

MARILINE PEDRO PISTEL BÔTO

**SENTIMENTOS DE INCOMPLETUDE E EXPERIÊNCIAS “NOT JUST RIGHT” NO
ESPETRO OBSESSIVO-COMPULSIVO**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2020

MARILINE PEDRO PISTEL BÔTO

**SENTIMENTOS DE INCOMPLETUDE E EXPERIÊNCIAS “NOT JUST RIGHT” NO
ESPETRO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Antónia Jimenez-Ros



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2020

Sentimentos de Incompletude e Experiências “Not Just Right” no Espectro Obsessivo-Compulsivo

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 da listagem de referências incluída.

Assinatura

(Mariline Pedro Pistel Bôto)

Copyright © Mariline Pedro Pistel Bôto

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Dedico este trabalho ao meu super-herói e estrelinha no Céu: a ti, meu Pai.

*Que estejas a celebrar a conclusão desta minha etapa com imensa felicidade e orgulho, na
companhia dos anjos.*

Agradecimentos

“Não se deixe levar pela distância entre os seus sonhos e a realidade. Se você é capaz de sonhá-los, também pode realizá-los.”
William Shakespeare

Ser Psicóloga sempre foi um sonho muito desejado e hoje finaliza uma etapa fundamental! Foi um caminho pautado por aprendizagens incríveis, realização pessoal e imensa gratificação, mas também por bastantes horas de trabalho, esforço e dedicação.

Como não cheguei até aqui só, quero deixar algumas palavras de agradecimento a todos os que me acompanharam e acreditaram em mim.

À Professora Doutora Antónia Ros, minha orientadora. Um agradecimento especial pelas suas palavras amáveis e motivadoras, sabedoria, disponibilidade e nível de exigência, contribuindo dessa forma para o meu crescimento e aumento dos meus conhecimentos.

Aos meus pais. Com todo o seu amor, sempre me tentaram dar a melhor vida possível e me incentivaram a lutar pelos meus ideais e pelos meus sonhos, com toda a coragem e determinação.

Ao Jóni. Meu companheiro de todas as horas, meu pilar. A força que me motivou, desde o primeiro instante na decisão de voltar a estudar para concretizar este sonho. Sou imensamente grata pelo amor condicional, carinho e paciência ao longo deste caminho. Não teria aqui chegado sem ti.

Ao João. Não só enquanto meu grande amigo de longa data, mas também enquanto programador informático da versão online do Teste dos Cubos de Corsi e da Tarefa Experimental, imprescindíveis para a realização desta dissertação.

À Filipa, minha irmã de alma e coração. Pela amizade, companheirismo, momentos de alegria e também pelo apoio sempre que necessitei. Fizeram toda a diferença.

À Sandrina, minha colega e amiga. O teu apoio, força e motivação foram essenciais.

Aos docentes da minha licenciatura no ISMAT e do mestrado na UALG. Todos foram um exemplo e inspiração para mim, para além de toda a sabedoria transmitida.

Aos participantes desta investigação, sem os quais a mesma não teria sido possível.

Muito grata a todos!

Resumo

O sentimento de incompletude é um mecanismo motivacional que tem sido proposto para melhorar a compreensão clínica da heterogeneidade das manifestações das Perturbações Obsessivo-Compulsivas. Este mecanismo consiste num sentimento amplo e perturbador de que de as ações não estão certas ou completas e provoca a necessidade de agir até ao regresso a um estado de satisfação. É um traço nuclear que se pode manifestar em fenómenos sensoriais subjetivos mais breves e específicos: as experiências “Not Just Right” (NJR).

Neste estudo com 100 participantes não clínicos, foram propostos dois objetivos: (1) a indução experimental de experiências NJR através da realização de uma tarefa de memória de palavras; e (2) a análise da associação entre os sentimentos de incompletude e experiências NJR e a sintomatologia do espectro obsessivo-compulsivo.

De acordo com os objetivos, os resultados foram: (1) a manipulação experimental induziu experiências NJR, provocou desconforto físico, impulsos e necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa. A incompletude, experiências NJR, desconforto físico, impulsos e necessidade de agir repetidamente, emoções negativas associadas à sensação mais desagradável e à sensação mais intensa e dificuldades de supressão dessas mesmas sensações associaram-se positivamente entre si e com *just right*, sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude e número de experiências NJR. A associação com a ansiedade e depressão foi mais fraca. O desconforto físico explicou os impulsos e a necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa; e (2) a incompletude e experiências NJR mostraram maior associação com a sintomatologia obsessivo-compulsiva, dismórfica corporal e de escoriação.

A nossa investigação apoia os resultados de estudos anteriores com o êxito na indução de experiências NJR, permitindo-nos concluir também que a incompletude e experiências NJR são marcadores transdiagnósticos, comuns a alguns sintomas do espectro obsessivo-compulsivo.

Palavras-chave: Incompletude, experiências “Not Just Right”, indução experimental, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbações do espectro obsessivo-compulsivo.

Abstract

The feeling of incompleteness is a motivational mechanism which has been proposed to improve the clinical understanding of the heterogeneity of the manifestations of Obsessive-Compulsive Disorders. This mechanism consists of a wide and disturbing feeling of actions not being right or complete and causes the need to act until the return to a state of satisfaction. It is a nuclear trait which can manifest itself in briefer and more specific sensory subjective phenomena: the so-called “Not Just Right” (NJR) experiences.

In this study with 100 non-clinical participants, two objectives were proposed: (1) the experimental induction of NJR experiences through the performance of a word memory task; and (2) the analysis of the association between feelings of incompleteness and NJR experiences and the obsessive-compulsive spectrum symptoms.

Regarding the objectives, the results were: (1) the experimental manipulation induced NJR experiences, caused physical discomfort, impulses and need to act repeatedly after the indication of the task end. Incompleteness, NJR experiences, physical discomfort, impulses and need to act repeatedly, negative emotions associated to the most unpleasant sensation and to the most intense sensation, and difficulties of suppression of those sensations were positively associated with each other and with just right, obsessive-compulsive symptoms, harm avoidance, incompleteness, and number of NJR experiences. The association with anxiety and depression was weaker. Physical discomfort explained the impulses and the need to act repeatedly after the indication of the task end; and (2) incompleteness and NJR experiences showed a greater association with obsessive-compulsive, body dysmorphic and skin picking symptoms.

Our research supports the results of previous studies with the success in inducing NJR experiences, allowing us to also conclude that incompleteness and NJR experiences are transdiagnostic markers, common to some symptoms of the obsessive-compulsive spectrum.

Keywords: Incompleteness, “Not Just Right” experiences, experimental induction, obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive spectrum disorders.

Índice

1.	Enquadramento teórico.....	1
	1.1 Diagnóstico, classificação e fenomenologia da Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas.....	1
	1.2 Abordagens teóricas da POC: os Modelos Cognitivo-Comportamentais.....	5
	1.3 Caracterização dos Sentimentos de Incompletude e Experiências “Not Just Right”.....	9
	1.4 Resultados da Investigação sobre a Incompletude e Experiências NJR.....	14
2.	Objetivos e Hipóteses de Investigação.....	16
3.	Metodologia.....	18
	3.1 Participantes.....	18
	3.2 Instrumentos e Materiais.....	19
	3.3 Procedimento de Recolha de Dados.....	26
	3.4 Tratamento de Dados.....	28
4.	Resultados.....	30
	4.1 Indução Experimental de Experiências NJR e Respostas Emocionais e Comportamentais	30
	4.1.1 Análises Preliminares.....	30
	4.1.2 Indução Experimental de Experiências NJR	35
	4.1.3 Influência da Tarefa de Indução de Experiências NJR no Humor dos Participantes.....	38
	4.1.4 Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR e os Resultados dos Instrumentos de Autorrelato nos participantes do Grupo Experimental e do Grupo de Controlo.....	39

4.1.5 Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR nos participantes do Grupo Experimental e do Grupo de Controle.....	47
4.1.6 Efeito da Incompletude, Experiências NJR e Desconforto Físico nos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Durante a Tarefa de Indução de Experiências NJR nos participantes do Grupo Experimental e do Grupo de Controle.....	51
4.1.7 Efeito da Incompletude, Experiências NJR e Desconforto Físico nos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Após a Indicação de Fim de Tarefa nos participantes do Grupo Experimental e do Grupo de Controle.....	53
4.2 A Incompletude, as Experiências NJR e a Sintomatologia das Perturbações do Espectro Obsessivo-Compulsivo.....	55
4.2.1 Associação entre a Incompletude e Experiências NJR e a Sintomatologia das PEOC.....	55
4.2.2 Influência da Incompletude e das Experiências NJR na relação entre a sintomatologia das PEOC.....	56
5. Discussão dos Resultados.....	59
6. Conclusões e Limitações do Estudo.....	64
7. Referências Bibliográficas.....	68
Anexos.....	78
Apêndices.....	107

Índice de Tabelas

Tabela 4.1 – Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Psicopatológicas em função da Condição Experimental dos Participantes	31
Tabela 4.2 – Número e Percentagem de Participantes que experienciaram cada Sensação resultante da Tarefa de Indução de Experiências NJR.....	33
Tabela 4.3 – Número e Percentagem de Participantes que escolheram cada Sensação resultante da Tarefa de Indução de Experiências NJR como a Mais Desagradável e a Mais Intensa.....	34
Tabela 4.4 – Variáveis relacionadas com a Dificuldade e Desempenho na Tarefa de Indução de Experiências NJR.....	35
Tabela 4.5 – Variáveis relacionadas com a Tarefa de Indução de Experiências NJR: Diferenças entre os Participantes das Condições Experimentais.....	37
Tabela 4.6 – Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR e a Sintomatologia Obsessivo-Compulsiva, Incompletude e Experiências NJR no Grupo Experimental.....	41
Tabela 4.7 – Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR e a Sintomatologia Obsessivo-Compulsiva, Incompletude e Experiências NJR no Grupo de Controlo.....	43
Tabela 4.8 – Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR e a Ansiedade, Depressão e Afeto Negativo no Grupo Experimental.....	45
Tabela 4.9 – Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR e a Ansiedade, Depressão e Afeto Negativo no Grupo de Controlo.....	46
Tabela 4.10 – Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR no Grupo Experimental.....	48
Tabela 4.11 – Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR no Grupo de Controlo.....	50
Tabela 4.12 – Preditores dos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Durante a Tarefa de Indução de Experiências NJR no Grupo Experimental.....	52

Tabela 4.13 – Preditores dos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Durante a Tarefa de Indução de Experiências NJR no Grupo de Controlo.....52

Tabela 4.14 – Preditores dos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Após a Indicação de Fim da Tarefa no Grupo Experimental54

Tabela 4.15 – Preditores dos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Após a Indicação de Fim da Tarefa no Grupo de Controlo.....54

Índice de Figuras

Figura 3.1 – Procedimento de Recolha de Dados.....	28
Figura 4.1 – Afeto Negativo.....	38
Figura 4.2 – Estado de Humor	39
Figura 4.3 – Esquema da Associação entre a Incompletude e os Sintomas das PEOC.....	55
Figura 4.4 – Esquema da Associação entre as Experiências NJR e os Sintomas das PEOC.....	56
Figura 4.5 – Esquema da Associação entre os Sintomas das PEOC (Sem e Com o Controlo do Efeito da Incompletude).....	58
Figura 4.6 – Esquema da Associação entre os Sintomas das PEOC (Sem e Com o Controlo do Efeito das Experiências NJR).....	59

Índice de Anexos

Anexo A – <i>Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 item version (DASS-21)</i>	79
Anexo B – <i>Not Just Right Experiences Questionnaire – Revised (NJREQ-R)</i>	81
Anexo C – <i>Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI)</i>	86
Anexo D – <i>Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R)</i>	88
Anexo E – <i>Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire (OCTCDQ)</i>	91
Anexo F – <i>Skin Picking Scale – Revised (SPS-R)</i>	94
Anexo G – <i>Trichotillomania Symptom Severity Scale (NIHM-TSS)</i>	98
Anexo H – <i>Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ)</i>	101
Anexo I – <i>Escala de Faces (EF)</i>	103
Anexo J – <i>Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)</i>	105

Índice de Apêndices

Apêndice A – Caraterização Sociodemográfica.....	108
Apêndice B – Consentimento Informado.....	112
Apêndice C – Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos.....	114
Apêndice D – <i>Teste dos Cubos de Corsi</i> – Versão Online.....	117
Apêndice E – Questionário sobre Onicofagia.....	124
Apêndice F – Tarefa Experimental – Grupo Experimental.....	127
Apêndice G – Tarefa Experimental – Grupo de Controlo.....	132
Apêndice H – Questionário Pós-Tarefa.....	137

Índice de Abreviaturas e Siglas

ANOVA – Análise de Variância

APA – American Psychiatric Association

BDDQ – *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire*

DASS-21 – *Depression Anxiety Stress Scales: 21-Item Version*

DSM-5 – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*

EF – *Escala de Faces*

NIMH-TSS – *National Institute of Mental Health Trichotillomania Symptom Severity Scale*

NJR – “Not Just Right”

NJREQ-R – *Not Just Right Experiences-Questionnaire-Revised*

OCI-R – *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*

OCTCDQ – *Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire*

PANAS – *Positive and Negative Affect Schedule*

PEOC – Perturbações do Espectro Obsessivo-Compulsivo

POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva

SPS-R – *Skin Picking Scale – Revised*

SPSS – *Statistical Package For Social Sciences*

VOCI-R – *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*

WAIS-IV – *Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition*

Y-BOCS – *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*

1. Enquadramento Teórico

1.1. Diagnóstico, classificação e fenomenologia da Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbações Relacionadas

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é uma condição crónica que se caracteriza pela presença de dois fenómenos frequentes: obsessões e/ou compulsões. As obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens persistentes e repetitivos de natureza intrusiva e indesejada (American Psychiatric Association [APA], 2014; Rachman, 1985). São acompanhadas por uma resistência subjetiva e dificuldades de controlo e, mesmo quando existe a perceção de que não têm sentido, geram sofrimento (Rachman, 1985).

As compulsões são comportamentos repetitivos e/ou atos mentais que surgem para ignorar, suprimir ou neutralizar as obsessões, as suas consequências temidas, ou em virtude do cumprimento de critérios internos rigorosos (APA, 2014). O indivíduo sente que não consegue exercer um controlo voluntário sob o seu comportamento, já que geralmente existe um forte impulso de realizar rituais (Rachman & Hodgson, 1980). As compulsões podem manifestar-se como comportamentos motores (e.g. alinhar a comida no prato) constituindo sintomas abertos, e como comportamentos cognitivos (e.g. repetir mentalmente uma oração), constituindo sintomas cobertos (Foa & Franklin, 2001).

Para além das compulsões, podem ser utilizadas também estratégias de neutralização ou comportamentos de evitamento.

As obsessões e as compulsões consomem um tempo considerável (mais de 1h por dia) e causam sofrimento psicológico ou interferência significativa no funcionamento quotidiano do indivíduo (APA, 2014).

A esta perturbação psicológica estão associados baixos índices de qualidade de vida na área familiar, social, emocional e ocupacional (Coluccia et al., 2016), tal como uma elevada suicidalidade, especialmente ideação e tentativa suicida (Angelakis et al., 2015).

A POC insere-se no *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-5; APA, 2014) na categoria das Perturbações Obsessivo-Compulsivas e Perturbações Relacionadas, que inclui outras perturbações como a perturbação de acumulação, perturbação de escoriação, tricotilomania e perturbação dismórfica corporal.

A perturbação de acumulação refere-se a problemas persistentes de descarte dos pertences devido a uma necessidade percebida de os guardar e a um sofrimento associado ao seu descarte.

A perturbação de escoriação define-se por um comportamento recorrente de puxar a pele, que causa lesões cutâneas e com tentativas sistemáticas de redução ou cessação desse comportamento.

A tricotilomania caracteriza-se por um comportamento recorrente de arrancar o próprio cabelo ou pelo, que resulta na sua perda e com tentativas sucessivas de decréscimo ou eliminação desse comportamento.

A perturbação dismórfica corporal define-se por uma preocupação excessiva com um ou mais defeitos da sua aparência física que são pouco ou nada perceptíveis para os outros, levando a comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta a essa preocupação.

Existem também outras manifestações clínicas que não preenchem os critérios para estas perturbações e que são diagnosticadas como POC e perturbações relacionadas com outra especificação. É o caso de comportamentos repetitivos focados no corpo como roer as unhas (onicofagia), morder os lábios ou as bochechas (APA, 2014): envolvem comportamentos motores recorrentes e indesejados dirigidos ao corpo, que prejudicam a aparência física ou causam lesões físicas (Solley & Turner, 2018).

Até à quarta edição revista deste manual (DSM-IV-TR) a POC incluía-se, no entanto, na categoria das Perturbações de Ansiedade (APA, 2002). Uma vez que a POC apresentava uma natureza heterogénea que se manifestava, entre outros fatores, pela ausente ou reduzida ansiedade que os pacientes de determinadas manifestações desta perturbação (e.g. acumulação compulsiva) experienciavam, acabava por se diferenciar das restantes perturbações de ansiedade (Coles & Ravid, 2016). Existiam também outras perturbações psicológicas que partilhavam características obsessivas ou compulsivas, que não se constituíam enquanto entidades nosológicas (e.g. perturbação de escoriação e perturbação de acumulação) ou pertenciam a outras categorias (e.g. tricotilomania e perturbação dismórfica corporal).

Criou-se uma categoria diagnóstica no DSM-5 para incluir a POC e algumas dessas perturbações psicológicas num mesmo espectro. Os fundamentos da recategorização foram: (a) a sintomatologia idêntica da POC partilhada com outras perturbações psicológicas: em

maior grau com a perturbação dismórfica corporal e perturbação de acumulação, em menor grau com a perturbação de escoriação e tricotilomania; (b) a POC e perturbações associadas têm em comum a idade de início, o curso, a taxa elevada de comorbilidade e história familiar; (c) a sintomatologia presente na POC e nas restantes perturbações do espectro tem uma base de compulsividade e de comportamentos repetitivos, aliada a uma impulsividade e que pode variar entre diferentes graus; (d) estas perturbações estão relacionadas com uma hiperativação nos circuitos frontoestriatais, em oposição às perturbações de ansiedade, que verificam uma ativação ao nível da amígdala; e (e) a resposta destas perturbações ao tratamento é idêntica.

De acordo com estudos epidemiológicos, estima-se que a prevalência da POC na população geral se situa entre 1% a 3% (Kessler et al., 2012; Ruscio et al., 2010). O primeiro *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Almeida & Xavier, 2013) em Portugal aponta para uma prevalência consideravelmente mais elevada, alcançando os 4,4%.

Em relação aos sintomas obsessivo-compulsivos não clínicos, 28% das pessoas já apresentou algum em determinado momento da sua vida (Ruscio et al., 2010). Embora se possam observar alguns sintomas obsessivo-compulsivos em crianças, geralmente o início da POC ocorre na adolescência ou no início da idade adulta (APA, 2014; Ruscio et al., 2010), em média aos 19,5 anos (Ruscio et al., 2010).

Quanto ao género, constata-se uma maior prevalência da POC nas mulheres do que nos homens, embora na infância se observem mais sintomas obsessivo-compulsivos nos homens, surgindo também significativamente mais cedo neste género (Fineberg et al., 2013; Rasmussen & Eisen, 1992; Ruscio et al., 2010).

Verifica-se uma elevada presença de outras perturbações psicológicas nos indivíduos com POC, sendo que a maioria possui pelo menos uma comorbilidade psiquiátrica (Torres et al., 2006, 2016; Torresan et al., 2012). As comorbilidades psiquiátricas mais comuns são as perturbações depressivas e de ansiedade (Hofmeijer-Sevink et al., 2013; Rasmussen, 1994; Torres et al., 2016), sendo mais significativas nas mulheres comparativamente aos homens (Mathes et al., 2019). A cultura não influencia a distribuição da POC em termos de género, início dos sintomas e comorbilidades psiquiátricas (Lewis-Fernández et al., 2010), contudo influencia o conteúdo das obsessões (Fontenelle et al., 2004).

A POC pode tornar-se crónica se não for tratada (APA, 2014). Em média, os indivíduos com esta perturbação psicológica tendem a adiar a procura de tratamento em 7

anos (Poyraz et al., 2015). Os principais obstáculos para que o façam mais cedo são a vergonha em relação aos seus sintomas, a crença de que não têm necessidade de ajuda psicológica para lidar com o seu problema ou de que essa ajuda seria inútil, e questões financeiras ou logísticas (García-Soriano et al., 2014).

Esta perturbação psicológica apresenta uma grande heterogeneidade de sintomas clínicos, com diferentes manifestações e etiologias. Muitas abordagens têm proposto uma classificação da POC, de acordo com o grupo de sintomas, numa tentativa de melhor compreender a sua etiologia, características e resposta ao tratamento.

Vários estudos têm usado métodos estatísticos como a análise fatorial e análise de *clusters* para constituir grupos mais homogêneos, de acordo com a apresentação clínica da POC. Maioritariamente, esses métodos têm resultado no enquadramento dos sintomas específicos da POC em três a cinco dimensões distintas: (a) contaminação e limpeza; (b) dúvidas e verificações; (c) obsessões repugnantes; (d) simetria e ordem; e (e) acumulação. Na sua maioria, os estudos apontam para as seguintes dimensões: (a) simetria e ordem; (b) contaminação e limpeza; (c) dano e/ou dúvidas; e (d) verificação. Antes da publicação do DSM-5, alguns estudos incluíam ainda a acumulação (Cameron, Streiner et al., 2019).

Cameron, Streiner e colaboradores (2019) efetuaram uma comparação entre a análise fatorial e análise de clusters na avaliação da sintomatologia da POC utilizando a *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS). A análise fatorial mostrou três dimensões: (a) simetria e ordem; (b) contaminação e limpeza; e (c) dano e verificação. A análise de clusters resultou nessas mesmas dimensões e num perfil sintomatológico misto.

Este tipo de perfil já havia sido encontrado na análise de clusters realizada no estudo de Calamari e colaboradores (1999, 2004): contrariamente aos outros subgrupos nos quais se verificou uma maior relação com determinados sintomas específicos (e.g. o subgrupo da contaminação apresentou uma maior relação com obsessões de contaminação e compulsões de lavagem), as obsessões e incerteza apresentaram uma maior relação com diversos tipos de obsessões e compulsões.

Cameron, Streiner e colaboradores (2019) consideraram que a análise de clusters representa de forma mais aproximada a apresentação da natureza da POC, já que inclui a manifestação de sintomas de distintas dimensões, sem se verificar nenhum predomínio de uma dimensão sobre a outra.

Öcal e colaboradores (2019) realizaram um estudo cujo objetivo foi analisar nos pacientes com POC a existência de comorbilidades com as restantes perturbações do espectro obsessivo-compulsivo (PEOC) e comparar a presença de dimensões sintomatológicas entre indivíduos com e sem essas comorbilidades. Os resultados indicaram que não há uma relação específica entre alguma dimensão sintomatológica da POC e as restantes PEOC, tal como não se verificou a influência da existência da comorbilidade com outra perturbação do espectro obsessivo-compulsivo na gravidade dos sintomas da POC.

As PEOC situam-se num *continuum* entre compulsividade e impulsividade. A POC estaria no polo da compulsividade, seguida pela perturbação dismórfica corporal, e a tricotilomania estaria entre os dois polos. No polo da impulsividade estaria a perturbação de personalidade antissocial (Hollander, 2005), que atualmente o DSM-5 inclui na categoria das perturbações de personalidade.

