007). *Obsessões e Compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. Coimbra: Quarteto.
- Marcks, B., & Woods, D. (2007). Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: an analog to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2640-2651.
- Morillo, C., Belloch, A., & Garcia-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319-1333.
- Moulding, R., Coles, M. A., Alcolado, G., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., & al., e. (2014). Part 2. They scare because we care: The relationship between obsessive intrusive thoughts and appraisals and control strategies across 15 cities. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 3, 280-291.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory: Part 2, factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1523-1543.
- Obsessive Compulsive Working Group. (1997). Cognitive Assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 7, 667-681.
- Purdon, C. (2008). Unacceptable obsessional thoughts and covert rituals. Em J. Abramowitz, D. McKay, & S. Taylor, *Clinical Handbook of obsessive-compulsive disorder and related problems* (pp. 61-75). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Purdon, C., & Clark, D. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 713-720.
- Purdon, C., & Clark, D. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects II: cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.

- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 793-802.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625-639.
- Rachman, S., & Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-238.
- Radomsky, A., Alcolado, G., Abramowitz, J., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., & al., e. (2014). You can run but you can't hide: intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 269-279.
- Rassin, E., Coughle, J., & Muris, P. (2007). Content difference between normal and abnormal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2800-2803.
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Spaan, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 231-237.
- Riggs, D., & Foa, E. (1999). Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em D. Barlow, *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (pp. 217-271). Porto Alegre: Artmed.
- Rodgers, J., & Nicewander, W. (1988). Thirteen ways to look at the correlation coefficient. *The American Statistician*, 42, 59-66.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L., & Antony, M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others? *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1453-1465.
- Salkovskis, P. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Salkovskis, P., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P., Wroe, A., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristics of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L., & Franceschini, S. (2007). Metacognitive Beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: a preliminary prospective study on an Italian non clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 258-268.

- Smári, J., & Holmsteinsson, H. (2001). Intrusive thoughts, responsibility and attitudes, thought-action-fusion, and chronic thought suppression in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, 13-20.
- Stigler, S. (2008). Fisher and the 5% level. *Chance*, *21*, 12.
- Summerfeldt, L. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *60*, 1155-1168.
- Taylor, S. (2011). Etiology of obsessions and compulsions: A meta-analysis and narrative review of twin studies. *Clinical Psychology Review*, *31*, 1361-1372.
- Taylor, S., Coles, M., Abramowitz, J., Wu, K., Olatunji, B., Timpano, K., & et al. (2010). How are dysfunctional beliefs related to obsessive-compulsive symptoms? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *24*, 165-176.
- Tolin, D., Worhunsky, P., Brady, R., & Maltby, N. (2007). The relationship between obsessive beliefs and thought-control strategies in a clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, *31*, 307-318.
- Yorulmaz, O., Karanci, A., Bastug, B., Kisa, C., & Goka, E. (2008). Responsibility, thought-action fusion, and thought suppression in Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *64*, 308-317.

# Apêndices

# **Apêndice 1**

## Questionário Sociodemográfico

## Questionário Sociodemográfico

Para responder, leia com atenção o que lhe é solicitado. Assinale só uma opção em cada questão e nunca deixe uma resposta em branco. Considera-se a sua participação de extrema importância, pelo que agradeço, desde já, a sua colaboração e garanto o anonimato das suas respostas.

Grata pela sua colaboração,

Carla Franco  
(Estagiária de Psicologia)

**1. Género:**

Feminino                       Masculino

**2. Idade:** \_\_\_\_\_

**3. Nacionalidade:** \_\_\_\_\_

**4. Estado civil:**

Casado (a)/ União de Facto;    Solteiro(a);    Divorciado(a);    Viúvo(a)

**5. Habilitações académicas:**

1º Ciclo (4ºano/4ª classe);    2º Ciclo (6ºano);    3ºCiclo (9ºano);

Ensino Secundário (12ºano)    Ensino Superior

**6. Situação face ao emprego:**

Empregado;    Desempregado;    Reformado.

**7. Saúde:**

Tem ou teve nos últimos anos acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?

Sim    Não

# **Apêndice 2**

## Consentimento Informado e Autorização

## Consentimento Informado

Os questionários que se seguem inserem-se numa investigação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, a decorrer na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, sob a orientação da Professora Doutora Antónia Ros. Este estudo explora a existência de pensamentos intrusivos do tipo obsessivo na população não-clínica.

No âmbito desta investigação, é necessário recolher dados através de questionários. A sua participação é muito importante, pelo que pedimos gentilmente a sua colaboração no presente estudo. Neste sentido, solicita-se o preenchimento dos questionários anexos a este pedido.

**Os questionários são anónimos e todos os dados aqui recolhidos são totalmente confidenciais.** Os resultados não serão analisados individualmente, mas em termos gerais, conjuntamente com a resposta dos outros participantes.