Tal como a tricotilomania, a perturbação de escoriação pode ser compulsiva ou impulsiva, de acordo com o nível de consciência do início do comportamento (APA, 2014): é compulsiva quando existe consciência do comportamento, sendo focada e tendo intencionalidade em termos de reduzir emoções desagradáveis, e é impulsiva quando existe pouca ou nenhuma consciência do início do comportamento, sendo mais automática e menos intencional. Existem também indivíduos que apresentam ambos os tipos de manifestação sintomática (Arnold et al., 1998).

Há diferentes tipos de reforço associados à manutenção da sintomatologia das PEOC: o reforço negativo (e.g. alívio da tensão) ligado às perturbações mais compulsivas como a POC (Fontenelle et al., 2011) e perturbação dismórfica corporal (Veale & Neziroglu, 2010), e o reforço negativo (e.g. eliminação da monotonia) ou positivo (e.g. prazer) ligado à perturbação de escoriação, tricotilomania e outros comportamentos repetitivos focados no corpo (e.g. onicofagia; Grant et al., 2012).

1.2 Abordagens teóricas da POC: os Modelos Cognitivo-Comportamentais

A etiologia do desenvolvimento dos sintomas obsessivo-compulsivos pode ser explicada por fatores de risco individuais, ambientais e genéticos: problemas neurodesenvolvimentais na infância (problemas perinatais, défices no desenvolvimento motor), problemas de personalidade e de comportamento, tendência para o humor negativo,

gravidez, abuso de substâncias, eventos de vida traumáticos (Grisham et al., 2011) e uma predisposição genética (Fontenelle & Hassler, 2008; Stewart & Pauls, 2010).

Existem várias abordagens teóricas que podem descrever e explicar os processos e características clínicas inerentes à POC, como as abordagens de natureza cognitivo-comportamental. Dentro da linha cognitivo-comportamental, um dos modelos mais relevantes é o de Salkovkis (1985), que coloca o foco na responsabilidade pessoal excessiva no desenvolvimento dos sintomas obsessivo-compulsivos.

O modelo de Salkovkis (1985) propôs que as obsessões derivam de pensamentos intrusivos. De acordo com vários investigadores (Brewin et al., 1996; Freeston et al., 1991; Purdon & Clark, 1993; Rachman & de Silva, 1978; Salkovkis & Harrison, 1984; Salkovkis, 1985), este tipo de pensamentos está presente não apenas em indivíduos clínicos como também na maioria dos indivíduos não clínicos. O seu conteúdo e forma são idênticos entre ambas as populações. A diferença é que em oposição aos indivíduos não clínicos, verifica-se nos indivíduos clínicos uma atribuição errônea de significado de ameaça a esses pensamentos, o que vai aumentar o seu nível de intolerância às mesmas, bem como aumentar a sua frequência e intensidade.

Para Salkovkis (1985), a presença de pensamentos intrusivos avaliados exageradamente como ameaça gera uma crença de responsabilidade excessiva. O indivíduo acredita que tem uma principal responsabilidade pessoal em relação ao dano para si mesmo e para os outros. Considera também que possui poder, não apenas para causar como também para prevenir as consequências negativas de algo que é por ele temido. Num esforço de prevenir tais consequências, de neutralizar ou remover as intrusões e de eliminar o desconforto e emoções negativas por elas causadas, o indivíduo realiza compulsões. Ao consegui-lo, mesmo que apenas temporariamente, as compulsões vão sendo reforçadas, adquirindo cada vez mais um caráter excessivo e persistente (Salkovkis, 1985; Salkovkis et al., 2000).

Outros modelos contemplaram não apenas o conceito de responsabilidade excessiva do modelo de Salkovkis, como também outras crenças disfuncionais na POC.

Para Clark e Purdon (1993), Salkovkis atribuía demasiada preponderância à responsabilidade pessoal na origem das obsessões. Consideraram como mais relevantes para o desenvolvimento desta perturbação as crenças disfuncionais relacionadas com a importância do controlo dos pensamentos. Essas crenças disfuncionais fazem com que os

indivíduos sobrevalorizam a necessidade do controlo do pensamento. As tentativas de efetuar esse controlo terão o efeito oposto: a falha nas estratégias de controlo do pensamento (e.g. supressão do pensamento) irá, por sua vez, aumentar a frequência e intensidade das intrusões egodistónicas. Estes autores destacam igualmente que se houver um estado de humor negativo pré-existente, este irá ter um maior contributo para a disrupção do controlo do pensamento.

Já Rachman (1997, 1998) afirmou que apenas os pensamentos intrusivos com conteúdos morais específicos se podem tornar obsessões. Enfatizou que para tal ocorrer, não tem de existir apenas uma atribuição de significado de ameaça às intrusões, mas também uma má interpretação como catastrófica do seu significado pessoal. O indivíduo considera que o seu pensamento intrusivo é significativo e importante (especialmente para ele que o possui), que é revelador de si próprio mesmo que egodistónico, que tem potenciais repercussões sérias e que tem de usar todos os meios possíveis para neutralizá-lo e às suas repercussões, tentando não agir de acordo com o seu conteúdo.

A fusão pensamento-ação favorece essa catastrofização: o indivíduo acredita que há uma analogia moral entre um pensamento intrusivo que considera moralmente reprovável e a realização da ação nele expressa, ou que o seu surgimento aumenta a probabilidade da ocorrência do evento indesejado, sendo assim um aviso. Estas cognições irão provocar afetos negativos e a necessidade de realizar compulsões, de modo a prevenir que o evento indesejado aconteça e gere consequências (Rachman, 1997, 1998).

Com vista à identificação e caracterização das crenças disfuncionais na POC, um grupo de especialistas constituiu o *Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group* e propôs que, para além da responsabilidade excessiva, as crenças disfuncionais estão relacionadas com a sobrevalorização dos pensamentos intrusivos e do seu controlo, sobreavaliação do risco, intolerância à incerteza e perfeccionismo (Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group, 1997).

Numa tentativa de encontrar mecanismos comuns aos diferentes sintomas da POC, os investigadores começaram a estudar os mecanismos motivacionais, já que as observações clínicas mostraram que um mesmo sintoma (e.g. compulsões de verificação ou de lavagem/limpeza) pode responder a diferentes mecanismos motivacionais. Os modelos cognitivo-comportamentais assumem que as crenças disfuncionais inerentes aos sintomas

obsessivo-compulsivos estariam associadas ao mecanismo motivacional de evitamento do dano (Frost & Steketee, 2002).

O evitamento do dano define-se por um estado de apreensão e de ansiedade antecipatória perante uma eventual ameaça, que origina uma resposta de evitamento excessivo das situações ou objetos com o objetivo de prevenir o dano potencial (Summerfeldt et al., 2014). Por exemplo, uma pessoa pode lavar-se até eliminar qualquer vestígio de sujidade e anular a possibilidade de desenvolver uma doença grave ou mortal. Essa compulsão tem como mecanismo motivacional o evitamento do dano.

No entanto, anteriormente ao evitamento do dano ter sido concetualizado como um estado e um mecanismo motivacional, Cloninger (1987) já o tinha identificado e concetualizado como uma dimensão da personalidade no seu modelo neurobiológico de personalidade. Para este autor, o evitamento do dano é uma inclinação genética que engloba traços de personalidade relacionados com cautela, apreensão e comportamentos pouco arriscados. Haveria um padrão de resposta intensa a estímulos considerados aversivos e de inibição do comportamento, evitando de forma passiva a punição e a frustração da falta de recompensa. Esse tipo de traços e a inibição comportamental verificadas no evitamento do dano enquanto dimensão de personalidade estão associados à ansiedade-traço (Markett et al, 2016).

Como tal, a POC estaria classificada como uma perturbação de ansiedade devido às seguintes características: (a) a maioria das obsessões desencadeariam um sentimento subjetivo de ansiedade e uma resposta cognitiva ou comportamental sob a forma de compulsões para fazer face a elas, resultando num alívio e diminuição da ansiedade; (b) um gatilho interno ou externo estaria relacionado com o surgimento dos sintomas obsessivo-compulsivos; (c) medo ou desastre; (d) procura de segurança; (e) evitamento; e (f) acontecimentos problemáticos afetariam ou contrariariam as compulsões (De Silva, 1986).

Para além do evitamento do dano, alguns investigadores também se interessaram pelo nojo (McKay, 2006; Sookman & Steketee, 2010) e a culpa (Shafran et al., 1996) como processos motivacionais subjacentes aos sintomas obsessivo-compulsivos. No entanto algumas manifestações da POC não pareciam ser explicadas por estes mecanismos. Nas últimas duas décadas, a investigação dos sentimentos de incompletude enquanto mecanismo motivacional dessas diferentes manifestações começou a adquirir maior relevância.

1.3 Caracterização dos Sentimentos de Incompletude e Experiências “Not Just Right”

Na sua obra *Les obsessions et la psychasthénie*, o médico e psicólogo francês Pierre Janet fez a primeira descrição na literatura de um outro mecanismo motivacional, ao qual denominou de “sentimentos de incompletude” (“sentiments d’incomplétude”).

Janet (1903) considerou que o desenvolvimento da POC era constituído por 3 fases: estado psicasténico, agitações forçadas e obsessões e compulsões.

Na fase do estado psicasténico, os indivíduos eram perturbados continuamente pelos sentimentos de incompletude. Estes definiam-se por sensações internas de imperfeição, derivadas de ações, operações mentais, experiências emocionais e percepções subjetivas de que uma ação não tinha sido realizada sem falhas ou de modo total ou não tinha provocado a satisfação desejada. Esta fase era caracterizada também por uma expressão emocional reduzida e indecisão.

Na fase das agitações forçadas, os indivíduos apresentavam agitações que não conseguiam controlar: rumações, tiques, rituais, fobias ou ansiedade.

Na última fase, verificava-se o domínio das obsessões e compulsões na vida dos indivíduos.

Desta descrição de Janet, surgiu um outro modelo explicativo da POC: o Modelo Cibernético (Pitman, 1987). Pitman considerou que as abordagens tradicionais da POC tinham como limitações a exclusão da relação entre percepção, finalidade e comportamento observável.

Com base na teoria dos sistemas de controlo, utilizou uma metáfora do termostato para ilustrar a existência de um mecanismo interno que efetuará a comparação entre sinais referenciais e perceptuais. Quando o termostato deteta uma discrepância entre esses sinais, gera-se um sinal de erro e surge a necessidade de eliminar a discrepância. Na POC, o termostato apresentaria uma anomalia e haveria uma persistência de sinais de erro que, por sua vez, causaria um sentimento de incompletude. Como este sentimento de incompletude provoca sensações desconfortáveis, o indivíduo realizará as compulsões tendo em vista a eliminação do sentimento de incompletude e uma aproximação entre os sinais referenciais e perceptuais. Uma vez alcançado esse objetivo, será reestabelecido o estado de equilíbrio interno (Pitman, 1987).

O evitamento do dano e a incompletude integraram o modelo conceitual de classificação da POC de Rasmussen e Eisen (1992). Este modelo foi fundamentado na experiência clínica e na descrição da incompletude por Janet. Rasmussen e Eisen (1992) classificaram a POC de acordo com três dimensões nucleares: (a) a dúvida patológica; (b) a avaliação de risco anormal, relacionada com o evitamento do dano; e (c) a incompletude, exemplificada com o caso de uma senhora que quando recebia uma chamada telefônica, sentia a necessidade de deixar o telefone tocar sem atender, até sentir que o tom estava totalmente certo para os seus ouvidos.

A distinção entre estas dimensões foi efetuada com base nas suas características distintas, etiologia, grupo de sintomas e traços de personalidade associados. Integrando-se, este modelo, dentro de uma perspectiva categórica, não alude às diferenças individuais referentes aos fatores causais, graus de severidade e experiências subjetivas. O modelo atribui pontos de corte entre as dimensões nucleares que a compõem e, apesar de salientar os distintos subtipos, não faz uma distinção evidente entre eles (Widiger, 1992).

Em resposta a algumas das limitações do modelo de Rasmussen e Eisen (1992), Summerfeldt e colaboradores (2014) conceberam um modelo dimensional. Excluíram a dúvida patológica e consideraram somente o evitamento do dano e a incompletude como dimensões motivacionais da POC, já que a dúvida patológica é um ponto de interseção entre o evitamento do dano e a incompletude, estando presente em todas as suas manifestações.

O evitamento do dano e incompletude passaram a ser conceitualizados como dimensões nucleares ortogonais contínuas, não existindo influência causal direta na atribuição de uma delas aos indivíduos. Numa mesma dimensão, os indivíduos podem diferir entre si mediante vários graus de severidade e um indivíduo pode ter manifestações de ambos os subtipos, não havendo um posicionamento exclusivo num deles, e sim uma combinação ou predomínio de um sobre o outro. Todo o tipo de combinações é possível e podem derivar perfis individuais distintos, com características, vulnerabilidades e fatores causais diferentes. Existem, pois, perfis sintomáticos cujo desenvolvimento é mais provável e podem ser motivados pelo evitamento do dano e pela incompletude (Rasmussen & Eisen, 1992).

Summerfeldt e colaboradores (2014) adotaram o modelo de Rasmussen e Eisen (1992), mantendo a perspectiva de que a incompletude estaria relacionada com alguns sintomas da POC mais do que com outros, embora não de forma exclusiva, bem como com a idade precoce de aparecimento da sintomatologia obsessivo-compulsiva, traços de

personalidade específicos como o perfeccionismo e indecisão, e uma maior comorbilidade com outras perturbações fora do espectro da ansiedade como a perturbação de tiques e perturbação de escoriação (Summerfeldt, 2004).

O evitamento do dano e a incompletude diferenciam-se em vários aspetos.

A natureza do evitamento do dano é cognitiva, já a natureza da incompletude é sensório-afetiva. O tipo de resposta emocional que provocam também é distinto: o evitamento do dano gera ansiedade ou nervosismo, já a incompletude gera desconforto ou tensão (Pietrefesa & Coles, 2009; Summerfeldt, 2004; Summerfeldt et al., 2014). O evitamento do dano, enquadrado nos modelos cognitivos, fornece explicações sobre a frequência das compulsões, ao passo que as abordagens que integram a incompletude clarificam sobre a duração das compulsões e problemas na sua cessação (Cogle & Lee, 2014). Existem também diferenças no desempenho de tarefas neuropsicológicas: o evitamento do dano está relacionado com a existência de défices na memória episódica e a incompletude com défices nas funções executivas como o planeamento, resolução de problemas e capacidade de alternância de tarefas (Cameron, Summerfeldt et al., 2019). Quanto às cognições associadas, verifica-se que existe uma maior relação do evitamento do dano com crenças de sobrevalorização de ameaça e de responsabilidade pessoal excessiva, e uma maior relação da incompletude com crenças de perfeccionismo e de intolerância à incerteza (Bragdon & Coles, 2017).

A incompletude consiste, portanto, num desequilíbrio interno amplo e profundo de ordem afetiva e sensorial que inclui uma sensação interna de desconforto ou insatisfação perturbadora relativamente ao estado atual, provocando um impulso de realizar ações para satisfazer uma necessidade de adaptação a critérios internos de exatidão e regressar a um estado de satisfação (Pietrefesa & Coles, 2009; Summerfeldt, 2004; Summerfeldt et al., 2014).

Este tipo de impulso pode levar, por exemplo, uma pessoa a continuar a lavar-se mesmo quando toda a sujidade já foi removida. A continuidade do seu comportamento pode ter a finalidade de diminuir um desconforto relacionado com a sensação de que o estado de limpeza ainda não está como deveria estar. A pessoa cessa o ritual quando alcançou uma sensação interna de satisfação associada à obtenção de um estado de limpeza que considera perfeito.

Em linha com o anterior, Boisseau e colaboradores (2018) realizaram um estudo no qual através do uso da análise fatorial exploratória identificaram duas componentes na incompletude: uma componente sensorial, relacionada com uma sensação de necessidade de algo estar de uma determinada forma; e uma componente comportamental, na qual devido a essa sensação, o indivíduo apresenta dificuldades para iniciar ou concluir uma determinada ação ou tarefa (e.g. problemas em decidir qual a tarefa que deve ter prioridade).

Para além da designação de incompletude (Rasmussen & Eisen, 1992 ; Summerfeldt, 2004), este fenómeno tem tido outras designações na literatura científica da POC: défices na sensação de saber (Rapoport, 1991; Szecthman & Woody, 2004), experiências “Not Just Right”¹ (NJR; Coles et al., 2003; Leckman, Walker et al., 1994), impulsos premonitórios (Leckman et al., 1993), fenómenos sensoriais (Miguel et al., 2000), perfeccionismo sensorial (Frost & DiBartolo, 2002) e sensibilidade de perceção (Veale et al., 1996).

Embora os termos de incompletude e experiências NJR sejam utilizados como sinónimos na literatura, Summerfeldt e colaboradores (2014) fazem uma distinção entre ambos. O sentimento de incompletude seria, para os autores anteriores, um *traço* nuclear estável ao longo do tempo que revela um padrão global de funcionamento. Já as experiências NJR seriam um tipo de fenómenos subjetivos que corresponderiam a um *estado* de incompletude despoletado por estímulos externos, manifestando-a de modo imediato e limitado temporalmente em situações específicas.

As experiências NJR traduzem uma incongruência entre o estado atual e o estado desejado de perfeição e certeza. Existe uma perceção de que o ambiente não se encontra como deveria estar, o que produz tensão e desconforto, levando por sua vez a que os indivíduos se sintam impelidos a agir e realizem compulsões para alcançar o estado desejado. Como esse fim é alcançado apenas de modo temporário, os indivíduos voltam a viver experiências NJR e adotam um padrão repetitivo de realização de rituais para obter novamente o estado desejado (Coles et al., 2003, 2005).

De acordo com Summerfeldt (2004), as experiências NJR podem ser de qualquer categoria sensorial, como a categoria visual (e.g. aparência de objetos), auditiva (e.g.

¹ O termo em inglês é “Not Just Right experiences”, cuja tradução poderia ser “experiências não completamente corretas”, mas decidimos manter, neste trabalho, o termo “experiências Not Just Right” por ser amplamente utilizado na literatura científica internacional.

preferência pela uniformidade de sons ambientes), tátil (e.g. toque para verificar as texturas) e proprioceptiva (e.g. necessidade de equilíbrio das ações), ou até de natureza cognitiva (e.g. expressões linguísticas).

Ghisi e colaboradores (2010) realizaram um estudo com uma amostra não clínica de estudantes universitários, uma amostra clínica de indivíduos com diagnóstico de POC e sem POC. Verificaram que 83% dos indivíduos não clínicos tiveram pelo menos uma experiência NJR na sua vida. Já os indivíduos com diagnóstico de POC reportaram uma maior frequência e gravidade das experiências NJR, tal como uma maior perturbação no seu funcionamento por elas causada, comparativamente aos indivíduos não clínicos e indivíduos com depressão ou ansiedade. As experiências NJR estendem-se, portanto, num continuum quanto à sua severidade e prejuízo no funcionamento dos indivíduos e são universais.

A incompletude está presente na maioria das pessoas que apresentam sintomas obsessivo-compulsivos (Ferrão et al., 2012; Leckman, Grice et al., 1994) e está associada a uma maior severidade dos mesmos (Ferrão et al., 2012). As dimensões de sintomatologia que possuem uma forte associação com a incompletude são as obsessões de exatidão (Summerfeldt et al., 2004), a ordem/simetria (Coles et al., 2005; Cogle et al., 2013; Summerfeldt et al., 2004) e a verificação (Coles et al., 2005; Cogle et al., 2013). Nos estudos experimentais que utilizaram tarefas de indução da incompletude e experiências NJR, demonstrou-se uma associação da incompletude com as compulsões de ordem/simetria (Cogle et al., 2013; Summers et al., 2014), verificação (Cogle et al., 2013; Summers et al., 2014) e lavagem (Summers et al., 2014), de modo exclusivo (Summers et al., 2014). A incompletude está igualmente associada a resultados menos satisfatórios de tratamento (Foa et al., 1999).

A incompletude e experiências NJR não se cingem apenas à POC. Vários estudos apontam que a incompletude e experiências NJR são transversais a outras perturbações psicológicas: perturbação dismórfica corporal (Summers & Cogle, 2017; Summers et al., 2017; Veale et al., 1996), tricotilomania (Ferrão et al., 2012; Rasmussen & Eisen, 1992; Sica et al., 2015), perturbação de escoriação (Ferrão et al., 2012), onicofagia (Rasmussen & Eisen, 1992), perturbação de tiques (Miguel et al., 2000), perturbações do comportamento alimentar (Sica et al., 2015), perturbação do espectro do autismo (Kloosterman et al., 2013), perturbação de jogo patológico (Sica et al., 2015) e traços de personalidade obsessivo-compulsiva (Ecker et al., 2014).

1.4. Resultados da Investigação sobre a Incompletude e Experiências NJR

A presença destes fenómenos em indivíduos clínicos e não clínicos tem sido investigada maioritariamente em estudos de natureza correlacional, através do recurso a instrumentos de autorrelato. Atualmente os instrumentos que avaliam a sua presença são os seguintes: *Obsessive-Compulsive Core Dimensions* (OCTCDQ; Summerfeld et al., 2001, 2014), *Not Just Right Experiences Questionnaire* (NJREQ-R; Coles et al., 2003, 2005), *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thordarson et al., 2004), *University of San Paulo Sensory Phenomena Scale* (USP-SPS; Rosário et al., 2009). Mais recentemente foi desenvolvida uma escala denominada *Brown Incompleteness Scale* (BINCS; Boisseau et al., 2018) e um procedimento baseado em imagens: *Not Just Right Experiences - Picture Based Measure* (NJR-PM; Sica et al., 2019).

Para Shaughnessy e colaboradores (2012), os estudos correlacionais permitem a descrição dos processos mentais e do comportamento e fazer predições por meio de associações entre os fenómenos. Não possibilitam, no entanto, a identificação das variáveis que representam causas ou efeitos. Os instrumentos de autorrelato utilizados neste tipo de estudos podem refletir um viés de desejabilidade social, não permitindo respostas totalmente fiáveis.

Para colmatar essas limitações, têm sido realizados estudos experimentais com o objetivo de investigar os fenómenos de modo direto, poder inferir relações de causalidade entre variáveis e controlar as variáveis externas (Shaughnessy et al., 2012).

Até à data, realizaram-se poucos estudos laboratoriais sobre a incompletude e experiências NJR. Os estudos de maior relevância foram realizados por Coles e colaboradores (2005), Cogle e colaboradores (2011, 2013), Pietrefesa e Coles (2009) e Summers e colaboradores (2014).

Estes investigadores utilizaram amostras não clínicas (estudantes universitários), recorrendo a tarefas *in vivo* para induzir as experiências NJR em várias modalidades sensoriais, num ambiente controlado de laboratório, com vista a uma compreensão mais alargada sobre o fenótipo clínico e complexidade da POC. Os resultados destes estudos foram que a indução de incompletude e experiências NJR por meio das tarefas experimentais provocaram desconforto (Coles et al., 2005; Cogle et al., 2011, 2013; Pietrefesa & Coles, 2009; Summers et al., 2014) e a necessidade de realizar compulsões de lavagem (Cogle, 2011; Pietrefesa & Coles, 2009; Summers et al., 2014), de ordem/simetria (Coles et al.,

2005), Pietrefesa & Coles, 2009; Summers et al, 2014) e de verificação (Cogle, 2013; Summers et al, 2014).

A limitação destes estudos prende-se com o uso de amostras universitárias: não são representativas da população geral e quando são utilizadas, verifica-se uma menor magnitude das diferenças e relações mais fracas entre as variáveis estudadas (Peterson, 2001).

Fornés-Romero e Belloch (2017) realizaram um estudo *in vivo* aplicado a indivíduos clínicos e não clínicos (estudantes universitários). Os participantes foram informados de que o objetivo era estudar os processos mnésicos e assistiram a uma apresentação *powerpoint*, na qual constava uma lista de 18 palavras sobre o ambiente de um escritório que tinham de memorizar e escrever numa folha de papel. A investigadora não permitia a finalização da tarefa de recordação das palavras pelos participantes da condição experimental, informando-os de que o tempo tinha terminado. Já os participantes do grupo de controlo dispunham de todo o tempo necessário para concluir a tarefa. Os resultados obtidos mostraram que a incompletude e experiências NJR provocaram desconforto físico, emoções negativas e impulso ou necessidade de fazer algo repetidamente durante o desempenho na tarefa (e.g. verificar as palavras escritas) e após a indicação de fim da tarefa (e.g. impulso para continuar a tarefa). A incompletude e experiências NJR mostraram relações com a POC, *just right* e sintomatologia depressiva. O mesmo não se verificou com o evitamento de dano ou com a ansiedade.

O uso exclusivo de medidas de autorrelato e a ausência de medidas comportamentais para observar a incompletude e experiências NJR parecem constituir uma limitação deste último estudo.

Como estes fenómenos possuem um carácter subtil e idiosincrático, considerámos que a sua avaliação pode ser mais precisa através do uso de uma medida comportamental. Outra alteração que sugerimos foi na avaliação do humor dos participantes através da subescala referente ao afeto negativo do instrumento *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): como foi aplicada apenas na fase anterior à realização da tarefa experimental, impossibilitando a sua comparação após a conclusão da tarefa, repetimos a sua aplicação.

Tendo sido propostas a incompletude e experiências NJR como mecanismos motivacionais de alguns sintomas obsessivo-compulsivos, uma melhor explicação desses fenómenos pode conduzir a intervenções psicoterapêuticas mais eficazes. Por este motivo, o presente trabalho propôs-se induzir experimentalmente experiências NJR, inspirando-se no

estudo de Fornés-Romero e Belloch (2017) realizado com participantes não clínicos. Esperámos que a sua replicação nos possibilitasse determinar se os resultados da experiência seriam fidedignos e se se poderiam generalizar a outros sujeitos, condições e situações.

A metodologia utilizada no estudo de Fornés-Romero e Belloch (2017) foi maioritariamente mantida. Tentámos, contudo, introduzir algumas alterações para fazer face ao que nos parecem ser as suas limitações. Foi incluída uma medida comportamental: a oportunidade de concluir a tarefa após a indicação do seu fim nos participantes do grupo experimental. A aceitação dessa oportunidade permite-nos inferir que o desconforto interno provocado pela falta de conclusão da tarefa foi elevado, ao ponto de ter surgido a necessidade de finalizá-la, com vista à redução das sensações negativas sentidas. A aplicação da PANAS foi repetida após a tarefa, de modo a conhecermos em que medida a tarefa influenciou as respostas emocionais dos participantes. Acrescentámos ainda uma terceira *Escala de Faces* (EF) de humor, para avaliar se existiu alguma mudança de humor entre o momento que se seguiu ao término da tarefa e o final da participação no estudo. A tarefa experimental de memória de palavras sofreu também algumas modificações. Esta tarefa será descrita em detalhe na metodologia.

2. Objetivos e Hipóteses de Investigação

Esta investigação consistiu na *indução experimental de experiências NJR em indivíduos não clínicos* através da realização de uma tarefa de memória de palavras. Inspirámo-nos no estudo de Fornés-Romero e Belloch (2017) e efetuámos, tal como foi referido, algumas alterações como a introdução de uma medida comportamental e a comparação do afeto negativo em dois momentos: pré e pós-tarefa. Como objetivos específicos relacionados, propusemo-nos: (1) induzir experimentalmente a incompletude e experiências NJR para analisar a sua frequência e severidade; (2) determinar se esses fenómenos provocam uma forte necessidade ou impulsos de agir para eliminar as sensações internas desagradáveis; (3) analisar as respostas emocionais imediatas e esforços de neutralização provocados pela incompletude e experiências NJR.

De acordo com os objetivos referidos, as hipóteses de investigação desenvolvidas foram as seguintes:

Hipótese 1 – A manipulação experimental da tarefa de memória de palavras induzirá a incompletude/experiências NJR.

Hipótese 2 - Os participantes da condição experimental experimentarão maiores níveis de desconforto físico e de impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa experimental do que os participantes da condição de controlo.

Hipótese 3 – Os participantes da condição experimental apresentarão níveis mais elevados de emoções negativas e esforços de neutralização (dificuldades de supressão) do que os participantes da condição de controlo devido à realização da tarefa experimental.

Hipótese 4 – Em comparação com os participantes da condição de controlo, os participantes da condição experimental registarão significativamente um humor mais negativo no final da tarefa experimental do que no início.

Hipótese 5 – Os resultados obtidos nas variáveis dependentes resultantes da tarefa (incompletude, experiências NJR, desconforto físico, impulsos/necessidade de agir repetidamente, emoções negativas associadas à sensação mais desagradável e à mais intensa, e dificuldades de supressão dessas mesmas sensações) associar-se-ão positivamente com todas as variáveis psicológicas e psicopatológicas avaliadas pelos instrumentos de autorrelato: NJREQ-R, VOCI – *Just Right*, OCI-R, OCTCDQ, *Depression*, *Anxiety Stress Scales: 21 item version (DASS-21) – Ansiedade e Depressão*, e PANAS – *Afeto Negativo*. Essa associação será mais fraca com a ansiedade e depressão do que com as restantes variáveis.

Hipótese 6 - A incompletude/experiências NJR predizerão a variabilidade os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa e após a indicação de fim da tarefa.

Um segundo objetivo foi perceber em que medida a incompletude e experiências NJR se associam à sintomatologia das perturbações do espectro obsessivo-compulsivo (POC, perturbação de escoriação, tricotilomania, onicofagia e perturbação dismórfica corporal).

3. Metodologia

3.1 Participantes

Nesta investigação, participaram 100 indivíduos, da população geral portuguesa, maioritariamente do sexo masculino (52%), com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos ($M = 32.89$; $DP = 7.55$; Mínimo = 19; Máximo = 49).

Foram excluídos 27 participantes por não preencherem algum dos seguintes critérios de inclusão: (a) capacidade intacta de compreensão das instruções, de preenchimento dos instrumentos e da tarefa experimental; (b) memória de trabalho preservada (no mínimo ter completado as primeiras cinco sequências [47 pontos] do *Teste dos Cubos de Corsi*); (c) ausência de perturbação psicopatológica nos últimos seis meses; (d) não estar em tratamento psicológico ou psiquiátrico; e (e) ausência de acertos na totalidade das palavras da tarefa experimental.

Os participantes foram distribuídos aleatoriamente por duas condições: experimental e de controlo. Não houve diferenças significativas entre os participantes atribuídos às condições em função da idade ($t = -1.235$; $p = .595$), do sexo ($x^2 = .641$; $p = .423$), da naturalidade ($x^2 = 14.006$; $p = .173$), do local de residência ($x^2 = 7.938$; $p = .160$), do estado civil ($x^2 = 2.731$; $p = .435$), das habilitações literárias ($x^2 = 4.249$; $p = .373$), da profissão ($x^2 = 10.871$; $p = .696$) e da situação profissional ($x^2 = .706$; $p = .951$). A maioria dos participantes era do sexo masculino (52%), natural do Algarve (48%), residente no Barlavento Algarvio (53%), solteiro (59%), tinha o ensino secundário completo (37%), uma profissão relacionada com o comércio (61%) e estava a trabalhar por conta de outrem (30%; Apêndice A).

Nenhum dos indivíduos que integraram esta amostra afirmou ter um familiar com perturbação de tiques ou outra relacionada.

Todos os participantes apresentaram a capacidade de memória de trabalho preservada. Quanto ao número de sequências de cubos no *Teste dos Cubos de Corsi* corretamente memorizadas, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t = -.501$; $p = .196$; Grupo experimental: $M = 8.0$; $DP = 1.81$; Mínimo = 5; Máximo = 13; Grupo de controlo: $M = 8.26$; $DP = 2.165$; Mínimo = 5; Máximo = 15). Relativamente aos pontos obtidos, também não se verificaram diferenças entre os grupos ($t = -.781$; $p = .193$; Grupo experimental: $M = 43.80$; $DP = 18.118$; Mínimo = 20; Máximo: 104; Grupo de controlo: $M = 47.02$; $DP = 22.835$; Mínimo = 20; Máximo = 135).

3.2 Instrumentos e Materiais

Através de um formulário *online* (*Google Forms*), os participantes preencheram o consentimento informado e os questionários. Nesse mesmo formulário, constavam os *sites* para a realização em separado do *Teste dos Cubos de Corsi* e da tarefa experimental.

a) Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos.

Este questionário (Apêndice C) teve como objetivo a recolha de informações sobre os participantes através de 12 itens: nove itens respeitantes aos dados pessoais (idade, género, naturalidade, local de residência, nacionalidade, estado civil, habilitações literárias, profissão e situação profissional) e três respeitantes aos dados clínicos (perturbação psicológica atual ou nos últimos seis meses, tratamento psicológico/psiquiátrico atual e familiar com perturbação de tiques ou relacionada).

b) *Teste dos Cubos de Corsi* (Kessels et al., 2000).

Este teste visa a avaliação da memória de trabalho visuoespacial. A versão original consiste em nove cubos de madeira colocados num tabuleiro, na qual após a apresentação uma determinada sequência, o participante deve tocar nos cubos seguindo a mesma ordem que visualizou aquando da sequência visualizada. O número de cubos apresentados aumenta à medida que o teste avança, começando com uma sequência de dois cubos e terminando com uma sequência de nove cubos, totalizando 16 sequências. O teste finaliza depois do participante cometer dois erros na mesma sequência.

Foi criada uma versão online deste instrumento para a presente investigação através do *software Visual Studio Code* (versão 1.30 para Windows; Apêndice D).

c) *Depression Anxiety Stress Scales: 21-Item Version* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Vasconcelos-Raposo et al., 2013).

A escala DASS-21 é uma versão resumida da escala *Depression Anxiety Stress Scales*. É constituída por 21 itens e avalia os sintomas de depressão, ansiedade e stresse. Os participantes deverão indicar em que medida cada item se aplicou a eles na última semana, numa escala de 3 pontos, entre 0 (“nunca”) a 3 (“quase sempre”). Neste estudo serão utilizadas apenas as subescalas de *Ansiedade* e *Depressão* (Anexo A).

Os resultados obtidos a partir da amostra utilizada no presente estudo mostraram uma boa consistência interna para o total da DASS ($\alpha = .87$), assim como para as subescalas de *Ansiedade* ($\alpha = .76$) e *Depressão* ($\alpha = .85$).

d) *Not Just Right Experiences Questionnaire-Revised* (NJREQ-R; Coles et al., 2003, 2005; versão portuguesa Rosado, 2017).

O NJREQ-R é uma medida de autorrelato composta por 19 itens, que faz a avaliação da gravidade das experiências NJR no mês anterior. Os primeiros 10 itens listam situações específicas e solicita-se aos participantes que indiquem se alguma vez as experienciaram (e.g. “Ao fechar a porta de casa, tive a sensação de notar que o fecho da porta não encaixava corretamente.”). Na segunda parte, solicita-se a identificação da experiência NJR mais recente e da sua ocorrência. Na terceira parte, avaliam a frequência, a intensidade, a angústia, a ruminação, a necessidade de responder e a responsabilidade relativas às experiências NJR mais recentes, numa escala de *likert* de 7 pontos, variando entre 1 (nenhum) a 7 (extremo). A soma da pontuação desses sete itens dará a severidade das experiências NJR.

No presente estudo foi utilizada a tradução e retroversão deste instrumento realizada por Rosado (2017; Anexo B).

A pontuação total do NJREQ-R apresentou uma consistência interna adequada para a amostra utilizada na presente investigação ($\alpha = .76$).

e) *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thoardson et al., 2004; versão portuguesa Calisto, 2013).

O VOCI é uma medida de autorrelato que avalia características relacionadas com a POC e é constituído por seis subescalas: contaminação, verificação, obsessões, acumulação, *just right* e indecisão. No presente estudo, foi utilizada apenas a subescala *Just Right*, composta por 12 itens nos quais os sujeitos deverão responder numa escala de 5 pontos acerca da severidade dos sintomas experimentados (Anexo C).

Esta subescala apresentou, no presente estudo, uma adequada consistência interna ($\alpha = .85$).

f) *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R; Foa et al., 2002; versão portuguesa Cardoso, 2015)

O OCI-R é uma medida de autorrelato com 18 itens que avaliam a presença de sintomas primários da POC através das subescalas de lavagem, verificação, ordenação,

obsessão, acumulação e neutralização. Cada subescala tem três itens (e.g. para lavagem “Lavo as minhas mãos com mais frequência e durante mais tempo do que é necessário.”). É solicitado aos sujeitos que indiquem numa escala de 4 pontos, entre 1 (“de maneira alguma”) a 4 (“extremamente”) como lidaram com as experiências no mês anterior (Anexo D).

Os resultados da amostra utilizada na presente investigação mostraram uma consistência interna adequada para o total do OCI-R ($\alpha = .86$), assim como para a maioria das subescalas que o compõem (verificação [$\alpha = .74$]; neutralização [$\alpha = .75$]; obsessão [$\alpha = .84$] e ordenação [$\alpha = .87$]), excetuando a acumulação e lavagem (ambas $\alpha = .60$).

g) *Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire*; (OCTCDQ; Summerfeldt et al., 2001; versão portuguesa Rosado, 2017)

O OCTCDQ é um questionário de autorrelato com 20 itens divididos em duas subescalas, para avaliar o evitamento de dano (e.g. “Há coisas que temo que possam acontecer se não tomo certas medidas para as prevenir.”) e a incompletude (e.g.: “Perco muito tempo a tentar que as coisas fiquem completamente corretas”). Os itens são classificados numa escala de 5 pontos, que varia entre 1 (“nunca se aplica a mim.”) a 5 (“aplica-se sempre a mim.”).

No presente estudo foi utilizada a tradução e retroversão deste instrumento realizada por Rosado (2017; Anexo E).

O OCTCDQ evidenciou, a partir dos resultados da presente amostra, uma excelente consistência interna na pontuação total ($\alpha = .94$), assim como nas subescalas de evitamento do dano e de incompletude (ambas com $\alpha = .90$).

h) *Escala de Faces* (EF; Wong & Baker, 1988) para avaliação do humor

A EF é uma escala unidimensional que nesta investigação visa avaliar o humor. Os sujeitos devem indicar o humor do momento através da escolha de uma das seis faces apresentadas. As faces classificam-se desde 0 (“muito alegre”) a 5 (“muito triste”; Anexo F).

i) *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson et al., 1988; versão portuguesa Galinha & Ribeiro, 2005)

A PANAS é uma escala de autorrelato que avalia a componente afetiva do bem-estar subjetivo. Compõe-se por 20 itens, sendo 10 relativos à dimensão de afeto positivo (e.g. entusiasmado/a) e os restantes 10 à dimensão de afeto negativo (e.g. assustado/a). A resposta dos indivíduos indica o grau em que experimentaram cada uma das emoções listadas nas

últimas semanas, numa escala de 5 pontos, que varia de 1 (“nada”) a 5 (“muitíssimo”). No presente estudo, apenas foi aplicada a subescala *Afeto Negativo* (Anexo G).

No presente estudo, a subescala *Afeto Negativo* da PANAS evidenciou uma boa consistência interna (primeira aplicação: $\alpha = .86$; segunda aplicação: $\alpha = .87$).

j) *Skin Picking Scale – Revised* (SPS-R; Snorrasson et al., 2012)

O SPS-R é um instrumento de autorrelato composto por oito itens que avaliam a escoriação da pele, gerando uma pontuação total e uma pontuação referente a diferentes subescalas: severidade da sintomatologia e problemas no funcionamento.

No presente estudo utilizou-se uma tradução e retroversão deste instrumento efetuada pelas autoras do trabalho para a língua portuguesa (Anexo H).

Na sua versão original, o SPS-R mostrou ter uma boa consistência interna na pontuação total ($\alpha = .83$), severidade da sintomatologia ($\alpha = .81$) e problemas no funcionamento ($\alpha = .79$). Neste estudo, a pontuação total evidenciou uma boa consistência interna ($\alpha = .86$), a severidade da sintomatologia uma excelente consistência interna ($\alpha = .91$) e os problemas no funcionamento uma consistência interna muito fraca ($\alpha = .42$).

k) *National Institute of Mental Health Trichotillomania Symptom Severity Scale* (NIMH-TSS; Swedo et al., 1989)

Esta escala deriva da *Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989) e é constituída por cinco itens que avaliam a severidade da sintomatologia de tricotilomania. Os participantes devem responder utilizando uma escala de likert entre 0 e 4 no terceiro item e entre 0 e 5 nos itens seguintes, correspondendo as pontuações mais elevadas a uma maior severidade da sintomatologia.

Foi utilizada para este estudo uma tradução e retroversão deste instrumento realizada pelas autoras do trabalho para a língua portuguesa (Anexo I).

Os itens de avaliação da duração do comportamento de puxar o cabelo/pelo e pontuação total da escala demonstram uma concordância entre avaliadores razoável, contudo esta última apresenta baixa consistência interna ($\alpha = .63$).

No presente estudo, a análise de fiabilidade mostrou uma consistência interna adequada para o total da escala ($\alpha = .83$).

l) Questionário sobre Onicofagia

Este questionário de sete itens avalia a presença da onicofagia. É composto por cinco itens do questionário de Blum e colaboradores (2017), cuja tradução e retroversão foi feita pelas autoras do trabalho. Acrescentámos dois itens: um sobre a situação de ocorrência do comportamento onicofágico e outro sobre se este é antecedido por algum comportamento específico habitual (Apêndice E).

Este questionário evidenciou uma boa consistência interna ($\alpha = .85$).

m) *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ; Phillips et al., 1995)

Este questionário avalia a presença da perturbação dismórfica corporal. Os respondentes devem indicar numa escala de likert que varia entre 0 e 4 pontos em que medida cada um dos quatro itens do questionário a eles se aplica.

Foi efetuada para este estudo uma tradução e retroversão deste instrumento pelas autoras do trabalho para a língua portuguesa (Anexo J).

Na prática psiquiátrica demonstrou alta sensibilidade (100%) e especificidade (89%) em contexto de ambulatório (Phillips et al., 1995). Já em contexto de internamento, também demonstrou alta sensibilidade (100%) e especificidade (93%; Grant et al., 2001).

A análise da fiabilidade do BDDQ para este estudo demonstrou que possui uma consistência interna razoável ($\alpha = .79$).

n) Tarefa Experimental

A tarefa experimental que integrou a nossa investigação (versão Grupo experimental: Apêndice F; versão Grupo de controlo: Apêndice G) foi inspirada na tarefa experimental do estudo de Fornés-Romero e Belloch (2017) e criada através do software *Visual Studio Code* (versão 1.30 para Windows).

Foi realizado um estudo piloto para verificar a necessidade de possíveis alterações na tarefa experimental face à avaliação quanto à sua facilidade de execução.

No estudo piloto, os participantes visionaram uma apresentação online composta por seis diapositivos, com todas as palavras que deveriam recordar.

Os dois primeiros diapositivos tiveram as instruções para a realização da tarefa. O terceiro diapositivo foi composto por uma situação imaginária num escritório, descrita por meio do seguinte texto: “Imagine que lhe é comunicado que a próxima reunião na qual irão ser tomadas decisões importantes para o futuro da sua empresa será realizada no seu escritório. Para além de um grupo de colegas estará presente o seu chefe, que é uma pessoa

que valoriza muito a arrumação no ambiente de trabalho. Por essa razão, deve arrumar o seu espaço de trabalho.”. O quarto diapositivo mostrava 18 palavras associadas a um escritório, divididas em três categorias: mobiliário (“arquivadores”, “estante”, “cadeiras”, “cabide”, “armário” e “secretária”), material (“agenda”, “agrafador”, “clipes”, “esferográficas”, “folhas” e “fita-cola”) e outros objetos (“quadros”, “calendário”, “caixote do lixo”, “cortinas”, “telefone” e “fotografias”). O quinto diapositivo continha campos em branco para os participantes preencherem com as listas de palavras do diapositivo anterior.

Esta tarefa experimental apresentou uma diferença comparativamente à tarefa do estudo de Fornés-Romero e Belloch (2017). No presente estudo, todas as palavras a evocar pelos participantes foram escritas a preto sob um fundo branco, para não se constituírem como estímulos distratores. Para além disso, à diferença do estudo de Fornés-Romero e Belloch (2017), foi dada aos participantes do grupo experimental, após o preenchimento de instrumentos de avaliação do humor pós-tarefa, a oportunidade de retomar a tarefa no ponto onde tinha ficado.

O número de acertos na tarefa experimental foi inferior ($M = 11,60$; $DP = 3.15$; Mínimo = 5; Máximo = 16) ao número obtido no estudo de Fornés-Romero e Belloch (2017). Por conseguinte, efetuámos as seguintes modificações na versão final da tarefa experimental:

- diminuição do número de palavras para recordar e evocar: 12 palavras em vez de 18 palavras. Foram retiradas duas palavras de cada categoria: “arquivadores” e “armário” (mobiliário), “agenda” e “fita-cola” (material), e “quadros” e “telefone” (outros objetos).
- redução equivalente do tempo de apresentação da lista de palavras: 1 minuto e 33 segundos ao invés de 2 minutos.
- redução equivalente do momento da indicação de fim da tarefa nos participantes do grupo experimental: início da escrita da 10^a palavra em vez da 15^a palavra.
- aumento do número de diapositivos das instruções: quatro diapositivos, em vez de três diapositivos, com o diapositivo adicional: “É de grande importância que esteja num ambiente calmo e sem distrações, para que consiga estar devidamente concentrado(a) para a realização desta tarefa de memória. Por favor tente mesmo memorizar todas as palavras.” para assegurar a sua compreensão.
- avanço manual nos primeiros quatro diapositivos (no lugar do avanço automático transcorrido algum tempo).

Dessa forma, a versão final da tarefa experimental foi composta por seis diapositivos.

Os três primeiros diapositivos tiveram as instruções para a realização da tarefa.

O quarto diapositivo foi composto pela situação imaginária num escritório.

O quinto diapositivo mostrava 12 palavras associadas a um escritório, divididas igualmente em três categorias: mobiliário (“estante”, “cadeiras”, “cabide” e “secretária”), material (“agrafador”, “clipes”, “esferográficas” e “folhas”) e outros objetos (“calendário”, “caixote do lixo”, “cortinas” e “fotografias”).

O sexto diapositivo continha campos em branco. Estes campos tinham de ser preenchidos pelos participantes, digitando as palavras listadas no diapositivo anterior. Passado 1 minuto e 33 segundos, o diapositivo desaparecia e era solicitado aos participantes que escrevessem todas as palavras de que se recordavam. Quando os participantes do grupo experimental iniciavam a escrita da 10ª palavra, recebiam uma mensagem que informava que deviam parar porque o tempo tinha terminado. O grupo de controlo recebia essa mesma mensagem, mas quando já tinham finalizado a tarefa.

o) Questionário Pós-Tarefa

Este questionário foi aplicado após a tarefa experimental (Apêndice H). A primeira parte contém 12 itens para avaliar a incompletude, experiências NJR, sensações físicas desagradáveis, impulsos ou necessidade de agir de forma repetida durante a tarefa e após a indicação de fim da tarefa, e dificuldades de supressão da sensação mais desagradável e da mais intensa. Metade desses itens referiram-se ao momento da realização da tarefa e os restantes ao seu término.