Os questionários apresentam, no início, instruções de preenchimento. É muito importante que preencha a todas as questões para que os dados possam ser corretamente analisados. Nestes questionários **não há respostas certas ou erradas**, o mais importante é mesmo a sua opinião. O preenchimento dos questionários é fácil e de curta duração, e deve ser respondido individualmente.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade em colaborar e participar neste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Carla Franco  
Doutora Antónia Ros

---

### Consentimento

Declaro ter tido conhecimento sobre a génese do estudo em causa e do seu carácter anónimo e confidencial, e consentido a utilização das respostas declaradas nos questionários para futura investigação científica.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Investigador

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Apêndice 3**

### Frequência dos pensamentos intrusivos

Tabela 11. Frequência dos pensamentos intrusivos

Intrusão	0	1	2	3	4	5	6
	<i>n (%)</i>						
1. Virar bruscamente o volante e sair da estrada	97 (60,6)	31 (19,4)	13 (8,1)	15 (9,4)	4 (2,5)	0	0
2. Atropelar peões ou animais	116 (72,5)	19 (11,9)	14 (8,8)	9 (5,6)	2 (1,3)	0	0
3. Virar bruscamente o volante e meter-se na faixa contrária	107 (66,9)	23 (14,4)	11 (6,9)	14 (8,8)	3 (1,9)	2 (1,3)	0
4. Deixar-me cair	92 (57,5)	30 (18,8)	13 (8,1)	9 (5,6)	9 (5,6)	4 (2,5)	3 (1,9)
5. Atirar-me para a frente do comboio, metro ou carros	131 (81,9)	12 (7,5)	2 (1,3)	8 (5,0)	3 (1,9)	3 (1,9)	1 (0,6)
6. Ferir ou causar dor a um desconhecido	114 (71,3)	21 (13,1)	11 (6,9)	7 (4,4)	4 (2,5)	3 (1,9)	0
7. Dizer algo inadequado ou insultar um desconhecido	80 (50,0)	33 (20,6)	32 (20,0)	9 (5,6)	2 (1,3)	3 (1,9)	1 (0,6)
8. Chocar contra as pessoas no átrio ou apresá-las nas escadas	94 (58,8)	34 (21,3)	17 (10,6)	11 (6,9)	2 (1,3)	1 (0,6)	1 (0,6)
9. Insultar alguém com autoridade, como um polícia ou um padre	100 (62,5)	24 (15,0)	20 (12,5)	12 (7,5)	1 (0,6)	2 (1,3)	1 (0,6)
10. Dizer uma asneira ou insultar alguém	75 (46,9)	41 (25,6)	20 (12,5)	18 (11,3)	6 (3,8)	0	0
11. Empurrar violentamente ou dar um murro a algum deles	100 (62,5)	29 (18,1)	14 (8,8)	12 (7,5)	2 (1,3)	2 (1,3)	1 (0,6)
12. Bater com força nalgum deles	110 (68,8)	24 (15,0)	12 (7,5)	7 (4,4)	3 (1,9)	1 (0,6)	3 (1,9)
13. Ter deixado acesso o lume, o aquecedor ou as luzes, e que isso possa causar um incêndio	67 (41,9)	24 (15,0)	32 (20,0)	16 (10,0)	17 (10,6)	3 (1,9)	1 (0,6)
14. Ter deixado a porta de casa destrancada e que possa estar um intruso dentro	63 (39,4)	38 (23,8)	29 (18,1)	16 (10,0)	10 (6,3)	3 (1,9)	1 (0,6)
15. Ter deixado as torneiras abertas e que isso possa causar uma inundação	102 (63,8)	27 (16,9)	16 (10,0)	4 (2,5)	8 (5,0)	2 (1,0)	1 (0,6)
16. Dizer uma asneira à pessoa que estava a falar	87 (54,4)	34 (21,3)	27 (16,9)	6 (3,8)	3 (1,9)	2 (1,3)	1 (0,6)
17. Arrostar ou expulsar gases de forma ruidosa	116 (72,5)	24 (15,0)	12 (7,5)	3 (1,9)	4 (2,5)	1 (0,6)	0
18. Atirar algo à pessoa que estava a falar	103 (64,4)	27 (16,9)	17 (10,6)	8 (5,0)	2 (1,3)	3 (1,9)	0
19. Sair repentinamente da reunião incomodando as pessoas	101 (63,1)	27 (16,9)	23 (14,4)	3 (1,9)	1 (0,6)	3 (1,9)	2 (1,3)
20. Riscar a pintura dos carros com uma chave ou objeto pontiagudo	110 (68,8)	28 (17,5)	11 (6,9)	6 (3,8)	4 (2,5)	1 (0,6)	0
21. Pegar nalguma coisa e atira-la pela janela	93 (58,1)	35 (21,9)	16 (10,0)	12 (7,5)	2 (1,3)	2 (1,3)	0
22. Partir propositadamente algo que me pertencia ou pertencia aos meus amigos ou familiares	99 (61,9)	27 (16,9)	21 (13,1)	7 (4,4)	3 (1,9)	2 (1,3)	1 (0,6)
23. Roubar algo numa loja	121	25	11	1	2	0	0