Os itens 1, 4, 5, 8, 9 e 12 avaliam os impulsos/necessidade de agir devido a uma possível sensação de incompletude, experiências NJR ou desconforto físico. Os itens 2, 3, 6 e 7 avaliam o desconforto interno e sensações físicas desconfortáveis. Os itens 10 e 11 avaliam a incompletude/experiências NJR. A escala de resposta é de tipo likert de 6 pontos, variando entre 0 (“de modo nenhum”) e 6 (“extremo”).

A segunda parte está composta por 14 itens, relacionados com a escolha da sensação mais desagradável e a mais intensa das sensações da primeira parte do questionário, as emoções negativas por elas provocadas e a sua dificuldade de supressão. Por fim, os três últimos itens referem-se à dificuldade da tarefa, perceção de autoeficácia quanto ao desempenho na mesma e a possibilidade de um melhor desempenho com mais tempo para realizá-la.

3.3 Procedimento de Recolha de Dados

Foi realizado um estudo piloto em modalidade virtual, com uma amostra constituída por 20 estudantes universitários da licenciatura de Psicologia da Universidade do Algarve. Este estudo-piloto divergiu do estudo de Fornés-Romero e Belloch (2017), já que substituímos o subteste *Memória de Dígitos* da *Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition* (WAIS-IV) pelo *Teste dos Cubos de Corsi*, de modo a avaliar a memória de trabalho, mas de natureza visuoespacial. Efetuámos alterações na tarefa experimental, conforme descrito anteriormente. Repetimos também a aplicação da subescala *Afeto Negativo* da PANAS após a tarefa experimental, bem como de uma EF no fim da participação.

O estudo na sua versão definitiva teve 100 participantes não clínicos da população geral portuguesa. O procedimento foi o mesmo relativamente ao estudo piloto, à exceção das alterações efetuadas na tarefa experimental, já descritas. Os participantes receberam por *e-mail* os dois *links* para as duas sessões, que tiveram de realizar com um intervalo máximo de uma semana. Após o preenchimento do consentimento informado, a investigação foi composta por 3 fases: *baseline*, fase de experiência e fase pós-experiência.

Na fase de *baseline*, os participantes preencheram o questionário de dados sociodemográficos e clínicos e os instrumentos de autorrelato. Com o objetivo de diminuir o cansaço dos participantes, o preenchimento dos questionários foi realizado em duas sessões realizadas em dias diferentes.

- a) Primeira sessão: NJREQ-R, VOCI subescala *Just Right*, OCTCDQ, OCI-R e DASS-21 subescalas *Ansiedade* e *Depressão*.

A ordem de aplicação dos instrumentos foi balanceada em três versões para evitar efeitos de ordem: Versão 1- DASS-21 (subescalas *Ansiedade* e *Depressão*), NJREQ-R, VOCI (subescala *Just Right*), OCI-R e OCTCDQ; Versão 2- NJREQ-R, VOCI (subescala *Just Right*) OCI-R, OCTCDQ e DASS-21 (subescalas *Ansiedade* e *Depressão*); e Versão 3- OCI-R, OCTCDQ, DASS-21 (subescalas *Ansiedade* e *Depressão*), NJREQ-R e VOCI (subescala *Just Right*).

Somente os participantes que preencheram os critérios de inclusão na experiência passaram para a sessão seguinte.

- b) Segunda sessão: SPS-R, NIMH-TSS, Questionário sobre Onicofagia e BDDQ, e para avaliar o estado de humor a PANAS (subescala *Afeto Negativo*) e EF.

À exceção dos instrumentos para avaliar o humor que quisemos aplicar mesmo antes da tarefa experimental, houve um balanceamento em quatro versões na ordem de aplicação dos restantes instrumentos: Versão 1- SPS-R, NIMH-TSS, Questionário sobre Onicofagia e BDDQ; Versão 2- NIMH-TSS, Questionário sobre Onicofagia, BDDQ e SPS-R; Versão 3- Questionário sobre Onicofagia, BDDQ, SPS-R e NIMH-TSS; e Versão 4- BDDQ, SPS-R, NIMH-TSS e Questionário sobre Onicofagia.

Na fase de experiência, os participantes foram distribuídos aleatoriamente por duas condições experimentais (grupo experimental e grupo de controlo) através da plataforma *Random* (<https://www.random.org>).

Foram informados de que a tarefa experimental visava a avaliação da memória num limite de tempo suficiente e visualizaram a apresentação. Foi-lhes solicitado que memorizassem todas as palavras listadas e que escrevessem todas as que conseguissem recordar.

Os participantes do grupo experimental receberam a indicação de finalização da tarefa quando estavam a iniciar a escrita da 10^a palavra. O grupo de controlo não recebeu qualquer indicação de fim da tarefa antes de a concluírem, pelo que não tiveram tempo limite para a completar.

Na fase pós-experiência, os participantes preencheram novamente uma EF de humor e a subescala *Afeto Negativo* da PANAS.

Seguidamente foi dada uma oportunidade ao grupo experimental para concluir a tarefa: “Gostaria de ter oportunidade de concluir a tarefa, para se sentir melhor?”, podendo voltar à tarefa e retomá-la do ponto em que tinham ficado.

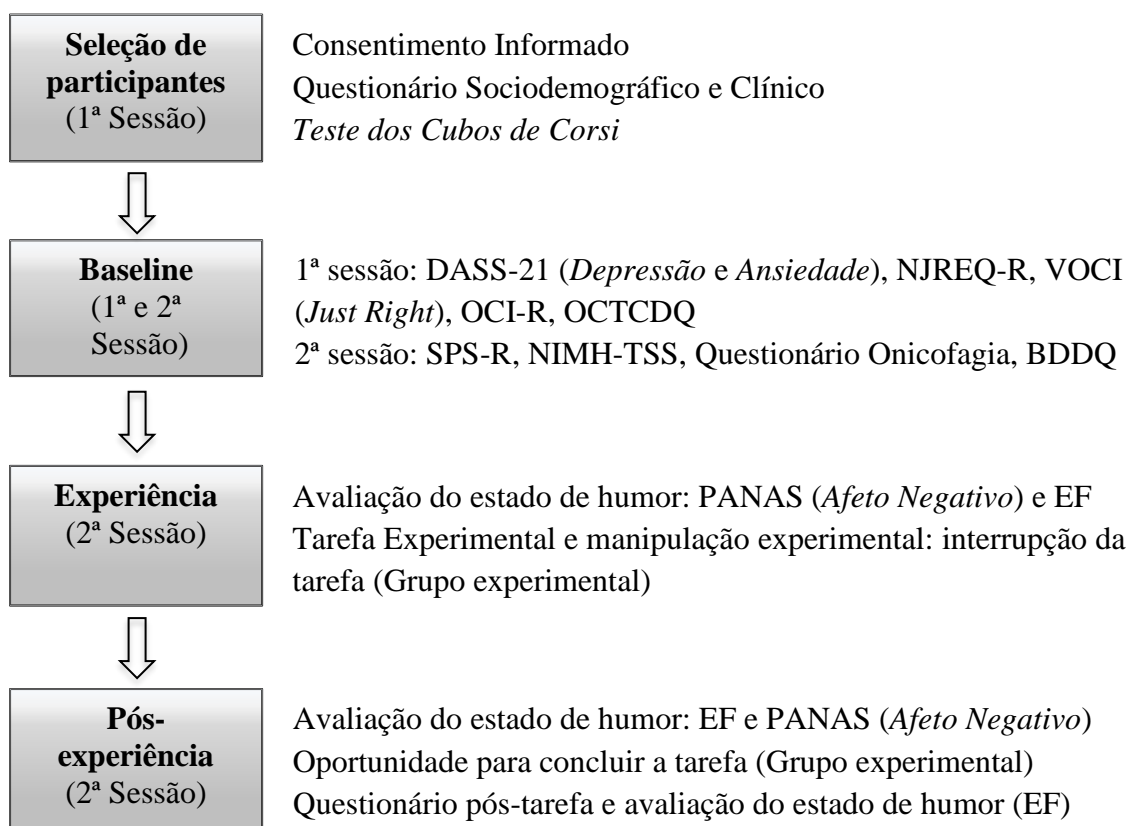
Para avaliar o sucesso da indução da incompletude e experiências NJR, as suas características e consequências emocionais e comportamentais, os participantes responderam ao questionário pós-tarefa e a uma última EF de humor.

Após a recolha dos dados, foi realizado um *debriefing*, explicando o propósito do estudo e agradecendo a sua participação.

As várias etapas que compuseram o procedimento de recolha de dados encontram-se sintetizadas na Figura 3.1.

Figura 3.1

Procedimento de Recolha de Dados



Nota. DASS-21 – *Depression Anxiety Stress Scales – 21 Item Version*; NJREQ-R – *Not Just Right Experiences Questionnaire – Revised*; VOICI – *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*; OCI-R – *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*; OCTCDQ – *Obsessive Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire*; SPS-R – *Skin Picking Scale Revised*, NIMH-TSS – *Trichotillomania Symptom Severity Scale*; BDDQ – *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire*; PANAS – *Positive and Negative Affect Scales*; EF – *Escala de Faces*.

3.4 Tratamento de dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa *Statistics Package of Social Sciences* (SPSS, versão 25.0 para Windows).

Para caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, procedeu-se a uma análise de tabelas de frequências com o número e percentagem de casos, tal como estatísticas de tendência central como a média (*M*) e de dispersão como o desvio-padrão (*DP*).

Com vista a comparar as médias das variáveis quantitativas nas duas condições experimentais, recorreu-se ao teste t de amostras independentes. O nível de significância aceite foi .05. A estimação do tamanho do efeito foi realizada utilizando o cálculo do *d* de

Cohen. Determinou-se o tamanho do efeito de acordo com os seguintes valores de referência: insignificante para valores inferiores a .19, pequeno para valores entre .20 e .49, médio para valores entre .50 e .79 e grande para valores superiores a .80 (Cohen, 1988).

As variáveis dependentes derivadas da tarefa experimental foram criadas a partir dos itens do Questionário Pós-Tarefa: incompletude e experiências NJR (item 10 e 11), desconforto físico durante a tarefa (item 2 e 6), desconforto físico após a indicação de fim da tarefa (item 3 e 7), impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a tarefa (item 4, 8 e 12), impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa (item 1, 5 e 9), emoções negativas associadas à sensação mais desagradável (item 17 ao 20), emoções negativas associadas à sensação mais intensa (item 22 ao 25), dificuldade de supressão da sensação mais desagradável (item 21) e dificuldade de supressão da sensação mais intensa (item 26).

Para avaliar se a indução experimental de incompletude e experiências NJR foi bem sucedida, calculámos dois itens de pontuação composta para cada grupo, a partir da média do somatório dos valores relativos à incompletude/experiências NJR, desconforto físico (interno e sensações físicas desconfortáveis) e impulsos/necessidade de agir repetidamente, em dois momentos: após a indicação de fim da tarefa e durante a sua realização. Considerámos o sucesso da indução através de dois critérios: (a) diferenças significativas entre os grupos nos itens compostos após a indicação de fim da tarefa; e (b) ausência de diferenças entre os grupos nos itens compostos durante a realização da tarefa.

Com a finalidade de verificar o efeito da manipulação experimental no estado de humor, foi realizada uma Análise de Variância (ANOVA) fatorial mista de medidas repetidas, com a estimação do tamanho do efeito com recurso ao cálculo do eta quadrado parcial. A magnitude do efeito foi estimada de acordo com os seguintes valores: magnitudes de efeito reduzido valores de $d = 0.2$, magnitudes de efeito moderado valores de $d = 0.5$ e magnitudes de grande efeito valores iguais ou superiores a $d = 0.8$ (Cohen, 1988).

Estimou-se a associação entre duas variáveis quantitativas a partir do coeficiente de correlação de *Pearson*, considerando as correlações bivariadas mediante os seguintes critérios: fraca para valores 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 para valores entre -1.0 e 0.5 ou 0.5 e 1.0 (Cohen, 1988).

Para prever a influência da incompletude, experiências NJR e desconforto físico nos impulsos durante a tarefa e após a indicação de fim da tarefa efetuaram-se análises de regressão linear múltipla hierárquica.

Com o objetivo de estimar a influência da incompletude e experiências NJR na relação entre a sintomatologia das PEOC (POC, perturbação de escoriação, tricotilomania, onicofagia e perturbação dismórfica corporal) recorreu-se às correlações parciais, considerando os mesmos valores para as correlações bivariadas.

4. Resultados

Neste capítulo serão relatados os resultados obtidos visando responder aos objetivos definidos e hipóteses formuladas.

A apresentação dos resultados foi dividida em dois pontos, de acordo com os objetivos da presente investigação.

4.1 Indução Experimental de Experiências NJR e Respostas Emocionais e Comportamentais

4.1.1 Análises Preliminares

Com a finalidade de observar se existiam diferenças prévias entre a condição de controlo e experimental nas variáveis psicológicas e psicopatológicas recolhidas na fase de baseline (ansiedade, depressão, sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude, experiências NJR, afeto negativo e estado de humor), recorreremos ao teste t de amostras independentes.

Na Tabela 4.1 é possível observar a inexistência de diferenças entre os participantes nessas variáveis em função do grupo experimental a que foram atribuídos.

Tabela 4.1

Diferenças nas Variáveis Psicológicas e Psicopatológicas em função da Condição Experimental dos Participantes

	GE	GC			
	(n = 50)	(n = 50)			
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
DASS-21: Ansiedade	2.32 (2.494)	2.56 (2.991)	-.436	.664	.087
DASS-21: Depressão	2.52 (2.252)	2.66 (3.075)	-.260	.796	.052
VOCI: Just Right	11.08 (6.892)	10.76 (7.602)	.220	.826	.044
OCI-R	14.12 (9.009)	12.76 (9.428)	.737	.463	.147
OCTCDQ: Evitamento do Dano	11.94 (7.566)	10.50 (7.424)	.961	.339	.192
OCTCDQ: Incompletude	14.92 (8.410)	12.76 (8.045)	1.312	.192	.262
NJREQ-R: Número	3.02 (1.974)	2.46 (1.798)	1.483	.141	.297
NJREQ-R: Severidade	8.78 (5.266)	7.86 (4.603)	.930	.355	.186
PANAS: Afeto Negativo Pré-teste	12.76 (3.589)	12.36 (4.557)	.488	.627	.100
EF: Humor Pré-teste	1.62 (.753)	1.48 (.735)	.941	.349	.190
Cubos de Corsi – Sequências	8.06 (1.812)	8.26 (2.165)	-.501	.617	.100
Cubos de Corsi – Pontos	43.80 (18.118)	47.02 (22.835)	-.781	.437	.205

Nota. GE – Grupo experimental; GC – Grupo de controlo; *M (DP)* – Média (Desvio-Padrão); *d* – *d* de Cohen; *p* < .05; DASS-21 – *Depression Anxiety Stress Scales – 21 Item Version*; VOCI – *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*; OCI-R – *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*; OCTCDQ – *Obsessive Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire*; NJREQ-R – *Not Just Right Experiences Questionnaire – Revised*; PANAS – *Positive and Negative Affect Scales*; EF – *Escala de Faces*.

Relativamente à tarefa de indução de experiências NJR, a quantidade de sensações que a sua realização gerou nos participantes foi baixa ($M = 4.63$; $DP = 3.637$), tal como a sua severidade ($M = .39$; $DP = .303$).

Todos os participantes referiram ter experienciado pelo menos 1 das 12 sensações.

As sensações mais experienciadas foram a sensação nº 1 (“Impulso para continuar a tarefa quando leu a frase “O tempo acabou.”) e sensação nº 2 (“Desconforto físico interno enquanto tentava recordar as palavras.”), ambas reportadas por 58% dos participantes.

Quanto aos sujeitos do grupo experimental, a sensação mais reportada foi a sensação nº 1 (82%), em oposição aos sujeitos do grupo de controlo, cuja sensação mais reportada foi a sensação nº 2 e nº 12 (56%; Tabela 4.2).

Tabela 4.2

Número e Percentagem de Participantes que experienciaram cada Sensação resultante da Tarefa de Indução de Experiências NJR

	GE (n = 50)	GC (n = 50)	Amostra total (N = 100)
1. Impulso para continuar a tarefa quando leu a frase “O tempo acabou”.	41 (82)	17 (34)	58 (58)
2. Desconforto físico interno enquanto tentava recordar as palavras.	30 (60)	28 (56)	58 (58)
3. Desconforto físico interno quando leu “O tempo acabou”.	31 (62)	13 (26)	44 (44)
4. Desconforto físico durante a tarefa; ao ponto de precisar de fazer algo repetidamente para se sentir melhor.	17 (34)	18 (36)	35 (35)
5. Desconforto físico quando leu “O tempo acabou”, ao ponto de precisar de fazer algo repetidamente para se sentir melhor.	19 (28)	13 (26)	32 (32)
6. Sensação física desagradável enquanto tentava recordar as palavras.	13 (26)	9 (18)	22 (22)
7. Sensação física desagradável quando leu “O tempo acabou”.	14 (28)	6 (12)	20 (20)
8. Necessidade de fazer ou dizer algo repetidamente ao tentar lembrar as palavras.	17 (34)	12 (24)	29 (29)
9. Necessidade de fazer ou dizer algo repetidamente quando leu “O tempo acabou”.	8 (16)	4 (8)	12 (12)
10. Sensação de que algo que estava a fazer não parecia estar da forma como deveria durante a tarefa de recordação.	25 (50)	23 (46)	48 (48)
11. Sensação de que algo que acabou de fazer não pareceu estar da forma como queria quando leu “O tempo acabou”.	31 (62)	18 (36)	49 (49)
12. Necessidade de verificar e de se reassegurar repetidamente que estava a fazer bem a tarefa enquanto tentava recordar as palavras.	28 (56)	28 (56)	56 (56)

Nota. GE – Grupo experimental; GC – Grupo de controlo; SMD – Sensação mais desagradável; SMI – Sensação mais intensa.

Quanto à sensação mais desagradável e a sensação mais intensa, 69% dos participantes escolheu a mesma sensação. A sensação mais frequentemente reportada pelos participantes do grupo experimental como sendo a mais desagradável foi a nº 1 (“Impulso para continuar a tarefa quando leu “O tempo acabou””; 28%). Esta mesma sensação foi também a mais reportada como a mais intensa por parte dos participantes deste grupo (38%). Já a maioria dos participantes do grupo de controlo seleccionou a sensação nº 10 (“Sensação de que algo que estava a fazer não parecia estar da forma como deveria durante a tarefa de recordação”) como sendo a mais desagradável (28%) e a mais intensa (24%; Tabela 4.3).

Tabela 4.3

Número e Percentagem de Participantes que escolheram cada Sensação resultante da com a Tarefa de Indução de Experiências NJR como a Mais Desagradável e a Mais Intensa

	GE (n = 50)		GC (n = 50)		Amostra total (N = 100)	
	SMD	SMI	SMD	SMI	SMD	SMI
1	14 (28)	19 (38)	3 (6)	6 (12)	17 (17)	25 (25)
2	6 (12)	5 (10)	6 (12)	6 (12)	12 (12)	11 (11)
3	2 (4)	4 (8)	0 (0)	2 (4)	2 (2)	6 (6)
4	0 (0)	0 (0)	3 (6)	2 (2)	3 (3)	2 (2)
5	2 (4)	2 (4)	2 (4)	3 (6)	4 (4)	5 (5)
6	1 (2)	2 (4)	2 (4)	1 (2)	3 (3)	3 (3)
7	3 (6)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	3 (3)	1 (1)
8	1 (2)	2 (4)	4 (8)	2 (4)	5 (5)	4 (4)
9	1 (2)	1 (2)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (1)
10	7 (14)	3 (6)	14 (28)	12 (24)	21 (21)	15 (15)
11	6 (12)	5 (10)	7 (14)	8 (16)	13 (13)	13 (13)
12	7 (14)	6 (12)	9 (18)	8 (16)	16 (16)	14 (14)

Nota. GE – Grupo experimental; GC – Grupo de controlo; SMD – Sensação mais desagradável; SMI – Sensação mais intensa.

No geral, os participantes consideraram que a tarefa experimental foi pouco difícil ($t(98) = -.083$; $p = .934$; $d = .02$) e que a realizaram moderadamente bem, sem diferenças em função do grupo ao que pertenciam ($t(98) = -.584$; $p = .560$; $d = .12$).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à percepção do seu desempenho na tarefa com mais tempo ($t(98) = 4.858$; $p < .001$; $d = .97$): os sujeitos do grupo experimental consideraram que com mais tempo tê-la-iam realizado moderadamente melhor ($M = 2.66$; $DP = 2.404$) e os participantes do grupo de controlo algo melhor ($M = .80$; $DP = 1.245$; Tabela 4.4).

Tabela 4.4

Variáveis relacionadas com a Dificuldade e Desempenho na Tarefa de Indução de Experiências NJR: Diferenças entre os Participantes das Condições Experimentais

	GE (n = 50)	GC (n = 50)			
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Dificuldade da tarefa	1.22 (1.1234)	1.24 (1.170)	-.083	.934	.02
Desempenho na tarefa	3.04 (1.309)	3.22 (1.741)	-.584	.560	.12
Melhor desempenho com mais tempo	2.66 (2.404)	.80 (1.245)	4.858	.000	.97

Nota. GE – Grupo experimental; GC – Grupo de controlo; *M (DP)* – Média (Desvio-Padrão); *d* – *d* de Cohen; $p < .05$; SMD – Sensação mais desagradável, SMI – Sensação mais intensa.

4.1.2 Indução Experimental de Experiências NJR

A Tabela 4.5 sintetiza as diferenças entre as condições experimentais nas variáveis analisadas durante e após a tarefa experimental.

O êxito da indução experimental de experiências NJR foi determinado pela existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos experimentais nos itens compostos (média do somatório dos valores relativos à incompletude/experiências NJR, desconforto físico [interno e sensações físicas desconfortáveis]) após a indicação de fim da tarefa ($t(98) = 4.289$; $p < .001$; $d = .86$) e nos valores médios superiores nesses mesmos itens obtidos pelos participantes do grupo experimental (Grupo experimental: $M = 7.18$; $DP = 6.657$; Grupo de controlo: $M = 2.64$; $DP = 3.421$).

Em relação à pontuação nos itens compostos durante a tarefa, os grupos não mostraram diferenças ($t(98) = 1.592$; $p = .115$; $d = .32$).

Outros resultados reforçam esse mesmo êxito. Os participantes do grupo experimental obtiveram valores médios superiores ($M = 2.04$; $DP = 2.466$) aos dos participantes do grupo de controlo ($M = .58$; $DP = 1.180$) no desconforto físico após a indicação de fim da tarefa ($t(98) = 3.777$; $p < .001$; $d = .76$). Os participantes do grupo experimental também apresentaram valores médios mais elevados ($M = 3.70$; $DP = 3.430$) que os participantes do grupo de controlo ($M = 1.35$; $DP = 1.934$) nos impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa ($t(98) = 4.238$; $p < .001$; $d = .85$).

A existência de diferenças nos itens compostos após a indicação de fim da tarefa, no desconforto físico e nos impulsos/necessidade de agir repetidamente nesse mesmo momento, e a inexistência de diferenças nos itens compostos durante a realização da tarefa parecem indicar que a indução experimental de incompletude/experiências NJR foi bem-sucedida.

De realçar que 30 participantes do grupo experimental (60%) aceitaram a oportunidade que lhes foi dada de poder concluir a tarefa.

Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos nas emoções negativas associadas à sensação mais desagradável ($t(98) = 1.317$; $p = .191$; $d = .26$) e à sensação mais intensa ($t(98) = 1.517$; $p = .133$; $d = .30$).

A frustração foi a emoção negativa mais reportada em ambos os grupos como associada à sensação mais desagradável (Grupo experimental: $M = 1.28$; $DP = 1.750$; Grupo de controlo: $M = .88$; $DP = 1.154$) e associada à sensação mais intensa (Grupo experimental: $M = 1.16$; $DP = 1.646$; Grupo de controlo: $M = .80$; $DP = 1.088$).

Também não houve diferenças significativas quanto às dificuldades de supressão da sensação mais desagradável ($t(98) = -.474$; $p = .636$; $d = .09$) e da sensação mais intensa ($t(98) = .365$; $p = .716$; $d = .07$).

Tabela 4.5

Variáveis relacionadas com a Tarefa de Indução de Experiências NJR: Diferenças entre os Participantes das Condições Experimentais

	GE	GC			
	(n = 50)	(n = 50)			
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Itens compostos durante a tarefa	6.20 (7.160)	4.20 (5.261)	1.592	.115	.32
Itens compostos após indicação de fim	7.18 (6.657)	2.64 (3.421)	4.289	.000	.86
Incompletude/Experiências NJR	2.40 (2.748)	1.58 (2.322)	1.612	.110	.32
Desconforto físico durante a tarefa	2.06 (2.402)	1.36 (1.827)	1.640	.104	.33
Desconforto físico após indicação de fim	2.04 (2.466)	.58 (1.180)	3.777	.000	.76
Impulsos durante a tarefa	3.18 (4.275)	1.98 (2.630)	1.691	.094	.33
Impulsos após indicação de fim	3.70 (3.430)	1.35 (1.934)	4.238	.000	.85
Emoções negativas associadas à SMD	4.60 (5.668)	3.26 (4.430)	1.317	.191	.26
Mal-estar	.58 (.992)	.62 (.987)	-.202	.840	.04
Irritação/zanga	.98 (1.558)	.46 (.908)	2.039	.044	.41
Frustração	1.28 (1.750)	.88 (1.154)	1.349	.180	.27
Nervosismo/ansiedade	1.08 (1.59)	.80 (1.161)	1.006	.317	.20
Dificuldade de eliminá-la/controlá-la	.68 (1.203)	.80 (1.325)	-.474	.636	.09
Emoções negativas associadas à SMI	4.60 (5.96)	3.02 (4.33)	1.517	.133	.30
Mal-estar	.66 (1.171)	.44 (.812)	1.091	.278	.22
Irritação/zanga	.90 (1.502)	.50 (.995)	1.570	.120	.31
Frustração	1.16 (1.646)	.80 (1.088)	1.290	.200	.26
Nervosismo/ansiedade	1.12 (1.507)	.73 (1.204)	1.404	.164	.29
Dificuldade de eliminá-la/controlá-la	.84 (1.419)	.74 (1.322)	.365	.716	.07
Dificuldade de supressão da SMD	.68 (1.203)	.80 (1.325)	-.474	.636	.09
Dificuldade de supressão da SMI	.84 (1.419)	.74 (1.322)	.365	.716	.07

Nota. GE – Grupo experimental; GC – Grupo de controlo; *M (DP)* – Média (Desvio-Padrão); *d* – *d* de Cohen; *p* < .05; SMD – Sensação mais desagradável, SMI – Sensação mais intensa.

4.1.3 Influência da Tarefa de Indução de Experiências NJR no Humor dos Participantes

Para verificar se existiu algum efeito da realização da tarefa de indução de experiências NJR no estado de humor dos participantes, recorremos à ANOVA Fatorial Mista de Medidas Repetidas.

A primeira ANOVA teve como variável dependente o afeto negativo avaliado pela PANAS. A variável intra-sujeitos foi o momento (pré e pós-teste) e a variável inter-sujeitos foi a condição experimental a que os participantes foram designados (grupo experimental e grupo de controlo; Figura 4.1).

Na segunda ANOVA cuja variável dependente foi o estado de humor no momento (desde “muito alegre” até “muito triste”) avaliado através da EF, a variável intra-sujeitos foi o momento (fase pré-teste, fase pós-teste e final da investigação) e a variável inter-sujeitos foi a condição experimental a que os participantes foram designados (grupo experimental e grupo de controlo; Figura 4.2).

Figura 4.1

Afeto Negativo

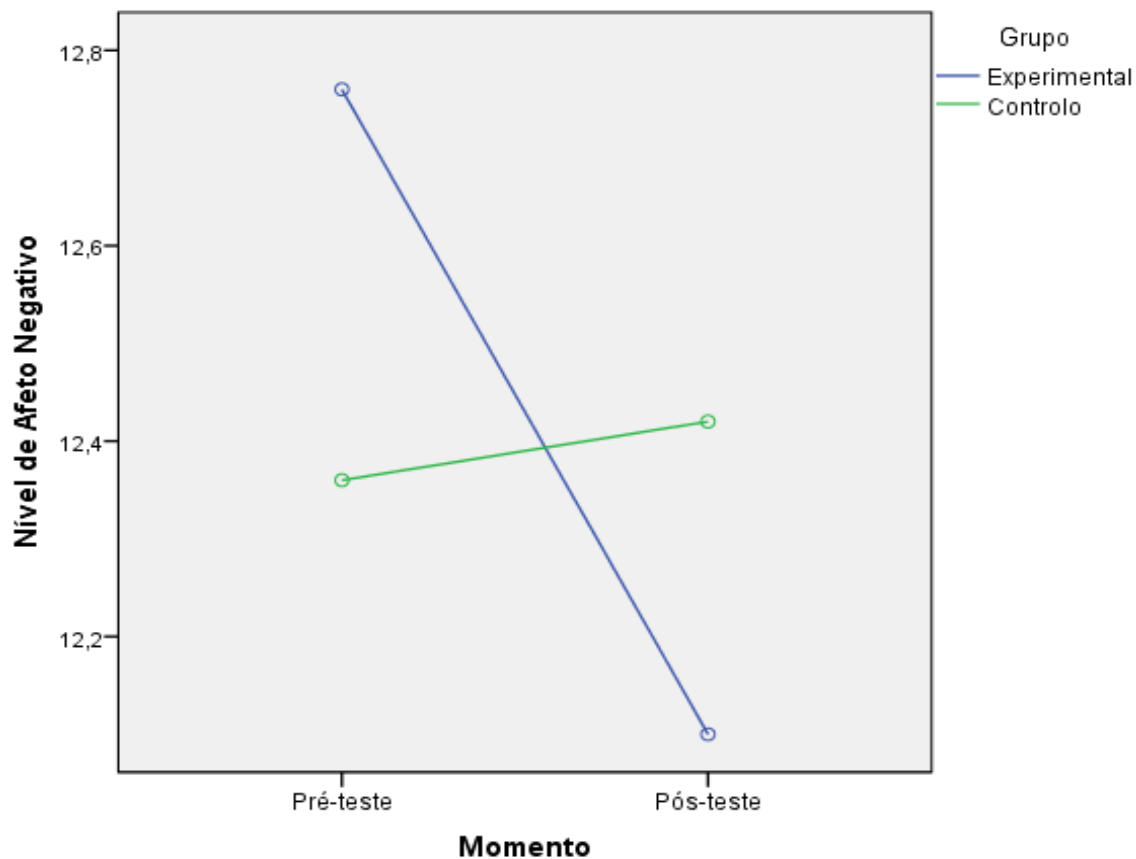
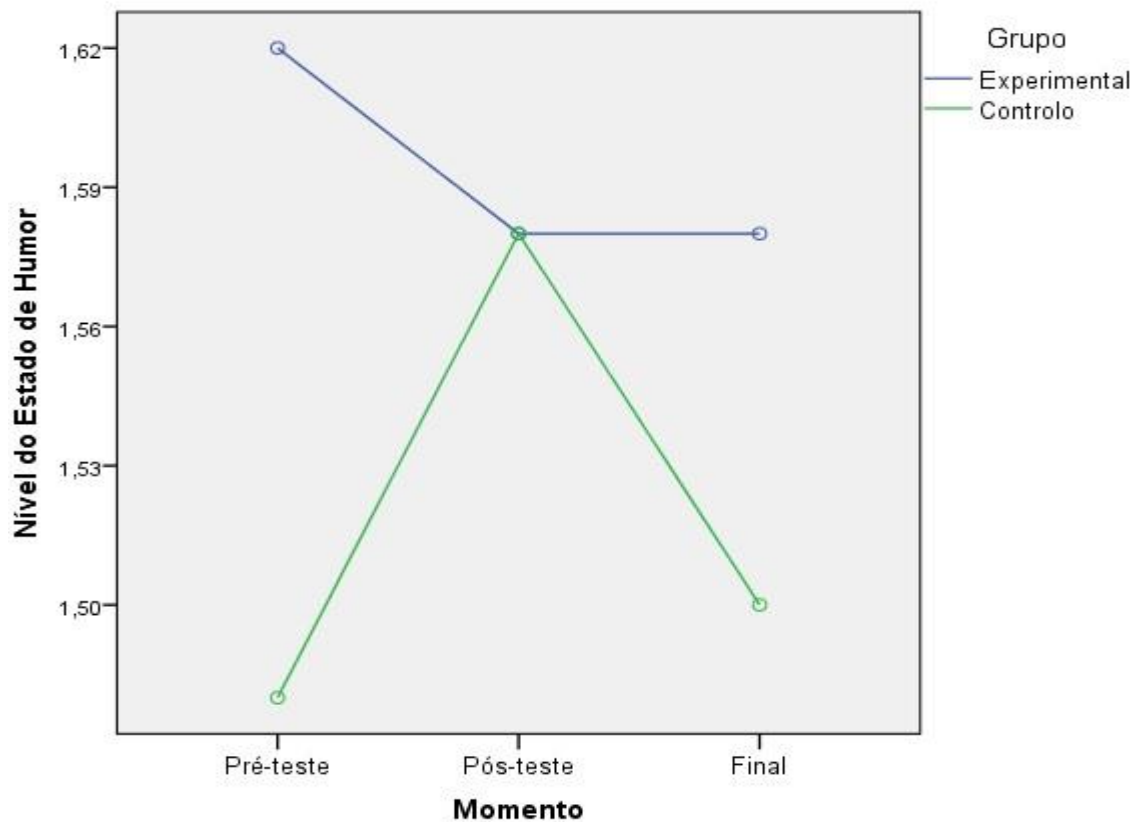


Figura 4.2

Estado de Humor



Os resultados indicaram que não houve alteração no estado de humor dos participantes entre os diferentes momentos (afeto negativo: $F(1) = 2.120$; $p = .149$, $\eta^2 = .021$; estado de humor: $F(2) = .359$; $p = .699$, $\eta^2 = .004$).

Não existiram diferenças entre os participantes em função das condições experimentais (afeto negativo: $F(1) = .003$; $p = .959$, $\eta^2 = .000$; estado de humor: $F(1) = .275$; $p = .601$, $\eta^2 = .003$).

A tarefa experimental não parece ter tido efeito no humor dos participantes (afeto negativo: $F(1) = 3.053$; $p = .084$, $\eta^2 = .030$; estado de humor: $F(1) = .522$; $p = .472$, $\eta^2 = .005$). A magnitude do efeito presente nestes resultados foi pequena.

4.1.4 Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR e os Resultados dos Instrumentos de Autorrelato nos participantes do Grupo Experimental e do Grupo de Controlo

Para perceber em que medida se associam os resultados da tarefa de indução de experiências NJR e as pontuações nas medidas de autorrelato nos participantes das duas condições experimentais, recorreremos ao teste de Correlação de Pearson.

Respeitante ao grupo experimental, podemos observar na Tabela 4.6 que todas as variáveis experimentais estão positivamente correlacionadas com os instrumentos de autorrelato que avaliam a sintomatologia obsessivo-compulsiva, a incompletude e as experiências NJR. Isso indica que maiores valores nessas variáveis estão associados a maiores níveis de sintomas obsessivo-compulsivos, de incompletude e de experiências NJR.

A incompletude/experiências NJR foi a variável que apresentou correlações mais fortes e significativas com os resultados obtidos nos instrumentos. A sua associação foi positiva e forte com just right e número de experiências NJR, mas não com os sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude e severidade das experiências NJR, cujas associações foram moderadas.

O desconforto físico durante a realização da tarefa e também o desconforto físico após a indicação de fim da tarefa mostraram uma associação positiva e forte com just right, mas moderada com os sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude, número de experiências NJR e severidade das experiências NJR.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa revelaram uma associação positiva e forte com a severidade das experiências NJR, mas moderada com just right, sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude e número de experiências NJR.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa associaram-se de forma positiva moderada com just right, sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude, número de experiências NJR e severidade das experiências NJR.

A emoção negativa associada à sensação mais desagradável apresentou uma associação positiva forte com just right, número de experiências NJR e severidade das experiências NJR, mas moderada com sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano e incompletude.

A emoção negativa associada à sensação mais intensa mostrou uma associação positiva forte com just right e severidade das experiências NJR, mas moderada com sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude e número de experiências NJR.

A dificuldade de supressão da sensação mais desagradável mostrou uma associação positiva forte com just right, sintomas obsessivo-compulsivos, número de experiências NJR e severidade de experiências NJR, mas moderada com o evitamento do dano e incompletude.

A dificuldade de supressão da sensação mais intensa associou-se de forma positiva forte com just right e severidade das experiências NJR, mas moderada com sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude e número de experiências NJR.

Tabela 4.6

Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR e a Sintomatologia Obsessivo-Compulsiva, Incompletude e Experiências NJR no Grupo Experimental

Resultados da Tarefa de Indução	VOCI	OCI-R	OCTCDQ		NJREQ-R	
	JR		ED	INC	N	SEV
INC/Experiências NJR	.568***	.466***	.441***	.454***	.563***	.425**
Desconforto físico durante a tarefa	.584***	.464***	.333*	.362**	.383**	.306*
Desconforto físico após indicação de fim	.522***	.455***	.415**	.388**	.474***	.345*
Impulsos durante a tarefa	.480***	.427**	.320*	.396**	.418**	.510***
Impulsos após indicação de fim	.472***	.473***	.386**	.460***	.441***	.392**
Emoção negativa: sensação mais desagradável	.539***	.487***	.344*	.416**	.510***	.555***
Emoção negativa: sensação mais intensa	.512***	.433**	.373**	.437**	.499***	.544***
Dificuldade de supressão da sensação mais desagradável	.665***	.565***	.301*	.385**	.527***	.543***
Dificuldade de supressão da sensação mais intensa	.523***	.450***	.368**	.423**	.453***	.555***

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; VOCI – Vancouver Obsessional Compulsive Inventory; JR – Just Right; OCI-R – Obsessive-Compulsive Inventory-Revised; OCTCDQ – Obsessive Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire; ED – Evitamento do Dano; INC – Incompletude; NJREQ-R – Not Just Right Experiences Questionnaire – Revised; N – Número, SEV – Severidade.

Quanto ao grupo de controle, podemos observar na Tabela 4.7 que, tal como no grupo experimental, todas as variáveis dependentes resultantes da tarefa de indução de experiências NJR estão positivamente correlacionadas com os instrumentos de autorrelato que avaliam a sintomatologia obsessivo-compulsiva, a incompletude e as experiências NJR. Esses resultados indicam que maiores valores nessas variáveis estão relacionados com maiores níveis de sintomas obsessivo-compulsivos, de incompletude e de experiências NJR.

A incompletude/experiências NJR, o desconforto físico durante a realização da tarefa e desconforto físico após a indicação de fim da tarefa mostraram uma associação positiva moderada com os sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude, número e severidade das experiências NJR, mas fraca com just right.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa revelaram uma associação positiva forte com just right, sintomas obsessivo-compulsivos, incompletude e número de experiências NJR, mas moderada com o evitamento do dano e número de experiências NJR.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa associaram-se de forma positiva moderada com a incompletude e severidade das experiências NJR, mas fraca com just right, sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano e número de experiências NJR

A emoção negativa associada à sensação mais desagradável e a emoção negativa associada à sensação mais intensa apresentaram uma associação positiva forte com os sintomas obsessivo-compulsivos, incompletude e severidade das experiências NJR, mas fraca com just right, evitamento do dano e número de experiências NJR.

A dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e a dificuldade de supressão da sensação mais intensa mostraram uma associação positiva forte com a severidade das experiências NJR, mas moderada com just right, sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude e número de experiências NJR.

Tabela 4.7

Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR e a Sintomatologia Obsessivo-Compulsiva, Incompletude e Experiências NJR no Grupo de Controlo

Resultados da Tarefa de Indução	VOCI	OCI-R	OCTCDQ		NJREQ-R	
	JR		ED	INC	N	SEV
INC/Experiências NJR	.278	.344*	.324*	.390**	.355**	.361**
Desconforto físico durante a tarefa	.237	.345*	.296*	.471**	.402**	.450*
Desconforto físico após indicação de fim	.241	.420**	.297**	.426**	.266	.605***
Impulsos durante a tarefa	.517***	.537***	.376**	.578***	.455**	.607***
Impulsos após indicação de fim	.194	.258	.180	.356*	.130	.450**
Emoção negativa: sensação mais desagradável	.368**	.514***	.310*	.508***	.418**	.558***
Emoção negativa: sensação mais intensa	.382**	.525***	.304*	.530***	.442**	.548***
Dificuldade de supressão da sensação mais desagradável	.345*	.493**	.322*	.476***	.314*	.651***
Dificuldade de supressão da sensação mais intensa	.324**	.485***	.313**	.480***	.300*	.604***

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; VOCI – *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory*; JR – *Just Right*; OCI-R – *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*; OCTCDQ – *Obsessive Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire*; ED – *Evitamento do Dano*; INC – *Incompletude*; NJREQ-R – *Not Just Right Experiences Questionnaire – Revised*; N – *Número*, SEV – *Severidade*.

Analísamos também as relações dos resultados da tarefa de indução de experiências NJR com os instrumentos de autorrelato que avaliaram a ansiedade, depressão e afeto negativo nos participantes do grupo experimental e do grupo de controlo.

Em relação ao grupo experimental, podemos observar na Tabela 4.8 que as variáveis analisadas estão positivamente correlacionadas com os resultados dos instrumentos de autorrelato que avaliaram a ansiedade, depressão e afeto negativo.

A incompletude/experiências NJR apresentou uma associação positiva e moderada com o afeto negativo pré e pós-teste, mas fraca com a ansiedade e depressão.

O desconforto físico durante a realização da tarefa mostrou uma associação positiva moderada com a depressão, afeto negativo pré e pós-teste, mas fraca com a ansiedade.

O desconforto físico após a indicação de fim da tarefa associou-se de forma positiva forte com o afeto negativo pós-teste, mas moderada com o afeto negativo pré-teste e fraca com a ansiedade e depressão.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa apresentaram uma associação positiva forte com o afeto negativo pré e pós-teste, mas fraca com a ansiedade e depressão.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa mostraram uma associação positiva forte com o afeto negativo pré e pós-teste, mas fraca com a ansiedade e depressão.

A emoção negativa associada à sensação mais desagradável apresentou uma associação positiva forte com o afeto negativo pós-teste, mas moderada com o afeto negativo pré-teste e fraca com a ansiedade e depressão.

A emoção negativa associada à sensação mais intensa associou-se de forma positiva forte com o afeto negativo pré e pós-teste, mas fraca com a ansiedade e depressão.

A dificuldade de supressão da sensação mais desagradável apresentou uma associação positiva moderada com o afeto negativo pré e pós-teste, mas fraca com a ansiedade e depressão.

A dificuldade de supressão da sensação mais intensa apresentou uma associação positiva forte com o afeto negativo pré-teste, mas moderada com a depressão e o afeto negativo pós-teste, e fraca com a ansiedade.

Tabela 4.8

Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR e a Ansiedade, Depressão e Afeto Negativo no Grupo Experimental

Resultados da Tarefa de Indução	DASS-21		PANAS AN	
	ANS	DEP	PRE	POS
Incompletude/Experiências NJR	.180	.206	.353**	.387**
Desconforto físico durante a tarefa	.293*	.349*	.314*	.445***
Desconforto físico após indicação de fim	.243	.290*	.497***	.524***
Impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a tarefa	.194	.196	.503***	.529***
Impulsos/necessidade de agir repetidamente após indicação de fim	.200	.192	.594***	.560***
Emoção negativa: sensação mais desagradável	.221	.242	.495***	.549***
Emoção negativa: sensação mais intensa	.264	.285*	.513***	.550***
Dificuldade de supressão da sensação mais desagradável	.266	.266	.336*	.469***
Dificuldade de supressão da sensação mais intensa	.297*	.333*	.525***	.471**

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; DASS-21 - *Depression Anxiety Stress Scales – 21 Item Version*; ANS – Ansiedade; DEP – Depressão; PANAS – *Positive and Negative Affect Scales*; AN – Afeto Negativo; PRE – Pré-teste; POS – Pós-teste.

Em relação ao grupo de controlo, podemos observar na Tabela 4.9 que a incompletude/experiências NJR apresentou uma associação positiva fraca com a depressão, afeto negativo pré e pós-teste.

O desconforto físico durante a realização da tarefa mostrou uma associação positiva moderada com a depressão, mas fraca com a ansiedade, afeto negativo pré e pós-teste.

O desconforto físico após a indicação de fim da tarefa associou-se de forma positiva moderada com a ansiedade e depressão.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa apresentaram uma associação positiva moderada com o afeto negativo pré e pós-teste, mas fraca com a ansiedade e depressão.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa mostraram uma associação positiva fraca com a ansiedade e depressão.

A emoção negativa associada à sensação mais desagradável e a emoção negativa associada à sensação mais intensa associaram-se de forma positiva forte com a depressão, mas moderada com a ansiedade, afeto negativo pré e pós-teste.

A dificuldade de supressão da sensação mais desagradável apresentou uma associação positiva forte com a depressão, moderada com a ansiedade e afeto negativo pré-teste, mas fraca com o afeto negativo pós-teste.

A dificuldade de supressão da sensação mais intensa apresentou uma associação positiva forte com a depressão, moderada com a ansiedade, mas fraca com o afeto negativo pré e pós-teste.

Tabela 4.9

Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR e a Ansiedade, Depressão e Afeto Negativo no Grupo de Controlo

Resultados da Tarefa de Indução	DASS-21		PANAS AN	
	ANS	DEP	PRE	POS
Incompletude/Experiências NJR	.067	.148	.142	.231
Desconforto físico durante a tarefa	.265	.342*	.170	.107
Desconforto físico após indicação de fim	.346*	.326*	.044	.024
Impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a tarefa	.349*	.375**	.293*	.282*
Impulsos/necessidade de agir repetidamente após indicação de fim	.115	.174	.009	-.042
Emoção negativa: sensação mais desagradável	.343*	.530***	.394**	.384**
Emoção negativa: sensação mais intensa	.327*	.549***	.397**	.407**
Dificuldade de supressão da sensação mais desagradável	.436**	.604***	.303*	.270
Dificuldade de supressão da sensação mais intensa	.409**	.646***	.246	.227

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; DASS-21 - *Depression Anxiety Stress Scales – 21 Item Version*; ANS – Ansiedade; DEP – Depressão; PANAS – *Positive and Negative Affect Scales*; AN – Afeto Negativo; PRE – Pré-teste; POS – Pós-teste.