embora na realidade não precise disso para nada	(75,6)	(15,6)	(6,9)	(0,6)	(1,3)		
24. Ter relações sexuais com uma pessoa com a que nunca me ocorreria ter relações sexuais	97 (60,6)	32 (20,0)	16 10,0	10 6,3	4 2,5	1 0,6	0 0
25. Ter relações sexuais com uma pessoa que tem autoridade sobre mim	113 (70,6)	20 (12,5)	11 (6,9)	9 (5,6)	6 (3,8)	1 (0,6)	0
26. Ter a braguilha ou blusa aberta	99 (61,9)	32 (20,0)	19 (11,9)	7 (4,4)	0	2 (1,3)	1 (0,6)
27. Participar numa atividade sexual que seja contra as minhas preferências sexuais	121 (75,6)	24 (15,0)	8 (5,0)	4 (2,5)	2 (1,3)	0	1 (0,6)
28. Despir alguma figura de autoridade	110 (68,8)	20 (12,5)	12 (7,5)	13 (8,1)	4 (2,5)	0	1 (0,6)
29. Despir as pessoas com que me encontro	109 (68,1)	23 (14,4)	13 (8,1)	10 (6,3)	3 (1,9)	0	2 (1,3)
30. Ter relações sexuais num lugar público	71 (44,4)	36 (22,5)	23 (14,4)	19 (11,9)	5 (3,1)	2 (1,3)	4 (2,5)
31. Apanharei uma doença de transmissão sexual por tocar o assento ou tampa de uma sanita	74 (46,3)	42 (26,3)	15 (9,4)	11 (6,9)	7 (4,4)	4 (2,5)	7 (4,4)
32. Ficarei sujo ou contaminado/a se tocar os puxadores das portas em lugares públicos	62 (38,8)	40 (25,0)	28 (17,5)	19 (11,9)	4 (2,5)	5 (3,1)	2 (1,3)
33. Ficarei sujo ou contaminado/a se colocar o telefone público na minha orelha	83 (51,9)	29 (18,1)	24 (15,0)	15 (9,4)	2 (1,3)	5 (3,1)	2 (1,3)
34. Necessito comprovar as coisas para certificar-me que absolutamente tudo está no seu lugar	73 (45,6)	30 (18,8)	19 (11,9)	20 (12,5)	9 (5,6)	4 (2,5)	5 (3,1)
35. Necessito comprovar, para ter a certeza, de que todas as partículas de pó tenham sido retiradas do chão	101 (63,1)	21 (13,1)	12 (7,5)	11 (6,9)	6 (3,8)	6 (3,8)	3 (1,9)
36. Necessito comprovar se há pó nos lugares que não se vê	90 (56,3)	23 (14,4)	19 (11,9)	13 (8,1)	6 (3,8)	6 (3,8)	3 (1,9)

0- nunca; 1- poucas vezes; 2- ocasionalmente; 3- às vezes; 4- com frequência; 5- muito frequente; 6 – sempre.

# **Apêndice 4**

Estadística descritiva para os pensamentos  
intrusivos

Tabela 12. Estatística Descritiva para os pensamentos intrusivos

	M	DP	Mo	Min	Máx
1. Virar bruscamente o volante e sair da estrada	0,74	1,11	0	0	4
2. Atropelar peões ou animais	0,51	0,96	0	0	4
3. Virar bruscamente o volante e meter-se na faixa contrária	0,69	1,22	0	0	6
4. Deixar-me cair	0,98	1,51	0	0	6
5. Atirar-me para a frente do comboio, metro ou carros	0,46	1,17	0	0	6
6. Ferir ou causar dor a um desconhecido	0,59	1,15	0	0	5
7. Dizer algo inadequado ou insultar um desconhecido	0,95	1,23	0	0	6
8. Chocar contra as pessoas no átrio ou apresá-las nas escadas	0,75	1,13	0	0	6
9. Insultar alguém com autoridade, como um polícia ou um padre	0,75	1,19	0	0	6
10. Dizer uma asneira ou insultar alguém	0,99	1,18	0	0	4
11. Empurrar violentamente ou dar um murro a algum deles	0,73	1,19	0	0	6
12. Bater com força nalgum deles	0,65	1,25	0	0	6
13. Ter deixado acesso o lume, o aquecedor ou as luzes, e que isso possa causar um incêndio	1,41	1,51	0	0	6
14. Ter deixado a porta de casa destrancada e que possa estar um intruso dentro	1,28	1,39	0	0	6
15. Ter deixado as torneiras abertas e que isso possa causar uma inundação	0,74	1,26	0	0	6
16. Dizer uma asneira à pessoa que estava a falar	0,84	1,17	0	0	6
17. Arrostar ou expulsar gases de forma ruidosa	0,49	0,97	0	0	5
18. Atirar algo à pessoa que estava a falar	0,68	1,12	0	0	5
19. Sair repentinamente da reunião incomodando as pessoas	0,71	1,20	0	0	6
20. Riscar a pintura dos carros com uma chave ou objeto pontiagudo, quando passo ao lado deles	0,55	1,02	0	0	5
21. Pegar nalguma coisa e atira-la pela janela	0,76	1,11	0	0	5
22. Partir propositadamente algo que me pertencia ou pertencia aos meus amigos ou familiares	0,74	1,18	0	0	6
23. Roubar algo numa loja embora na realidade não precise disso para nada	0,36	0,75	0	0	4
24. Ter relações sexuais com uma pessoa com a que nunca me ocorreria ter relações sexuais	0,72	1,16	0	0	5
25. Ter relações sexuais com uma pessoa que tem autoridade sobre mim	0,62	1,16	0	0	6
26. Ter a braguilha ou blusa aberta	0,67	1,08	0	0	6
27. Participar numa atividade sexual que seja contra as minhas preferências sexuais	0,41	0,91	0	0	6
28. Despir alguma figura de autoridade	0,66	1,17	0	0	6
29. Despir as pessoas com que me encontro	0,64	1,17	0	0	6
30. Ter relações sexuais num lugar público	1,21	1,46	0	0	6
31. Apanharei uma doença de transmissão sexual por tocar o assento ou tampa de uma sanita	1,22	1,64	0	0	6
32. Ficarei sujo ou contaminado/a se tocar os puxadores das portas em lugares públicos	1,29	1,42	0	0	6
33. Ficarei sujo ou contaminado/a se colocar o telefone público na minha orelha	1,04	1,41	0	0	6
34. Necessito comprovar as coisas para certificar-me que absolutamente tudo está no seu lugar	1,34	1,63	0	0	6

---

35. Necessito comprovar, para ter a certeza, de que todas as partículas de pó tenham sido retiradas do chão	0,93	1,55	0	0	6
36. Necessito comprovar se há pó nos lugares que não se vê	1,07	1,56	0	0	6

---

## **Apêndice 5**

Lista de pensamentos intrusivos colocados  
nos itens de resposta aberta

Tabela 13. Frequência dos pensamentos intrusivos enunciados nas questões em aberto

<b>Pensamento Intrusivo</b>	<b>Frequência</b>
Sem motivo, ficar sozinho(a) mudar de lugar Sem motivo aparente, mudar de vida Sem motivo aparente ter relações com um(a) desconhecido(a)	Uma ou duas vezes na vida
Terei trancado a porta do carro Ir a conduzir e ter um acidente sem ser culpado Ir a conduzir e o carro avariar num sítio deserto Perder a capacidade de ser autónoma por doença Ir na rua e ser mordida por um cão vadio A morte de pessoas próximas/perder alguém de quem gosto Largar tudo e desaparecer	Algumas vezes por ano
Dar uns murros fortes a quem me deve dinheiro Pensar que estou a jogar futebol Assaltar um carro topo de gama Ter deixado a porta do carro aberta e quando chegar ao local me terem assaltado o carro Penso na morte ou poder vir a sofrer de uma doença grave	Uma ou duas vezes por mês
Conduzir a alta velocidade Matar alguém que eu odeio ou que me faça frente várias vezes Sou milionária Pensamentos sobre morte (a minha ou de outras pessoas de família) Questionar-me sobre o sentido da vida	Uma ou duas vezes por semana
Vontade súbita e imperiosa de comer um doce Pedir contas a quem me deve dinheiro Em casa, quando descanso, visualizo várias situações de trabalho Pensar frequentemente em grávidas e no desejo de ser mãe Comer toneladas de doces/comida	Muito Frequentemente
Ter relações sexuais com uma pessoa que nunca a vou poder ter (ex: figura pública)	Frequentemente, durante todo o dia

## **Apêndice 6**

Frequência dos pensamentos intrusivos  
selecionados como o mais desagradável e o  
mais frequente

Tabela 14. Frequência dos pensamentos intrusivos selecionados como o mais desagradável e o mais frequente