4.1.5 Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR nos participantes do Grupo Experimental e do Grupo de Controle

Para analisar as relações entre as variáveis resultantes da tarefa de indução de experiências NJR nos participantes do grupo experimental e do grupo de controle, utilizamos o teste de Correlação de Pearson.

Relativamente ao grupo experimental, podemos observar na Tabela 4.10 que a grande maioria dessas variáveis apresentou uma correlação positiva forte entre si.

A incompletude/experiências NJR apresentou uma associação positiva e forte com o desconforto físico durante a realização da tarefa, com o desconforto físico após a indicação de fim da tarefa, com os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa, com os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa, com a emoção negativa associada à sensação mais desagradável, com a emoção negativa associada à sensação mais intensa, com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

O desconforto físico durante a realização da tarefa associou-se positiva e fortemente com o desconforto físico após a indicação de fim da tarefa, com os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa, com os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa, com a emoção negativa associada à sensação mais desagradável, com a emoção negativa associada à sensação mais intensa, com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

O desconforto físico após a indicação de fim da tarefa mostrou uma associação positiva e moderada com os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa, contudo forte com os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa, com a emoção negativa associada à sensação mais desagradável, com a emoção negativa associada à sensação mais intensa, com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa tiveram uma associação positiva e forte com os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa, com a emoção negativa associada à sensação mais desagradável, com a emoção negativa associada à sensação mais intensa, com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa associaram-se de forma positiva e forte com a emoção negativa associada à sensação mais desagradável, com a emoção negativa associada à sensação mais intensa, com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

A emoção negativa associada à sensação mais desagradável apresentou uma associação positiva forte com a emoção negativa associada à sensação mais intensa, com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

A emoção negativa associada à sensação mais intensa mostrou uma associação positiva e forte com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

A dificuldade de supressão da sensação mais desagradável teve uma associação positiva e forte com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

Tabela 4.10

Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR no Grupo Experimental

	INC	DFT	DFI	ID	II	END	ENI	DSD	DSI
INC	-	.649***	.558***	.767***	.736***	.826***	.739***	.651***	.781***
DFD	.649***	-	.723***	.635***	.626***	.757***	.743***	.770***	.691***
DFI	.558***	.723***	-	.491***	.701***	.622***	.686***	.644***	.579***
ID	.767***	.635***	.491***	-	.807***	.871***	.819***	.635***	.775***
II	.736***	.626***	.701***	.807***	-	.825***	.782***	.555***	.807***
END	.826***	.757***	.622***	.871***	.825***	-	.926***	.786***	.887***
ENI	.739***	.743***	.686***	.819***	.782***	.926***	-	.768***	.827***
DSD	.651***	.770***	.644***	.635***	.555***	.786***	.768***	-	.746***
DSI	.781***	.691***	.579***	.775***	.807***	.887***	.827***	.746***	-

Nota. *** $p < .001$; INC – Incompletude e Experiências NJR; DFD – Desconforto físico durante a tarefa; DFI – Desconforto físico após a indicação de fim da tarefa; ID – Impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a tarefa; II – Impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa; END – Emoção negativa associada à sensação mais desagradável; ENI – Emoção negativa associada à sensação mais intensa; DSD – Dificuldade de supressão da sensação mais desagradável; DSI – Dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

Já quanto ao grupo de controlo, a Tabela 4.11 mostra que a incompletude/experiências NJR apresentou uma associação positiva forte com o desconforto físico durante a realização da tarefa, desconforto físico após a indicação de fim da tarefa, com os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa, com a emoção negativa associada à sensação mais desagradável, com a emoção negativa associada à sensação mais intensa e com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável após a indicação de fim da tarefa, mas moderada com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa, e fraca com os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim de tarefa.

O desconforto físico durante a realização da tarefa mostrou uma associação positiva e forte com o desconforto físico após a indicação de fim da tarefa, com os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa, com a emoção negativa associada à sensação mais desagradável, com a emoção negativa associada à sensação mais intensa, com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa, mas moderada com os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa.

O desconforto físico após a indicação de fim da tarefa associou-se positiva e fortemente com os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa, com os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa, com a emoção negativa associada à sensação mais desagradável, com a emoção negativa associada à sensação mais intensa, com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a tarefa tiveram uma associação positiva e forte com a emoção negativa associada à sensação mais desagradável, com a emoção negativa associada à sensação mais intensa, com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa, mas moderada com os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa.

Os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa associaram-se de forma positiva e moderada com a emoção negativa associada à sensação mais intensa, com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a

dificuldade de supressão da sensação mais intensa, e fraca com a emoção negativa associada à sensação mais desagradável.

A emoção negativa associada à sensação mais desagradável apresentou uma associação positiva forte com a emoção negativa associada à sensação mais intensa, com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

A emoção negativa associada à sensação mais intensa mostrou uma associação positiva e forte com a dificuldade de supressão da sensação mais desagradável e com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

A dificuldade de supressão da sensação mais desagradável teve uma associação positiva e forte com a dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

Tabela 4.11

Associação entre os Resultados da Tarefa de Indução de Experiências NJR no Grupo de Controlo

	INC	DFT	DFI	ID	II	END	ENI	DSD	DSI
INC	-	.681***	.545***	.710***	.232	.662***	.642***	.536***	.476***
DFD	.681***	-	.668***	.770***	.421**	.702***	.688***	.595***	.597***
DFI	.545***	.668***	-	.655***	.628***	.556***	.505***	.598***	.557***
ID	.710***	.770***	.655***	-	.447**	.708***	.693***	.649***	.615***
II	.232	.421**	.628***	.447**	-	.294*	.301*	.386**	.387**
END	.662***	.702***	.556***	.708***	.294*	-	.986***	.889***	.887***
ENI	.642***	.688***	.505***	.693***	.301*	.986***	-	.879***	.892***
DSD	.536***	.595***	.598***	.649***	.386*	.889***	.879***	-	.972***
DSI	.476***	.597***	.557***	.615***	.387*	.887***	.892***	.972***	-

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; INC – Incompletude e Experiências NJR; DFD – Desconforto físico durante a realização da tarefa; DFI – Desconforto físico após a indicação de fim da tarefa; ID – Impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa; II – Impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa; END – Emoção negativa associada à sensação mais desagradável; ENI – Emoção negativa associada à sensação mais intensa; DSD – Dificuldade de supressão da sensação mais desagradável; DSI – Dificuldade de supressão da sensação mais intensa.

4.1.6 Efeito da Incompletude, Experiências NJR e Desconforto Físico nos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Durante a Tarefa de Indução de Experiências NJR nos participantes do Grupo Experimental e no Grupo de Controle

Apurou-se se a incompletude, experiências NJR e desconforto físico foram variáveis preditoras dos impulsos/necessidade de agir repetidamente no momento da realização da tarefa de indução de experiências NJR por parte dos participantes do grupo experimental e do grupo de controle, para além de uma possível influência de variáveis não obsessivo-compulsivas.

Como tal, efetuou-se uma análise de regressão linear múltipla hierárquica. A variável dependente utilizada foram os impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa. As variáveis independentes foram o desconforto físico durante a realização da tarefa (que incluiu o item 2: “Um desconforto físico interno enquanto tentava recordar as palavras.”; item 4: “Um desconforto físico durante a tarefa, ao ponto de precisar de fazer algo repetidamente para se sentir melhor.”; e item 6: “Uma sensação física desagradável enquanto tentava recordar as palavras.”) e a incompletude/experiências NJR durante a realização da tarefa (que incluiu o item 10: “Enquanto realizou a tarefa de recordação, teve a sensação de que algo que estava a fazer não parecia estar de forma como deveria, ou que tinha que fazer as coisas de uma certa forma para sentir certo?”). Colocou-se também a pontuação do afeto negativo avaliado pela PANAS na fase pré-teste e da depressão avaliada pela DASS-21, no primeiro bloco do procedimento.

A Tabela 4.12 mostra que nos participantes do grupo experimental, o desconforto físico explicou 47,9% ($R^2 = .479$; $F = 84.242$; $p < .001$) e a incompletude/experiências NJR explicou 5,1% da variância dos impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa ($R^2 = .051$; $F = 10.779$; $p = .002$). Quanto às variáveis não obsessivo-compulsivas, o afeto negativo pré-teste explicou 25,3% da variância dos impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa ($R^2 = .253$; $F = 16.263$; $p = .016$). A depressão foi excluída do modelo, não tendo explicado essa variância. O contributo deste modelo com três preditores para explicar os impulsos/necessidade de agir durante a realização da tarefa é muito significativo ($F(3,46) = 55.422$; $p < .001$).

Tabela 4.12

Preditores dos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Durante a Tarefa de Indução de Experiências NJR no Grupo Experimental

Preditor	Impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a tarefa						
	R^2	R^2 Aj	F	B	$Beta$	t	p
Afeto negativo pré-teste	.253	.238	16.263	.225	.189	2.496	.016*
Desconforto físico	.479	.483	84.242	.713	.585	6.269	.000***
Incompletude/Experiências NJR	.051	.048	10.779	.856	.286	3.283	.002**

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; R^2 - R quadrado; R^2 Aj - R quadrado ajustado; B - Coeficiente de regressão não padronizado; $Beta$ - Coeficiente de regressão padronizado.

A Tabela 4.13 mostra que nos participantes do grupo de controlo, o desconforto físico explicou 14,1% ($R^2 = .141$; $F = 7.862$; $p < .001$) da variância dos impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa. Quanto às variáveis não obsessivo-compulsivas, a depressão explicou 62,4% da variância dos impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa ($R^2 = .624$; $F = 124.675$; $p = .206$). A incompletude/experiências NJR e afeto negativo pré-teste foram excluídos do modelo, não tendo explicado essa variância. O contributo deste modelo com dois preditores para explicar os impulsos/necessidade de agir durante a realização da tarefa é muito significativo ($F(2,47) = 76.397$; $p < .001$).

Tabela 4.13

Preditores dos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Durante a Tarefa de Indução de Experiências NJR no Grupo de Controlo

Preditor	Impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a tarefa						
	R^2	R^2 Aj	F	B	$Beta$	t	p
Desconforto físico	.141	.123	7.862	.864	.838	11.166	.000***
Depressão	.624	.632	124.675	.082	.096	1.282	.206

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; R^2 - R quadrado; R^2 Aj - R quadrado ajustado; B - Coeficiente de regressão não padronizado; $Beta$ - Coeficiente de regressão padronizado.

4.1.7 Efeito da Incompletude, Experiências NJR e Desconforto Físico nos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Após a Indicação de Fim de Tarefa nos participantes do Grupo Experimental e no Grupo de Controle

Apurou-se se a incompletude, experiências NJR e desconforto físico explicaram os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa por parte dos participantes do grupo experimental e do grupo de controle, para além de um possível contributo de variáveis não obsessivo-compulsivas.

Para isso, realizou-se uma análise de regressão linear múltipla hierárquica. A variável dependente utilizada foram os impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa. As variáveis independentes foram o desconforto físico após a indicação de fim da tarefa (que incluiu o item 3: “Um desconforto físico interno quando leu “O tempo acabou.”; item 5: “Desconforto físico quando leu “O tempo acabou.”, ao ponto de precisar de fazer algo repetidamente para se sentir melhor”; e item 7: “Uma sensação física desagradável quando leu “O tempo acabou.”) e a incompletude/experiências NJR, igualmente após a indicação de fim da tarefa (item 11: “Quando leu “O tempo acabou.”, teve a sensação de que algo que estava a fazer não parecia estar de forma como deveria, ou que tinha que fazer as coisas de uma certa forma para sentir certo?”). À semelhança da primeira análise, colocou-se no primeiro bloco do procedimento a pontuação do afeto negativo avaliado pela PANAS na fase pré-teste e da depressão avaliada pela DASS-21.

Os resultados da Tabela 4.14 revelaram que nos participantes do grupo experimental, o desconforto físico explicou 37,6% ($R^2 = .376$; $F = 65.333$; $p < .001$) e a incompletude/experiências NJR explicou 2,6 % da variância dos impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa ($R^2 = .026$; $F = 4.824$; $p = .033$). Quanto às variáveis não obsessivo-compulsivas, o afeto negativo pré-teste explicou 35,3% dessa mesma variância ($R^2 = .353$; $F = 26.193$; $p = .066$) e a depressão foi excluída do modelo de preditores. O contributo deste modelo com três preditores para explicar os impulsos/necessidade de agir após a indicação de fim da tarefa é muito significativo ($F(3,46) = 47.253$; $p < .001$).

Tabela 4.14

Preditores dos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Após a Indicação de Fim da Tarefa no Grupo Experimental

Preditor	Impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa						
	R^2	R^2 Aj	F	β	$Beta$	t	p
Afeto negativo pré-teste	.353	.340	26.193	.160	.167	1.885	.066
Desconforto físico	.376	.378	65.333	.631	.606	5.587	.000***
Incompletude/Experiências NJR	.026	.021	4.824	.457	.214	2.196	.033*

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; R^2 - R quadrado; R^2 Aj - R quadrado ajustado; B - Coeficiente de regressão não padronizado; $Beta$ - Coeficiente de regressão padronizado.

Os resultados da Tabela 4.15 revelaram que nos participantes do grupo de controlo, o desconforto físico explicou 46,5% ($R^2 = .465$; $F = 41.646$; $p < .001$) dos impulsos/necessidade de agir após a indicação de fim da tarefa. A incompletude/experiências NJR, o afeto negativo pré-teste e a depressão foram excluídos do modelo de preditores. O contributo deste modelo com um preditor para explicar os impulsos/necessidade de agir após a indicação de fim da tarefa é muito significativo ($F(1,48) = 41.646$; $p < .001$).

Tabela 4.15

Preditores dos Impulsos/Necessidade de Agir Repetidamente Após a Indicação de Fim da Tarefa no Grupo de Controlo

Preditor	Impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa						
	R^2	R^2 Aj	F	β	$Beta$	t	P
Desconforto físico	.465	.453	41.646	.631	.606	5.587	.000***

Nota. *** $p < .001$; R^2 - R quadrado; R^2 Aj - R quadrado ajustado; B - Coeficiente de regressão não padronizado; $Beta$ - Coeficiente de regressão padronizado.

4.2 A Incompletude, as Experiências NJR e a Sintomatologia das Perturbações do Espectro Obsessivo-Compulsivo

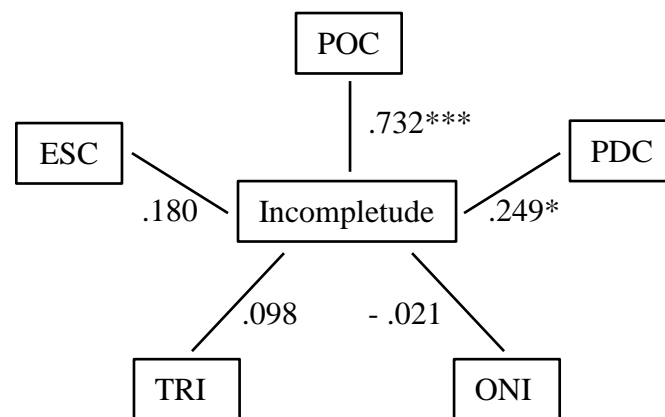
4.2.1 Associação entre a Incompletude e Experiências NJR e a Sintomatologia das PEOC

Com vista a determinar a associação entre a incompletude e experiências NJR e os sintomas das PEOC na totalidade da amostra, recorremos ao teste de Correlação de Pearson. Todas essas variáveis foram criadas a partir dos instrumentos de autorrelato: OCTCDQ (incompletude), VOCI – *Just Right* (experiências NJR), OCI-R (sintomas de perturbação obsessivo-compulsiva), SPS-R (sintomas de perturbação de escoriação), NIMH-TSS (sintomas de tricotilomania), Questionário sobre Onicofagia (sintomas de onicofagia) e BDDQ (sintomas de perturbação dismórfica corporal).

Podemos observar na Figura 4.3 que a incompletude apresentou uma associação positiva forte com a POC ($r = .732$; $p < .001$), mas fraca com a perturbação dismórfica corporal ($r = .249$; $p = .012$) e perturbação de escoriação ($r = .180$; $p = .074$).

Figura 4.3

Esquema da Associação entre a Incompletude e os Sintomas das PEOC

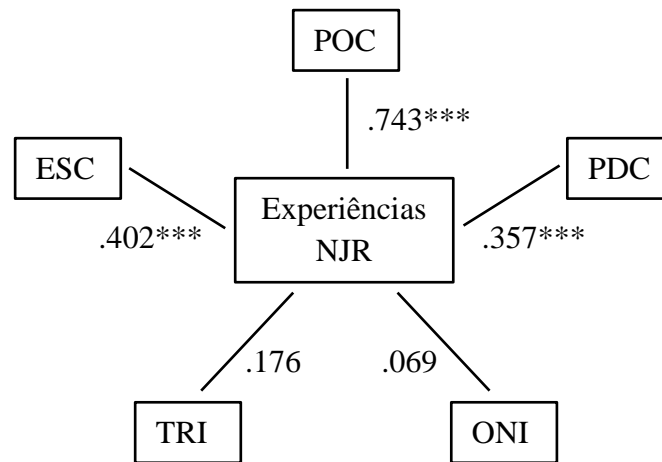


Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva; ESC – Perturbação de Escoriação; TRI – Tricotilomania; ONI – Onicofagia; PDC – Perturbação Dismórfica Corporal.

A Figura 4.4. mostra que as experiências NJR apresentaram uma associação positiva forte com a POC ($r = .743$; $p < .001$), moderada com a perturbação de escoriação ($r = .402$; $p < .001$) e perturbação dismórfica corporal ($r = .357$; $p < .001$) e fraca com a tricotilomania ($r = .176$; $p = .080$).

Figura 4.4

Esquema da Associação entre as Experiências NJR e os Sintomas das PEOC



Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva; ESC – Perturbação de Escoriação; TRI – Tricotilomania; ONI – Onicofagia; PDC – Perturbação Dismórfica Corporal.

4.2.2 Influência da Incompletude e das Experiências NJR na Relação entre a Sintomatologia das PEOC

Para determinar o papel da incompletude e das experiências NJR na relação entre os sintomas referentes às PEOC, recorreremos às correlações parciais. Para controlar a incompletude e as experiências NJR nessa mesma relação, considerámos a incompletude medida pelo OCTCDQ e as experiências NJR medidas pelo VOCI – *Just Right*, como covariáveis.

Os resultados revelaram que a associação entre os sintomas da POC e da perturbação de escoriação ($r = .261$; $p = .009$) diminui quando controlamos a incompletude ($r = .193$; $p = .055$; Figura 4.5) e quando controlamos as experiências NJR ($r = -.062$; $p = .545$; Figura 4.6), o que indica que a incompletude e as experiências NJR influenciam a relação entre os sintomas da POC e da perturbação de escoriação.

A associação entre os sintomas da POC e da perturbação dismórfica corporal ($r = .338$; $p < .001$) diminui quando controlamos a incompletude ($r = .236$; $p = .019$; Figura 4.5) e quando controlamos as experiências NJR ($r = .117$; $p = .251$; Figura 4.6), o que indica que a incompletude e as experiências NJR têm bastante influência na relação entre os sintomas da POC e da perturbação dismórfica corporal.

A associação entre os sintomas da POC e da tricotilomania ($r = .167$; $p = .096$) não é afetada quando controlamos a incompletude ($r = .141$; $p = .164$; Figura 4.5), nem quando controlamos as experiências NJR ($r = .056$; $p = .251$; Figura 4.6), o que indica que a incompletude e as experiências NJR têm pouca influência na relação entre os sintomas da POC e da tricotilomania.

A associação entre os sintomas da POC e da onicofagia ($r = .080$; $p = .430$) não é afetada quando controlamos a incompletude ($r = .140$; $p = .167$; Figura 4.5), nem quando controlamos as experiências NJR ($r = .042$; $p = .677$; Figura 4.6), o que indica que a incompletude e as experiências NJR têm pouca influência na relação entre os sintomas da POC e da onicofagia.

A associação entre os sintomas de perturbação da escoriação e da perturbação dismórfica corporal ($r = .206$; $p = .040$) diminui quando controlamos a incompletude ($r = .169$; $p = .094$; Figura 4.5) e quando controlamos as experiências NJR ($r = .073$; $p = .475$; Figura 4.6), o que indica que a incompletude e as experiências NJR têm muita influência na relação entre os sintomas da perturbação de escoriação e da perturbação dismórfica corporal.

A associação entre os sintomas da perturbação de escoriação e da tricotilomania ($r = .397$; $p < .001$) não é afetada quando controlamos a incompletude ($r = .388$; $p < .001$; Figura 4.5), nem quando controlamos as experiências NJR ($r = .362$; $p < .001$; Figura 4.6), o que indica que a incompletude e as experiências NJR têm pouca influência na relação entre os sintomas da perturbação de escoriação e da tricotilomania.

A associação entre os sintomas da perturbação de escoriação e da onicofagia ($r = .040$; $p = .693$) não é afetada quando controlamos a incompletude ($r = .045$; $p = .661$; Figura 4.5), nem quando controlamos as experiências NJR ($r = .013$; $p = .896$; Figura 4.6), o que indica que a incompletude e as experiências NJR têm pouca influência na relação entre os sintomas da perturbação de escoriação e da onicofagia.

A associação entre os sintomas da perturbação dismórfica corporal e da tricotilomania ($r = .217$; $p = .030$) não é afetada quando controlamos a incompletude ($r = .199$; $p = .048$; Figura 4.5), nem quando controlamos as experiências NJR, ($r = .167$; $p = .098$; Figura 4.6), o que indica que a incompletude e as experiências NJR têm pouca influência na relação entre os sintomas da perturbação dismórfica corporal e da tricotilomania.

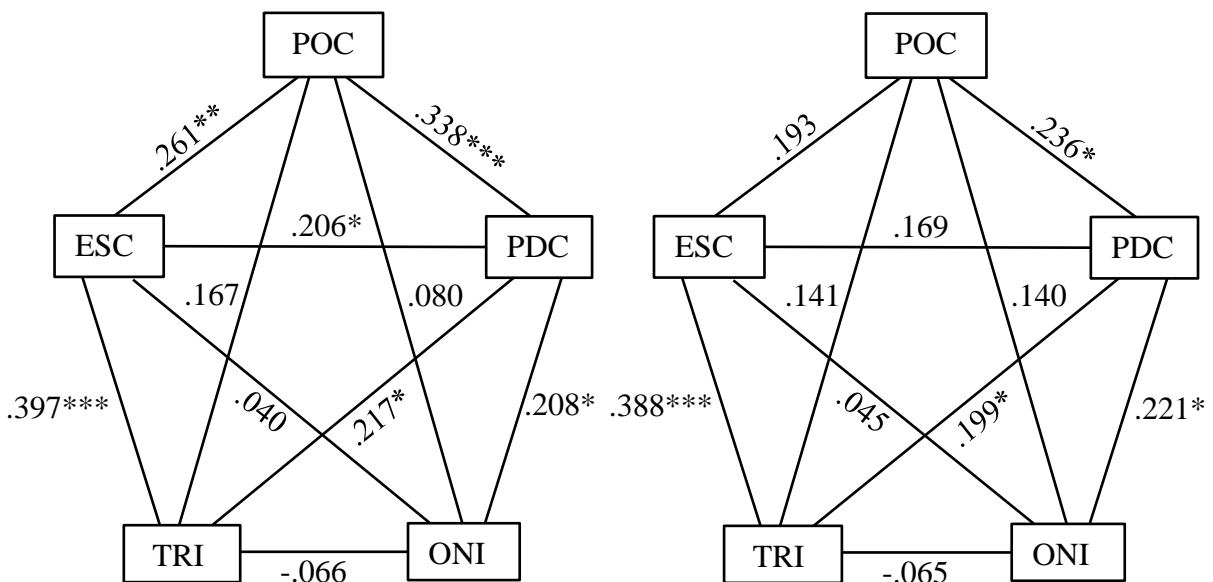
A associação entre os sintomas da perturbação dismórfica corporal e da onicofagia ($r = .208$; $p = .037$) não é afetada quando controlamos a incompletude ($r = .221$; $p = .028$; Figura 4.5), nem quando controlamos as experiências NJR ($r = .197$; $p = .050$; Figura 4.6), o que

indica que a incompletude e as experiências NJR têm pouca influência na relação entre os sintomas da perturbação dismórfica corporal e da onicofagia.