Intrusão	Desagrado		Frequente	
	n	%	n	%
1. Virar bruscamente o volante e sair da estrada	5	3,1	5	3,1
2. Atropelar peões ou animais	5	3,1	5	3,1
3. Virar bruscamente o volante e meter-se na faixa contrária	4	2,5	1	0,6
4. Deixar-me cair	12	7,5	11	6,9
5. Atirar-me para a frente do comboio, metro ou carros	1	0,6	2	1,3
6. Ferir ou causar dor a um desconhecido	5	3,1	3	1,9
7. Dizer algo inadequado ou insultar um desconhecido	3	1,9	7	4,4
8. Chocar contra as pessoas no átrio ou apressá-las nas escadas	7	4,4	0	0
9. Insultar alguém com autoridade, como um polícia ou um padre	6	3,8	4	2,5
10. Dizer uma asneira ou insultar alguém	8	5	15	9,4
11. Empurrar violentamente ou dar um murro a algum deles	4	2,5	0	0
12. Bater com força nalgum deles	6	3,8	2	1,3
13. Ter deixado acesso o lume, o aquecedor ou as luzes, e que isso possa causar um incêndio	14	8,8	17	10,6
14. Ter deixado a porta de casa destrancada e que possa estar um intruso dentro	11	6,9	9	5,6
15. Ter deixado as torneiras abertas e que isso possa causar uma inundação	1	0,6	2	1,3
16. Dizer uma asneira à pessoa que estava a falar	0	0	3	1,9
17. Arrostar ou expulsar gases de forma ruidosa	5	3,1	1	0,6
18. Atirar algo à pessoa que estava a falar	2	1,3	0	0
19. Sair repentinamente da reunião incomodando as pessoas	3	1,9	2	1,3
20. Riscar a pintura dos carros com uma chave ou objeto pontiagudo, quando passo ao lado deles	1	0,6	1	0,6
21. Pegar nalguma coisa e atira-la pela janela	1	0,6	1	0,6
22. Partir propositadamente algo que me pertencia ou pertencia aos meus amigos ou familiares	2	1,3	0	0
23. Roubar algo numa loja embora na realidade não precise disso para nada	2	1,3	0	0
24. Ter relações sexuais com uma pessoa com a que nunca me ocorreria ter relações sexuais	3	1,9	4	2,5
25. Ter relações sexuais com uma pessoa que tem autoridade sobre mim	2	1,3	2	1,3
26. Ter a braguilha ou blusa aberta	3	1,9	2	1,3
27. Participar numa atividade sexual que seja contra as minhas preferências sexuais	4	2,5	0	0
28. Despir alguma figura de autoridade	0	0	1	0,6
29. Despir as pessoas com que me encontro	0	0	0	0
30. Ter relações sexuais num lugar público	3	1,9	14	8,8
31. Apanharei uma doença de transmissão sexual por tocar o assento ou tampa de uma sanita	11	6,9	11	6,9
32. Ficarei sujo ou contaminado/a se tocar os puxadores das portas em lugares públicos	6	3,8	8	5,0
33. Ficarei sujo ou contaminado/a se colocar o telefone público na minha orelha	2	1,3	1	0,6
34. Necessito comprovar as coisas para certificar-me que absolutamente tudo está no seu lugar	5	3,1	10	3,1
35. Necessito comprovar, para ter a certeza, de que todas as partículas de pó tenham sido retiradas do chão	2	1,3	2	1,3

---

36.Necessito comprovar se há pó nos lugares que não se vê	1	0,6	5	3,1
Outras	6	3,8	5	3,1
Não tem intrusões	4	2,5	4	2,5

---

## **Apêndice 7**

Frequência das avaliações atribuídas ao  
pensamento mais desagradável

Tabela 15. Frequência das avaliações atribuídas ao pensamento mais desagradável

Avaliação	n (%)				
	0	1	2	3	4
1. Em que medida essa intrusão é incômoda	38 (23,8)	28 (17,5)	28 (17,5)	41 (25,6)	25 (15,6)
2. Até que ponto essa intrusão o faz sentir culpado	66 (41,3)	37 (23,1)	28 (17,5)	13 (8,1)	16 (10,0)
3. Quando essa intrusão aparece na sua cabeça, até que ponto lhe preocupa que possa condicionar os seus atos ou que possa acontecer na vida	50 (31,3)	34 (21,3)	26 (16,3)	25 (15,6)	25 (15,6)
4. Em que medida lhe é difícil eliminar essa intrusão quando aparece	80 (50,0)	39 (24,4)	20 (12,5)	13 (8,1)	8 (5,0)
5. Em que medida essa intrusão é inaceitável	59 (36,9)	39 (24,4)	32 (20,0)	10 (6,3)	20 (12,5)
6. Qual é a probabilidade que essa intrusão se torne real	56 (35,0)	59 (36,9)	22 (13,8)	17 (10,6)	6 (3,8)
7. Em que medida é importante que controle ou elimine essa intrusão	45 (28,1)	33 (20,6)	33 (20,6)	24 (15,0)	25 (15,6)
8. Até que ponto experimentar essa intrusão implica dano ou perigo para si ou para outros	73 (45,6)	37 (23,1)	19 (11,9)	11 (6,9)	20 (12,5)
9. Quando experimenta essa intrusão até que ponto se sente responsável pelo dano infringido a si ou aos outros	54 (33,8)	28 (17,5)	36 (22,5)	13 (8,1)	29 (18,1)
10. Até que ponto é forte o desejo de evitar situações que possam provocar a intrusão	43 (26,9)	32 (20,0)	23 (14,4)	32 (20,0)	30 (18,8)

Varia entre 0 (nada) e 4(extremamente).

## **Apêndice 8**

Estadística descritiva das avaliações  
atribuídas ao pensamento mais  
desagradável

Tabela 16. Estatística descritiva das avaliações atribuídas ao pensamento mais desagradável

<b>Avaliação</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mo</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>
1. Em que medida essa intrusão é incômoda	1,92	1,42	3	0	4
2. Até que ponto essa intrusão o faz sentir culpado	1,22	1,33	0	0	4
3. Quando essa intrusão aparece na sua cabeça, até que ponto lhe preocupa que possa condicionar os seus atos ou que possa acontecer na vida	1,63	1,46	0	0	4
4. Em que medida lhe é difícil eliminar essa intrusão quando aparece	0,94	1,12	0	0	4
5. Em que medida essa intrusão é inaceitável	1,33	1,36	0	0	4
6. Qual é a probabilidade que essa intrusão se torne real	1,11	1,12	1	0	4
7. Em que medida é importante que controle ou elimine essa intrusão	1,69	1,42	0	0	4
8. Até que ponto experimentar essa intrusão implica dano ou perigo para si ou para outros	1,17	1,40	0	0	4
9. Quando experimenta essa intrusão até que ponto se sente responsável pelo dano infringido a si ou aos outros	1,59	1,48	0	0	4
10. Até que ponto é forte o desejo de evitar situações que possam provocar a intrusão	1,84	1,49	0	0	4

## **Apêndice 9**

Frequência das avaliações atribuídas ao  
pensamento mais frequente

Tabela 17. Frequência das avaliações atribuídas ao pensamento mais frequente

Avaliação	n (%)				
	0	1	2	3	4
1. Em que medida essa intrusão é incômoda	54 (33,8)	34 (21,3)	29 (18,1)	20 (12,5)	23 (14,4)
2. Até que ponto essa intrusão o faz sentir culpado	82 (51,3)	34 (21,3)	21 (13,1)	15 (9,4)	8 (5,0)
3. Quando essa intrusão aparece na sua cabeça, até que ponto lhe preocupa que possa condicionar os seus atos ou que possa acontecer na vida	52 (32,5)	40 (25,0)	21 (13,1)	30 (18,8)	17 (10,6)
4. Em que medida lhe é difícil eliminar essa intrusão quando aparece	71 (44,4)	39 (24,4)	24 (15,0)	15 (9,4)	11 (6,9)
5. Em que medida essa intrusão é inaceitável	64 (40,0)	49 (30,6)	24 (15,0)	11 (6,9)	12 (7,5)
6. Qual é a probabilidade que essa intrusão se torne real	56 (35,0)	47 (29,4)	25 (15,6)	21 (13,1)	11 (6,9)
7. Em que medida é importante que controle ou elimine essa intrusão	51 (31,9)	33 (20,6)	29 (18,1)	24 (15,0)	23 (14,4)
8. Até que ponto experimentar essa intrusão implica dano ou perigo para si ou para outros	81 (50,6)	27 (16,9)	26 (16,3)	15 (9,4)	11 (6,9)
9. Quando experimenta essa intrusão até que ponto se sente responsável pelo dano infringido a si ou aos outros	63 (39,4)	28 (17,5)	33 (20,6)	19 (11,9)	17 (10,6)
10. Até que ponto é forte o desejo de evitar situações que possam provocar a intrusão	56 (35,0)	27 (16,9)	22 (13,8)	19 (11,9)	36 (22,5)

Varia entre 0 (nada) e 4(extremamente).

# **Apêndice 10**

Estadística descritiva das avaliações  
atribuídas ao pensamento mais frequente

Tabela 18. Estatística descritiva das avaliações atribuídas ao pensamento mais frequente

<b>Avaliação</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mo</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>
1. Em que medida essa intrusão é incômoda	1,52	1,43	3	0	4
2. Até que ponto essa intrusão o faz sentir culpado	0,96	1,21	0	0	4
3. Quando essa intrusão aparece na sua cabeça, até que ponto lhe preocupa que possa condicionar os seus atos ou que possa acontecer na vida	1,50	1,39	0	0	4
4. Em que medida lhe é difícil eliminar essa intrusão quando aparece	1,10	1,26	0	0	4
5. Em que medida essa intrusão é inaceitável	1,11	1,22	0	0	4
6. Qual é a probabilidade que essa intrusão se torne real	1,27	1,26	1	0	4
7. Em que medida é importante que controle ou elimine essa intrusão	1,59	1,43	0	0	4
8. Até que ponto experimentar essa intrusão implica dano ou perigo para si ou para outros	1,05	1,29	0	0	4
9. Quando experimenta essa intrusão até que ponto se sente responsável pelo dano infringido a si ou aos outros	1,37	1,38	0	0	4
10. Até que ponto é forte o desejo de evitar situações que possam provocar a intrusão	1,70	1,58	0	0	4

## **Apêndice 11**

Comparação entre as avaliações atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram o pensamento frequente igual ao desagradável

Tabela 19. Comparação entre as avaliações atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram o pensamento frequente igual ao desagradável

<b>Avaliações</b>	Desagradável (M)	Frequente (M)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Incomoda	1,56	1,42	2,376	,023	0,09
Culpa	1,08	1,03	0,813	,422	0,04
Condicionar os atos/ Poder acontecer	1,33	1,39	-0,813	,422	-0,03
Dificuldade em eliminar	0,89	0,86	0,239	,812	0,02
Inaceitável	0,86	0,94	-1,784	,083	-0,06
Probabilidade em que se torne real	1,00	0,97	0,373	,711	0,02
Importância em controlar ou eliminar	1,47	1,61	-1,963	,058	-0,08
Implica dano ou perigo	1,00	0,92	1,357	,183	0,03
Ser responsável pelo dano	1,33	1,36	-0,572	,571	-0,02
Evitar situações	1,50	1,61	-1,276	,210	-0,06
<b>Avaliações Agrupadas</b>					
Significado Pessoal	1,26	1,27	-0,595	,556	-0,01
Consequências Temidas	1,07	1,07	0,000	1,00	0,00

## **Apêndice 12**

Frequência das estratégias de controlo  
atribuídas ao pensamento mais  
desagradável

Tabela 20. Frequência das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais desagradável

Estratégias	n(%)				
	0	1	2	3	4
1. Distraio-me pensando algo agradável	32 (20,0)	20 (12,5)	41 (25,6)	42 (26,3)	25 (15,6)
2. Faço algo que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	39 (24,4)	17 (10,6)	50 (31,3)	39 (24,4)	15 (9,4)
3. Distraio-me a fazer algo	39 (24,4)	19 (11,9)	41 (25,6)	43 (26,9)	18 (11,3)
4. Penso noutra coisa ou imagem que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	38 (23,8)	14 (8,8)	45 (28,1)	48 (30,0)	15 (9,4)
5. Reflito comigo mesmo tentando comprovar que a intrusão é estúpida e irracional	38 (23,8)	19 (11,9)	33 (20,6)	41 (25,6)	29 (18,1)
6. Procuo tranquilizar-me ou certificar-me junto de outras pessoas de que a intrusão não se torna realidade	57 (35,6)	34 (21,3)	29 (18,1)	24 (15,0)	16 (10,0)
7. Digo para mim próprio: “Pára”	50 (31,3)	23 (14,4)	26 (16,3)	30 (18,8)	31 (19,4)
8. Não faço nada para me libertar dela	90 (56,3)	29 (18,1)	24 (15,0)	7 (4,4)	10 (6,3)
9. Rezo	93 (58,1)	28 (17,5)	21 (13,1)	11 (6,9)	7 (4,4)
10. Tranquilizar-me ou convencer-me de que tudo está bem	35 (21,9)	22 (13,8)	38 (23,8)	37 (23,1)	28 (17,5)

0 – nunca uso; 1- raramente uso; 2- às vezes uso; 3 – com frequência uso; 4 – sempre uso.

## **Apêndice 13**

Estatística descritiva das estratégias de  
controlo atribuídas ao pensamento mais  
desagradável

Tabela 21. Estatística descritiva das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais desagradável

<b>Estratégia</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mo</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>
1. Distraio-me pensando algo agradável	2,05	1,35	3	0	4
2. Faço algo que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	1,84	1,30	2	0	4
3. Distraio-me a fazer algo	1,89	1,34	3	0	4
4. Penso noutra coisa ou imagem que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	1,92	1,31	3	0	4
5. Reflito comigo mesmo tentando comprovar que a intrusão é estúpida e irracional	2,02	1,44	3	0	4
6. Procuo tranquilizar-me ou certificar-me junto de outras pessoas de que a intrusão não se torna realidade	1,42	1,37	0	0	4
7. Digo para mim próprio: “Pára”	1,81	1,53	0	0	4
8. Não faço nada para me libertar dela	0,86	1,20	0	0	4
9. Rezo	0,82	1,16	0	0	4
10. Tranquilizar-me ou convencer-me de que tudo está bem	2,01	1,40	2	0	4

## **Apêndice 14**

Frequência das estratégias de controlo  
atribuídas ao pensamento mais frequente

Tabela 22. Frequência das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais frequente

Estratégias	n(%)				
	0	1	2	3	4
1. Distraio-me pensando algo agradável	36 (22,5)	25 (15,6)	31 (19,4)	34 (21,3)	34 (21,3)
2. Faço algo que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	32 (20,0)	19 (11,9)	50 (31,3)	40 (25,0)	19 (11,9)
3. Distraio-me a fazer algo	43 (26,9)	19 (11,9)	36 (22,5)	39 (24,4)	23 (14,4)
4. Penso noutra coisa ou imagem que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	38 (23,8)	27 (16,9)	38 (23,8)	38 (23,8)	19 (11,9)
5. Reflito comigo mesmo tentando comprovar que a intrusão é estúpida e irracional	41 (25,6)	26 (16,3)	34 (21,3)	37 (23,1)	22 (13,8)
6. Procuo tranquilizar-me ou certificar-me junto de outras pessoas de que a intrusão não se torna realidade	54 (33,8)	33 (20,6)	28 (17,5)	20 (12,5)	25 (15,6)
7. Digo para mim próprio: “Pára”	45 (28,1)	25 (15,6)	36 (22,5)	26 (16,3)	28 (17,5)
8. Não faço nada para me libertar dela	87 (54,4)	37 (23,1)	20 (12,5)	7 (4,4)	9 (5,6)
9. Rezo	98 (61,3)	30 (18,8)	16 (10,0)	7 (4,4)	9 (5,6)
10. Tranquilizar-me ou convencer-me de que tudo está bem	33 (20,6)	31 (19,4)	29 (18,1)	35 (21,9)	32 (20,0)

0 – nunca uso; 1- raramente uso; 2- às vezes uso; 3 – com frequência uso; 4 – sempre uso.

## **Apêndice 15**

Estadística descriptiva das estratégias de  
controlo atribuídas ao pensamento mais  
frequente

Tabela 23. Estatística descritiva das estratégias de controlo atribuídas ao pensamento mais frequente

<b>Estratégia</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Mo</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>
1. Distraio-me pensando algo agradável	2,03	1,46	0	0	4
2. Faço algo que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	1,97	1,28	2	0	4
3. Distraio-me a fazer algo	1,87	1,42	0	0	4
4. Penso noutra coisa ou imagem que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	1,83	1,35	0	0	4
5. Reflito comigo mesmo tentando comprovar que a intrusão é estúpida e irracional	1,83	1,40	0	0	4
6. Procuo tranquilizar-me ou certificar-me junto de outras pessoas de que a intrusão não se torna realidade	1,56	1,46	0	0	4
7. Digo para mim próprio: “Pára”	1,79	1,45	0	0	4
8. Não faço nada para me libertar dela	0,84	1,15	0	0	4
9. Rezo	0,74	1,16	0	0	4
10. Tranquilizar-me ou convencer-me de que tudo está bem	2,01	1,43	3	0	4

## **Apêndice 16**

Comparação entre as estratégias de controlo atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram o pensamento frequente igual ao desagradável

Tabela 24. Comparação entre as estratégias de controlo atribuídas à intrusão mais desagradável e mais frequente nos indivíduos que escolheram o pensamento frequente igual ao desagradável

<b>Estratégias</b>	Desagradável (M)	Frequente (M)	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Distraio-me pensando algo agradável	1,53	1,61	-1,139	,263	-0,05
Faço algo que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	1,58	1,50	0,902	,373	0,06
Distraio-me a fazer algo	1,53	1,50	0,442	,661	0,02
Penso noutra coisa ou imagem que eu sei que elimina a ansiedade associada à intrusão	1,78	1,83	-0,627	,535	-0,03
Reflito comigo mesmo tentando comprovar que a intrusão é estúpida e irracional	1,75	1,58	1,234	,226	0,11
Procuro tranquilizar-me ou certificar-me junto de outras pessoas de que não se torna real	1,22	1,28	-1,435	,160	-0,04
Digo para mim próprio: “Pára”	1,50	1,61	-2,092	,044	-0,06
Não faço nada para me libertar dela	0,89	0,64	1,784	,083	0,20
Rezo	0,67	0,67	-	-	-
Tento tranquilizar-me ou convencer-me de que tudo está bem	1,53	1,47	0,495	,624	0,04
<b>Estratégias Agrupadas</b>					
Estratégias adaptativas	1,60	1,61	-0,177	,860	-0,01
Estratégias desadaptativas	1,33	1,32	0,529	,600	0,01
Estratégias passivas	0,89	0,64			

# **Anexos**

# **Anexo A**

Versão portuguesa e adaptada do *Revised  
Obsessive Intrusions Inventory (ROII)*