A associação entre os sintomas da tricotilomania e da onicofagia ($r = -.066$; $p = .512$) não é afetada quando controlamos a incompletude ($r = -.065$; $p = .526$; Figura 4.5), nem quando controlamos as experiências NJR ($r = -.080$; $p = .430$; Figura 4.6), o que indica que a incompletude e as experiências NJR têm pouca influência na relação entre os sintomas da tricotilomania e da onicofagia.

Figura 4.5

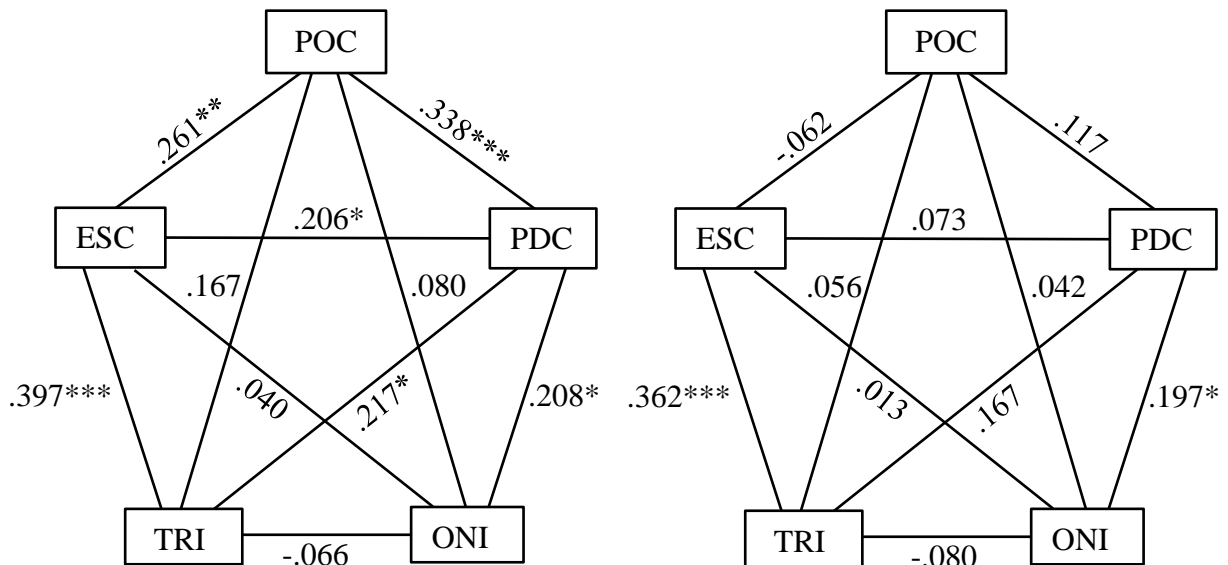
Esquema da Associação entre os Sintomas das PEOC (Sem e Com o Controlo do Efeito da Incompletude)



Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva; ESC – Perturbação de Escoriação; TRI – Tricotilomania; ONI – Onicofagia; PDC – Perturbação Dismórfica Corporal.

Figura 4.6

Esquema da Associação entre os Sintomas das PEOC (Sem e Com o Controlo do Efeito das Experiências NJR)



Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; POC – Perturbação Obsessivo-Compulsiva; ESC – Perturbação de Escoriação; TRI – Tricotilomania; ONI – Onicofagia; PDC – Perturbação Dismórfica Corporal.

5. Discussão dos Resultados

A presente investigação teve dois objetivos fundamentais. Em primeiro lugar, partindo de um estudo de Fornés-Romero e Belloch (2017) propusemos induzir experimentalmente experiências NJR em indivíduos da população geral através da realização de uma tarefa de memória de palavras.

Para isso, os participantes foram distribuídos aleatoriamente por duas condições experimentais: o grupo experimental, cujos participantes receberam a indicação de que o tempo para a realização da tarefa tinha terminado quando estavam a iniciar a escrita da 10ª palavra; e o grupo de controlo, cujos participantes tiveram todo o tempo necessário para poder finalizá-la. Em segundo lugar, quisemos avaliar também a frequência, intensidade e consequências de natureza comportamental e emocional desses fenómenos.

O nosso segundo objetivo foi averiguar a associação entre os sentimentos de incompletude e experiências NJR e os sintomas de algumas PEOC (POC, perturbação de escoriação, tricotilomania, onicofagia e perturbação dismórfica corporal), também a um nível não clínico.

Pudemos, em primeiro lugar, constatar a equivalência das condições experimentais nas variáveis sociodemográficas, tal como nas variáveis psicológicas e psicopatológicas analisadas na fase de baseline (memória de trabalho, ansiedade, depressão, sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude, experiências NJR, afeto negativo e estado de humor).

Em linha com as hipóteses formuladas, esperávamos induzir sentimentos de incompletude e experiências NJR através da manipulação de uma tarefa experimental. Esse sucesso seria determinado pela existência de diferenças na pontuação dos itens compostos após a indicação de fim da tarefa e pela ausência de diferenças na pontuação dos itens compostos durante a tarefa, entre as condições experimentais.

Os resultados encontrados demonstraram que foi possível manipular experimentalmente as experiências NJR, tal como sucedeu em investigações prévias com amostras não clínicas (Coles et al., 2005; Cogle et al., 2011, 2013; Fornés-Romero & Belloch, 2017; Pietrefesa & Coles, 2009; Summers et al., 2014).

Devido à indução experimental dos sentimentos de incompletude e experiências NJR, os participantes do grupo experimental experienciaram maiores níveis de desconforto físico e de impulsos e necessidade de agir de forma repetida após a indicação de fim da tarefa, em comparação com os indivíduos de controlo na sua finalização.

As diferenças observadas entre os grupos parecem dever-se à manipulação experimental. As consequências da indução experimental como o desconforto físico e impulsos/necessidade de agir repetidamente estão igualmente em concordância com os resultados de estudos prévios (Coles et al., 2005; Cogle et al., 2011, 2013; Fornés-Romero & Belloch, 2017; Pietrefesa & Coles, 2009; Summers et al., 2014).

A maior parte dos participantes do grupo experimental aceitou a oportunidade de concluir a tarefa que fora interrompida, com vista a se sentir melhor. Isso sugere que como esses participantes consideraram o impulso para continuar a tarefa quando esta foi interrompida a sensação mais desconfortável e intensa, terão tido a necessidade de conseguir terminá-la. O objetivo da aceitação da oportunidade poderá ter sido a eliminação do desconforto físico, possivelmente devido à falta de verificação e de finalização da tarefa: com essa oportunidade, já poderiam agir de modo a sentir que assim as coisas já estariam como deveriam estar e dessa forma voltar a um estado de maior equilíbrio.

Uma sugestão para estudos futuros será a medição do desconforto físico nos participantes no momento prévio à apresentação da oportunidade de conclusão da tarefa e comparar os níveis desse desconforto entre os participantes que a aceitaram e os que a declinaram.

No entanto, outras hipóteses que formulámos não se confirmaram. Não se verificaram diferenças no afeto negativo e no humor em função da condição experimental e do momento da sua avaliação. As sensações desconfortáveis e emoções negativas a elas associadas devido à realização da tarefa experimental parecem não ter sido suficientes para alterar o estado de humor. O mesmo sucedeu quanto às emoções negativas associadas à sensação mais desagradável e à sensação mais intensa, e à dificuldade de supressão dessas mesmas sensações.

Estes resultados quanto ao humor, emoções negativas e dificuldade de supressão siferem dos resultados obtidos por Fornés-Romero e Belloch (2017), no qual se observou uma influência da realização da tarefa experimental nessas variáveis nos participantes do grupo experimental. O formato virtual da investigação poderá ter contribuído para um menor envolvimento e sentido de presença dos participantes e por conseguinte não ter impactado de forma significativa o seu humor, as emoções e os esforços de supressão face à sensação mais desagradável e à sensação mais intensa.

Embora os participantes não tenham relatado em elevada frequência e severidade as consequências emocionais e comportamentais dessa mesma indução, o grupo experimental reportou o impulso para continuar a tarefa após a indicação do seu fim e o grupo de controlo reportou a incompletude/experiências NJR durante a realização da tarefa como sensação mais desconfortável e intensa.

Observamos que tal como no estudo de Fornés-Romero e Belloch (2017), as variáveis dependentes (incompletude/experiências NJR, desconforto físico, impulsos/necessidade de agir repetidamente, emoções negativas associadas à sensação mais desagradável e à mais intensa e dificuldades de supressão dessas mesmas sensações) estão positivamente associadas entre si, o que significa que quando o valor de uma variável aumenta, o valor das restantes variáveis igualmente aumenta.

Podemos inferir que essa inter-relação direta se deve a todas as variáveis pertencerem ao mesmo construto de incompletude e experiências NJR.

Salientamos que a incompletude e as experiências NJR induzidas através da tarefa experimental, tal como as restantes variáveis dependentes, mostraram associações positivas com os resultados dos instrumentos de autorrelato na fase de baseline.

Isso mostra que valores mais elevados de incompletude e experiências NJR estão diretamente relacionados com maiores níveis nas variáveis psicológicas e psicopatológicas medidas por esses instrumentos. A associação foi forte com just right, sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude e número de experiências NJR, mas foi moderada com a severidade das experiências NJR e com o afeto negativo pré e pós-tarefa, e fraca com depressão e ansiedade.

Estes resultados parecem reforçar a relação da incompletude e experiências NJR com a sintomatologia da perturbação obsessivo-compulsiva e não das perturbações de ansiedade ou de humor (Coles et al., 2003, 2005; Ghisi et al., 2010), já que estão mais associadas a um sentimento de insatisfação, desconforto ou tensão (Pietrefesa & Coles, 2009). Isso embora os resultados divirjam do estudo de Fornés-Romero (2017), ao mostrarem uma associação forte com o evitamento do dano. Parece-nos que essa associação pode dever-se a ambos os mecanismos motivacionais provocarem consequências emocionais e comportamentais e não se associarem exclusivamente a determinadas dimensões sintomatológicas.

O principal preditor dos impulsos e necessidade de realizar uma ação de modo repetido tanto durante a realização da tarefa como após a indicação de fim da tarefa pelos indivíduos do grupo experimental foi o desconforto físico (explicou 47,9% da variância dos impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa e 37,6 % após a indicação de fim da tarefa), seguido pelo afeto negativo (explicou 25,3% da variância dos impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa e 35,3 % após a indicação de fim da tarefa) e só depois pela incompletude/experiências NJR, com valores bastante baixos (5,1% e 2,6 % da variância dos impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa e após a indicação de fim da tarefa).

Já no grupo de controlo, a incompletude/experiências NJR não explicou a variância dos impulsos/necessidade de agir repetidamente: o desconforto físico explicou 14,1% e a depressão explicou 62,4% da variância dos impulsos/necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa, e o desconforto físico explicou 46,5% da variância dos impulsos/necessidade de agir repetidamente após a indicação de fim da tarefa.

Estes resultados não confirmaram a nossa expectativa, já que esperávamos que a incompletude/experiências NJR explicasse os impulsos e necessidade de agir repetidamente durante a realização da tarefa e após a indicação de fim da tarefa, à semelhança de outros estudos (Coles et al., 2005; Cogle et al., 2011, 2013; Fornés-Romero & Belloch, 2017; Pietrefesa & Coles, 2009; Summers et al., 2014). Isso pode sugerir que o desconforto físico, afeto negativo e depressão tenham sido mais facilmente identificados pelos participantes, visto que a incompletude e experiências NJR são fenómenos mais subtis. Pode inferir-se que os impulsos e a necessidade de realizar uma ação repetidamente tiveram a finalidade de reduzir as consequências emocionais da incompletude e experiências NJR.

Em relação ao nosso segundo objetivo de perceber a associação entre a incompletude e experiências NJR e a sintomatologia de algumas perturbações do espectro obsessivo-compulsivo (POC, perturbação de escoriação, tricotilomania, onicofagia e perturbação dismórfica corporal), observamos que tanto a incompletude como as experiências NJR apresentam uma maior associação com a sintomatologia da POC.

A incompletude e experiências NJR ainda se associam com a sintomatologia da perturbação de escoriação e da perturbação dismórfica corporal, embora a associação das experiências NJR a estas duas variáveis seja mais forte (moderada) que a da incompletude (fraca). As experiências NJR também se associam com a sintomatologia da tricotilomania de forma moderada. A associação da incompletude e experiências NJR com a sintomatologia da onicofagia foi quase nula, tal como a associação da incompletude com a sintomatologia da tricotilomania.

Quanto à relação entre a sintomatologia das PEOC, quando controlamos a incompletude e as experiências NJR verificamos que as associações existentes entre a sintomatologia da POC, perturbação de escoriação e perturbação dismórfica corporal perdem-se de forma mais significativa, o que não acontece em relação à sintomatologia da tricotilomania e da onicofagia.

Na nossa perspetiva, esses resultados parecem ter bastante relevância, já que podem indicar que nos indivíduos não clínicos existe uma maior associação da incompletude e experiências NJR com algumas entidades clínicas do que com outras.

Aparentemente estas podem dividir-se em dois grupos: (1) POC, perturbação de escoriação e perturbação dismórfica corporal; (2) tricotilomania e onicofagia. No primeiro grupo, existe uma associação das perturbações psicológicas entre si e com a incompletude e

experiências NJR, com um peso de maior magnitude desta última variável. Já no segundo grupo, as entidades clínicas não estão associadas entre si, embora tenham uma associação com a perturbação dismórfica corporal, e não têm associação com a incompletude e experiências NJR.

Estes resultados parecem confirmar que existem clusters de perturbações psicológicas que partilham a incompletude e experiências NJR como construtos transdiagnósticos e que de acordo com outros investigadores podem ser partilhadas também por outras perturbações fora do espectro obsessivo-compulsivo como a perturbação de tiques (Miguel et al., 2000), perturbações do comportamento alimentar (Sica et al., 2015), perturbação do espectro do autismo (Kloosterman et al., 2013), perturbação de jogo patológico (Sica et al., 2015) e traços de personalidade obsessivo-compulsiva (Ecker et al., 2014). No entanto outros clusters que pertencem ao mesmo espectro não partilham estes construtos transdiagnósticos: tricotilomania e onicofagia.

6. Conclusões e Limitações do Estudo

Nas últimas duas décadas, tem havido um interesse crescente em investigar os mecanismos motivacionais subjacentes às perturbações obsessivo-compulsivas e relacionadas, visto serem perturbações psicológicas relativamente comuns e afetarem a qualidade de vida e o quotidiano dos indivíduos. Esse interesse deveu-se à heterogeneidade ao nível sintomatológico dessas perturbações, que não era explicada de forma totalmente satisfatória e que levou a uma diferente concetualização das mesmas no DSM-5.

Como tal, emergiu o estudo de variáveis como os sentimentos de incompletude e as experiências NJR. Embora na literatura por vezes sejam utilizadas como sinónimos, o sentimento de incompletude é um sentimento alargado e profundo que se constitui como um mecanismo motivacional de natureza disposicional, enquanto que as experiências NJR são fenómenos sensoriais mais limitados no tempo e despoletados por estímulos externos. Ambos provocam desconforto e necessidade de realizar uma ação para voltar a um estado desejado de equilíbrio.

A maior parte dos estudos sobre o sentimento de incompletude e as experiências NJR tem sido de natureza correlacional, pelo que não permite o estudo destes fenómenos de forma

direta nem inferir relações de causalidade, o que constitui uma lacuna na sua investigação. Por isso a realização de estudos experimentais nesse âmbito reveste-se de enorme relevância para melhor compreender estes fenómenos e conduzir a intervenções psicológicas mais eficazes.

Assim, optámos por realizar a nossa investigação a partir do estudo experimental de Fornés-Romero e Belloch (2017), mantendo maioritariamente a sua metodologia para perceber o efeito da participação numa tarefa experimental de indução de incompletude e experiências NJR em indivíduos não clínicos, já que são fenómenos universais.

Ao contrário do que sucedeu nesse estudo, a nossa investigação utilizou um formato online, sendo que para tal substituímos o subtteste *Memória de Dígitos* da WAIS-IV pelo *Teste dos Cubos de Corsi* e introduzimos apenas algumas alterações que nos pareceram fazer face ao que nos poderiam ser possíveis limitações do estudo: incluímos uma medida comportamental e repetimos a aplicação da PANAS no momento pós-tarefa e da EF no final da participação.

Os objetivos a que nos propusemos foram concretizados.

A indução experimental da incompletude e experiências NJR foi bem-sucedida e provocou consequências ao nível do desconforto físico e dos impulsos (e.g. de continuar a tarefa mesmo quando receberam a indicação do seu fim) e necessidade de realizar uma ação repetidamente (e.g. verificar) após a indicação de fim da tarefa nos participantes experimentais. Não houve alterações decorrentes da participação na tarefa experimental no humor, emoções negativas e esforços de neutralização dos participantes.

As variáveis dependentes (incompletude e experiências NJR, desconforto físico, impulso ou necessidade de realizar uma ação repetidamente, emoções negativas associadas à sensação mais desagradável e à mais intensa, e dificuldade de supressão dessas mesmas sensações) associaram-se positivamente entre si, mostrando que têm em comum fazerem parte da incompletude e experiências NJR. Mostraram também que se associam positivamente com just right, sintomas obsessivo-compulsivos, evitamento do dano, incompletude e número de experiências NJR, ansiedade e depressão, embora a associação com a ansiedade e depressão seja mais fraca que com as restantes.

A associação com o evitamento do dano foi algo que nos surpreendeu, tal como o facto de a incompletude/experiências NJR não explicar maioritariamente a variância nos

impulsos e necessidade de realizar uma ação repetidamente, tanto durante a realização da tarefa experimental como após a indicação de fim da tarefa, tendo tido um contributo fraco na predição dessa variável.

Uma limitação desta investigação foi o seu formato online. Neste tipo de formato, não existe controlo por parte do investigador no decorrer do preenchimento dos questionários e da realização da tarefa experimental. Os participantes podem não ter estado suficientemente focados e concentrados e terem-se distraído durante a sua participação, ou tê-la tido de forma espaçada temporalmente. Este formato também não possibilita reunir informação não-verbal que poderia enriquecer o nosso estudo. Dificulta igualmente tanto o esclarecimento de dúvidas dos participantes quanto à compreensão dos itens dos questionários e das instruções da tarefa experimental como o seu *feedback* sobre a sua participação.

Uma outra alteração em relação ao estudo de Fornés-Romero e Belloch (2017) foi a substituição do subteste *Memória de Dígitos* da WAIS-IV.

Este teste avalia a memória de trabalho numa modalidade auditiva. Como a nossa investigação foi online e os estímulos apresentados na tarefa de indução (listas de palavras) foram visuais, utilizámos o *Teste dos Cubos de Corsi*, que avalia a memória de trabalho visuoespacial. No entanto, visto que a tarefa experimental é de natureza semântica, teria sido mais vantajoso o recurso a um instrumento que avaliasse a memória de trabalho na sua componente visual, mas também verbal.

A utilização de instrumentos de autorrelato que não foram aferidos para a população portuguesa poderá ter influenciado alguns resultados, o que na nossa perspectiva pode constituir outra limitação.

A disponibilização de uma oportunidade para os participantes experimentais para concluir a tarefa experimental reforçou o êxito da indução experimental de incompletude e experiências NJR. Contudo essa medida comportamental não foi a única medida relacionada com essa avaliação, visto que a forma de determinar o sucesso da indução foi essencialmente através da pontuação dos itens compostos. Parece-nos essencial que estudos futuros se baseiem exclusivamente em medidas comportamentais para efetuar essa avaliação.

A associação das variáveis dependentes com o evitamento do dano, tal como o desconforto físico enquanto maior preditor dos impulsos e necessidade de agir repetidamente nos participantes do grupo experimental necessitam de uma maior clarificação.

Como a abordagem transdiagnóstica considera que as perturbações psicológicas são entidades contínuas que podem partilhar várias semelhanças ao nível das suas características e processos, é importante que continue a haver um grande interesse da investigação de marcadores transdiagnósticos, como são os sentimentos de incompletude e as experiências NJR.

Como os nossos resultados sugerem que nos indivíduos não clínicos nem todos os sintomas do espectro obsessivo-compulsivo estão associados a esses marcadores, será interessante que futuras investigações tenham como objetivo a identificação de outros mecanismos partilhados entre as perturbações desse espectro.

A investigação sobre os sentimentos de incompletude e experiências NJR é ainda recente. Um maior conhecimento sobre estes e outros mecanismos poderá conduzir a intervenções psicológicas mais eficientes. Isso pode verificar-se tanto ao nível das perturbações obsessivo-compulsivas como de outro tipo de perturbações que são influenciadas pelos sentimentos de incompletude e experiências NJR, nomeadamente ao nível da sua comorbilidade.

7. Referências Bibliográficas

- Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores.
- Angelakis, I., Gooding, P., Tarrier, N., & Panagioti, M. (2015). Suicidality in obsessive compulsive disorder (OCD): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 39*, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.03.002>
- Arnold, L. M., McElroy, S. L., Mutasim, D. F., Dwight, M. M., Lamerson, C. L., & Morris, E. M. (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *Journal of clinical psychiatry, 59*(10), 509–514. <https://doi.org/10.4088/jcp.v59n1003>
- Blum, A. W., Redden, S. A., & Grant, J. E. (2017). Neurocognitive Findings in Onychophagia (Pathological Nail Biting). *The Psychiatric quarterly, 88*(4), 747–753. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9496-9>
- Boisseau, C. L., Sibrava, N. J., Garnaat, S. L., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2018). The Brown Incompleteness Scale (BINCS): Measure development and initial evaluation. *Journal of Obsessive-Compulsive Disorders, 16*, 66-71. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.12.008>
- Bragdon, L. B., & Coles, M. E. Examining heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: Evidence for subgroups based on motivations. *Journal of Anxiety Disorders, 45*, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.12.002>
- Brewin, C. R., Christodoulides, J., & Hutchinson, G. (1996). Intrusive thoughts and intrusive memories in a nonclinical sample. *Cognition and Emotion, 10*(1), 107–112. <https://doi.org/10.1080/026999396380411>
- Calamari, J. E., Wiegartz, P. S., Riemann, B. C., Cohen, R. J., Greer, A., Jacobi, D. M., Jahn, S. C., & Carmin, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder subtypes: an attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy. *Behaviour research and therapy, 42*(6), 647–670. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00173-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00173-6)
- Calamari, J. E., Wiegartz, P. S., & Janeck, A. S. (1999). Obsessive–compulsive disorder subgroups: A symptom-based clustering approach. *Behaviour Research and Therapy, 37*(2), 113–125. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00135-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00135-1)
- Calisto, L. (2013). *Indução de Contaminação Mental em vítimas de traição numa amostra de indivíduos não-clínicos*. Tese de Mestrado da Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Cameron, D. H., Streiner, D. L., Summerfeldt, L. J., Rowa, K., McKinnon, M. C., & McCabe, R. E. (2019). A comparison of cluster and factor analytic techniques for identifying

symptom-based dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 278, 86-96. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.040>

Cameron, D. H., Summerfeldt, L. J., Rowa, K., McKinnon, M. C., Rector, N. A., Richter, M. A., Ornstein, T. J., & McCabe, R. E. (2019). Differences in neuropsychological performance between incompleteness and harm avoidance-related core dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100448>

Cardoso, I. (2015). *Propriedades Psicométricas da Versão Portuguesa do Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*. Tese de mestrado da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Psicologia e Ciências da Vida.

Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a Cognitive Theory of Obsessions. *Australian Psychologist*, 28(3), 161-167. <https://doi.org/10.1080/00050069308258896>

Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180093014>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). "Not Just Right experiences": perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 681-700. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00044-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00044-X)

Coles, M. E., Heimberg, R. G., Frost, R.O., & Steketee, G. (2005). Not Just Right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 153-167. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.002>

Coles, M. E., & Ravid, A. (2016). Clinical presentation of not-just right experiences (NJREs) in individuals with OCD: Characteristics and response to treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 182-187. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.013>

Coluccia, A., Fagiolini, A., Ferretti, F., Pozza, A., Costoloni, G., Bolognesi, S., & Goracci, A. (2016). Adult obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 22, 41-52. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.02.001>

Cougle, J. R., Fitch, K. E., Jacobson, S., & Lee, H.J. (2013). A multi-method examination of the role of incompleteness in compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.02.003>

Cougle, J. R., Goetz, A. R., Fitch, K. E., & Hawkins, K. A. (2011). Termination of washing compulsions: A problem of internal reference criteria or "Not Just Right" experience? *Journal of Anxiety Disorders*, 25(6), 801-805.

- Cougle, J. R., & Lee, H. J. (2014). Pathological and non-pathological features of obsessive-compulsive disorder: Revisiting basic assumption of cognitive models. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(1), 12-20.
- De Silva, P. (1986). Obsessional-compulsive imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 331-318. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90193-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90193-2)
- Ecker, W., Kupfer, J., & Gönner, S. (2014). Incompleteness as a Link between Obsessive–Compulsive Personality Traits and Specific Symptom Dimensions of Obsessive–Compulsive Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(5), 394-402. <https://doi.org/10.1002/cpp.1842>
- Ferrão, Y. A., Shavitt, R G., Prado, H., Fontenelle, L. F., Malavazzi, D. M., Mathis, M. A., Hounie, A. G., Miguel, E. C., & Rosário, M. C. (2012). Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: An exploratory study of 1001 patients. *Psychiatry Research*, 197, 253-258. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.017>
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C. E., Gale, T. M., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., & Angst, J. (2013). A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence, and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(3), 170–178. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.755206>
- Foa, E. B., Abramowitz, J., Franklin, M. E., & Kozac, M. J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 30(4), 717-724. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80035-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80035-5)
- Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2001). Obsessive-Compulsive Disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (3rd ed.) (pp. 209-263). The Guilford Press.
- Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., Marques, C., & Versiani, M. (2004). Trans-cultural aspects of obsessive–compulsive disorder: a description of a Brazilian sample and a systematic review of international clinical studies. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.12.004>
- Fontenelle, L. F., Oostermeijer, S., Harrison, B. J., Pantelis, C., & Yücel, M. (2011). Obsessive-compulsive disorder, impulse control disorders and drug addiction: common features and potential treatments. *Drugs*, 71(7), 827–840. <https://doi.org/10.2165/11591790-000000000-00000>
- Fontenelle, L. F., & Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 32(1), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2007.06.024>
- Fornés-Romero, G., & Belloch, A. (2017). Induced Not Just Right and incompleteness experiences in OCD patients and non-clinical individuals: An in vivo study. *Journal*

of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 57, 103-112.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.001>

- Freeston, M. H., 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(6), 585–597. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(91\)90008-q](https://doi.org/10.1016/0005-7967(91)90008-q)
- Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2002). Perfectionism, anxiety, and obsessive-compulsive disorder. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp. 341-371). American Psychological Association.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Pergamon/Elsevier.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(23), 219-227.
- García-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, Al, & Weidt, S. (2014). Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: A review of the literature. *Psychiatry Research*, 220(1-2): 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.009>.
- Ghisi, M., Chiri, L. R., Marchetti, I., Sanavio, E., & Sica, C. (2010). In search of specificity: “Not Just Right experiences” and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 879-886. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.011>
- Grant, J. E., Kim, S. W., & Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *The Journal of clinical psychiatry*, 62(7), 517–522. <https://doi.org/10.4088/jcp.v62n07a03>
- Grant, J. E., Stein, D. J., Woods, D. W., & Keuthen, N. J. (Eds.) (2012). *Trichotillomania, Skin Picking, and Other Body-focused Repetitive Behaviors*. American Psychiatric Publishing.
- Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., MofBtt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 41(12):2495-506. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000894>
- Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., van Megen, H. J. G. M., Penninx, B. W., Cath, D. C., van den Hout, M. A., & van Balkom, A. J. L. M. (2013). Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: the Netherlands OCD Association study. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 847-854. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.014>

- Hollander, E. (2005). Obsessive-compulsive disorder and spectrum across the life span. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9(2), 79-86. <https://doi.org/10.1080/13651500510018347>
- Janet, P. (1903). *Les Obsessions et la psychasthénie* (Vol. 1). Alcan.
- Kessels, R. P., van Zandvoort, M. J., Postma, A., Kappelle, L. J., & de Haan, E. H. (2000). The Corsi Block-Tapping Task: standardization and normative data. *Applied neuropsychology*, 7(4), 252–258. https://doi.org/10.1207/S15324826AN0704_8
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatry Research* 21(3), 169-184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Kloosterman, P. H., Summerfeldt, L. J., Parker, J. D. A., & Holden, J. J. A. (2013). The obsessive-compulsive trait of incompleteness in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 176–182. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.11.004>
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Barr, L. C., de Vries, A. L., Martin, C., Cohen, D. J., McDougle, C. F., Goodman, W. K., & Rasmussen, S. A. (1994). Tic-related vs. non-tic-related obsessive-compulsive disorder. *Anxiety*, 1, 205–215. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.09.014>
- Leckman, J. F., Walker, D. E., Goodman, W. K., Pauls, D. L., & Cohen, D. J. (1994). “Just right” perceptions associated with compulsive behavior in Tourette’s syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 151(1), 675–680. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.5.675>
- Leckman, J. F., Walker, D. E., & Cohen, D. J. (1993). Premonitory urges in Tourette’s syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 150(1), 98-102. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.1.98>
- Markett, S., Montag, C., & Reuter, M. (2016). Anxiety and harm avoidance. In J. R. Absher & J. Cloutier (Eds.), *Neuroimaging personality, social cognition, and character* (pp. 91–112). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800935-2.00005-1>
- Mathes, B. M., Morabito, D. M., & Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Current Psychiatry Reports*, 21(5):36. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>
- McKay, D. (2006). Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 37(1), 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.09.005>
- Miguel, E. C., do Rosário-Campos, M. C., Prado, H. S., do Valle, R., Rauch, S. L., Coffey, B. J., Baer, L., Savage, C. R., O’Sullivan, R. L., Jenike, M. A., & Leckman, J. F. (2000). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's

- disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(2), 150-156. <https://doi.org/10.4088/jcp.v61n0213>
- Neziroglu, F., & Khemlani-Patel, S. (2005). Overlap of Body Dysmorphic Disorder and Hypochondriasis with OCD. In J. S. Abramowitz & A. C. Houts (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 163-175). Springer.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Research Therapy*, 35(7), 667-681. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00017-x](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00017-x)
- Öcal, D., Özdel, K., Şafak, Y., Kekilli Karnaz, Y., & Kısa, C. (2019). A comparison of symptom dimensions for obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive-related disorders. *PloS one*, 14(7), e0218955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218955>
- Peterson, R. A. (2001). On the Use of College Students in Social Science Research: Insights from a Second-Order Meta-analysis. *Journal of Consumer Research*, 28(3), 450-461. <https://doi.org/10.1086/323732>
- Phillips, K.A., Atala, K.D., & Pope, H.G. (1995). Diagnostic instruments for body dysmorphic disorder. *New Research Program and Abstracts, American Psychiatric Association 148th annual meeting*, Miami.
- Pietrefesa, A. S., & Coles, M. E. (2009). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive-compulsive disorder: Behavioral validation for the separability of harm avoidance and incompleteness. *Behavior Therapy*, 40, 251–259. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.06.003>
- Pitman, R. K. (1987). A cybernetic model of obsessive-compulsive psychopathology. *Comprehensive psychiatry*, 28(4), 334–343. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(87\)90070-8](https://doi.org/10.1016/0010-440x(87)90070-8)
- Poyraz, C. A., Turan, S., Saglam, N. G. U, Batun, G. C., Yassa, A., & Duran, A. (2015). Factors associated with the duration of untreated illness among patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 88–93. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.12.019>
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour research and therapy*, 31(8), 713–720. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90001-b](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90001-b)
- Rachman, S. (1985). An Overview of Clinical and Research Issues in Obsessional-Compulsive Disorders. In: M. Mavissakalian, S. M. Turner, L. Michelson (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder* (pp. 1-47). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0542-0_1
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00040-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00040-5)

- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 385-401. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10041-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10041-9).
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233-248. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(78\)90022-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(78)90022-0).
- Rachman, S., & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Prentic-Hall.
- Rapoport, J. L. (1991). *The Boy Who Could Not Stop Washing: The Experience and Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. Penguin.
- Rasmussen, S. A. (1994). Obsessive compulsive spectrum disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(3), 89-91.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The Epidemiology and Clinical Features of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 743-758. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30205-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30205-3)
- Rosado, S. (2017). *Validação de uma Tarefa Experimental de Indução de Sensações Internas de "Not Just Right"*. Tese de Mestrado da Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Rosário, M. C., Prado, H. S., Borcato, S., Diniz, J. B., Shavitt, R. G., Hounie, A. G., & Miguel, E. (2009). Validation of the university of São Paulo sensory phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS Spectrums*, 14(6), 315-323. <https://doi.org/10.1017/S1092852900020319>
- Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W., & Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 347-372. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00071-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00071-6)
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 549-552. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(84\)90057-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(84)90057-3)
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)

- Shaughnessy, J. J., Zeichmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2012). *Research Methods in Psychology* (9th ed). McGraw Hill.
- Sica, C., Bottesi, G., Caudek, C., Marchetti, I., Orsucci, A., Palmieri, G., Righi, S., & Ghisi, M. (2019). Construct validity of "Not Just Right Experiences": results from a picture-based assessment procedure. *International Journal of Cognitive Therapy, 12*(4), 217-241. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00054-6>
- Sica, C., Bottesi, G., Orsucci, A., Pieraccioli, C., Sighinolfi, C., & Ghisi, M. (2015). "Not Just Right Experiences" are specific to obsessive-compulsive disorder: Further evidence from Italian clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders, 31*, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.002>
- Snorrason, I., Olafsson, R. P., Flessner, C. A., Keuthen, N. J., Franklin, M. E., & Woods, D. W. (2013). The Skin Picking Impact Scale: Factor structure, validity and development of a short version. *Scandinavian journal of psychology, 54*(4), 344–348. <https://doi.org/10.1111/sjop.12057>
- Solley, K., & Turner, C. (2018). Prevalence and correlates of clinically significant body-focused repetitive behaviors in a non-clinical sample. *Comprehensive psychiatry, 86*, 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.06.014>
- Sookman, D., & Steketee, G. (2010). Specialized cognitive behavior therapy for treatment resistant obsessive-compulsive disorder. In D. Sookman & R. L. Leahy (Eds.), *Treatment resistant anxiety disorders: Resolving impasses to symptom remission* (p. 31–74). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Stewart, S. E., & Pauls, D. L. (2010). The genetics of obsessive-compulsive disorder. *Focus, 8*(3), 350-357. <https://doi.org/10.1176/foc.8.3.foc350>
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and Treating Incompleteness in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology/In Session, 60*(11), 1155-1168. <https://doi.org/10.1002/jclp.20080>
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M., Richter, M. A. & Swinson, R P. (2004). The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1453-1467. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.09.006>
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (2014). Examining an obsessive-compulsive core dimensions model: Structural validity of harm avoidance and incompleteness. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*(2), 83–94. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.01.003>
- Summers, B. J., Fitch, K. E., & Cogle, J. R. (2014). Visual, tactile, and auditory "Not Just Right" experiences: associations with obsessive-compulsive symptoms and perfectionism. *Behavior Therapy, 45*(5), 678–689. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.008>

- Summers, B. J., Matheny, N. L., & Cogle, J. R. (2017). 'Not Just Right' experiences and incompleteness in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, *247*, 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.038>
- Summers, B. J., & Cogle, J. R. (2017). 'Not Just Right' experiences moderate the effects of interpretation training for individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *14*, 84-89. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.06.004>
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Rapoport, J. L., Lenane, M. C., Goldberger, E. L., & Cheslow, D. L. (1989). A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *The New England journal of medicine*, *321*(8), 497–501. <https://doi.org/10.1056/NEJM198908243210803>
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., & Ralph Hakstian, A. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour research and therapy*, *42*(11), 1289–1314. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.007>
- Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C., Storch, E. A., & Miguel, E. C. (2016). Comorbidity variation in patients with obsessive–compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 508-516. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.051>
- Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., Meltzer, H., & Singleton, N. (2006). Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence, Comorbidity, Impact, and Help-Seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, *163*(11), 1978-1985. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.11.1978>
- Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T. A., Shavitt, R. G., Rosário, M. C., Mathis, M. A., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2012). Symptom dimensions, clinical course and comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *209*(2), 186-195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.006>
- Vasconcelos-Raposo, J., Fernandes, H. M., & Teixeira, C. M. (2013). Factor structure and reliability of the depression, anxiety and stress scales in a large Portuguese community sample. *The Spanish journal of psychology*, *16*, E10. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.15>
- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Wilson, R., & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: a survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, *169*, 196–201. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.2.196>
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: A treatment manual*. Wiley-Blackwell.

- Widiger, T. A. (1992). Categorical versus dimensional classification: Implications from and for research. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 287–300. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.287>
- Wong, D. L., & Baker, C. M. (1988). Pain in children: Comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*, 14(1), 9–17.

ANEXOS

Anexo A

Depression, Anxiety and Stress Scale – 21 item version (DASS-21)

DASS-21

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e escolha o número que melhor indica em que medida cada uma das afirmações que seguem se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. *A classificação é a seguinte:*

- 0 – Não se aplicou nada a mim
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1.	Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
2.	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
3.	Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
4.	Tive dificuldade em tornar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
5.	Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
6.	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
7.	Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
8.	Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
9.	Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
10.	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
11.	Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
12.	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
13.	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
14.	Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Anexo B

Not Just Right Experiences Questionnaire - Revised (NJREQ-R)

NJREQ-R

Este questionário tem como objetivo estudar o que se conhece como "Experiências não completamente corretas (NCC)". A melhor maneira de definir estas experiências são aqueles momentos em que temos a sensação subjetiva de que "algo não é, ou não está, exatamente como deveria ser, ou como deveria estar".

Existem muitos tipos de experiências NCC. A seguir apresentamos alguns exemplos para o ajudar a compreendê-las. Normalmente, estas experiências duram um tempo limitado: às vezes são momentâneas e outras vezes duram mais. Todas estas experiências têm origem em nós próprios quando nos sentimos inquietos por algo interior ou devido a uma sensação vaga de que algo não está bem no mundo que nos rodeia. Leia os exemplos que se seguem antes de começar a responder.

Exemplos do que SÃO experiências NCC

- Sentir que se pode ter esquecido de algo;
- Uma sensação física estranha que não se reconhece;
- A sensação que temos quando pensamos que não fizemos algo suficiente bem;
- Sentir-se inseguro ou vulnerável sem motivo aparente;
- Sentir que os objetos não estão organizados exatamente do modo correto, ou como deveriam estar.

Em seguida, apresenta-se uma lista com um conjunto de experiências NCC para que posteriormente escolha a que lhe aconteceu mais recentemente e responda a algumas perguntas sobre a mesma. Por favor, leia cuidadosamente a lista de experiências NCC e indique se experimentou ou não cada uma delas durante o último mês.

ACONTECEU-LHE ISTO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

1.	Depois de me vestir tive a sensação de que parte da minha roupa (etiquetas, golas, pernas das calças, etc.) me incomodava.	Não	Sim
2.	Ao guardar um livro na estante, tive a sensação de que não se conseguia ver completamente bem no meio dos outros livros.	Não	Sim
3.	Ao fechar a porta de casa, tive a sensação de notar que o fecho da porta não encaixava corretamente.	Não	Sim
4.	Ao dobrar a roupa tive a sensação de que não tinha a aparência que deveria ter a roupa dobrada.	Não	Sim
5.	Ao escrever algo, tive a sensação de que as palavras não tinham exatamente o aspeto que eu pretendia.	Não	Sim
6.	Ao falar com pessoas, tive a sensação de que as minhas palavras não soavam bem.	Não	Sim
7.	Ao organizar o meu escritório, tive a sensação de que os meus papéis e as outras coisas não tinham um aspeto totalmente correto.	Não	Sim
8.	Ao colocar uma fatura ou uma carta na caixa do correio, tive a sensação de que a maneira como introduzi o envelope na caixa do correio e fechei a tampa, não foi a mais correta.	Não	Sim
9.	Depois de lavar as mãos uma vez, tive a sensação de que não as sentia como é suposto sentir as mãos limpas.	Não	Sim
10.	Ao colocar um quadro na parede, tive a sensação que não ficava completamente bem.	Não	Sim

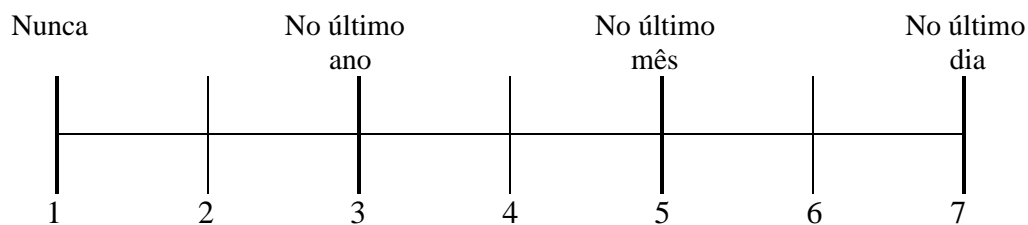
11. A experiência **NCC da lista** anterior que me aconteceu mais recentemente foi a seguinte: _____

12. A última vez que me aconteceu foi:

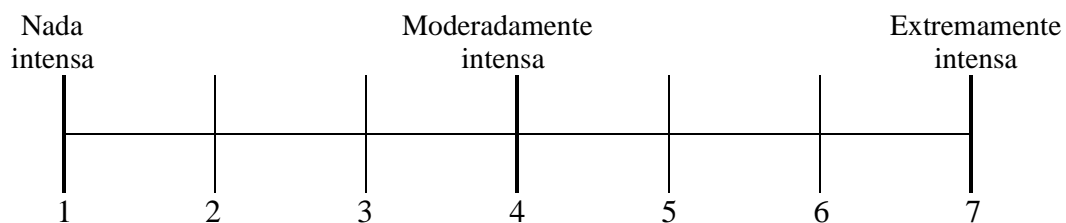
1	Há umas horas.
2	Há um dia.
3	Há uma semana.
4	Há um mês.

Pensando agora na **EXPERIÊNCIA NCC ANTERIOR**, responda às seguintes questões:

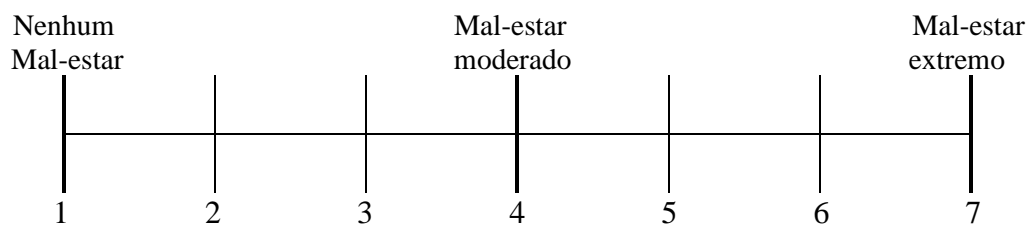
13. Com que **frequência** experimentou essa experiência?



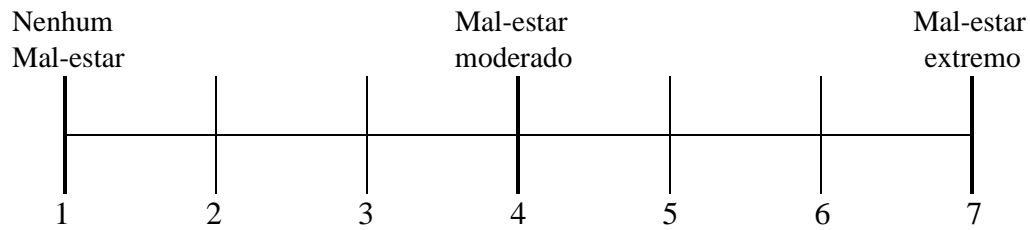
14. Qual foi a **intensidade** dessa experiência?



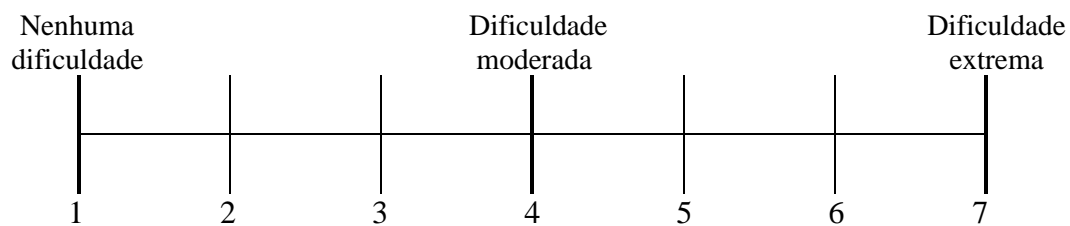
15. Em que medida essa experiência lhe causou **mal-estar NESSE MOMENTO**?



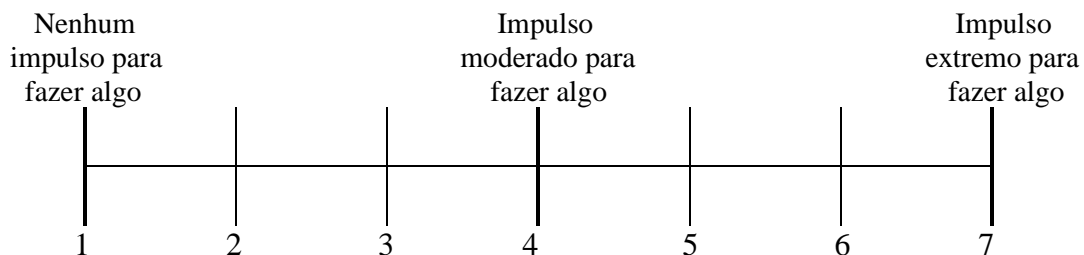
16. Em que medida essa experiência continuou a causar-lhe mal-estar AO LONGO desse dia?



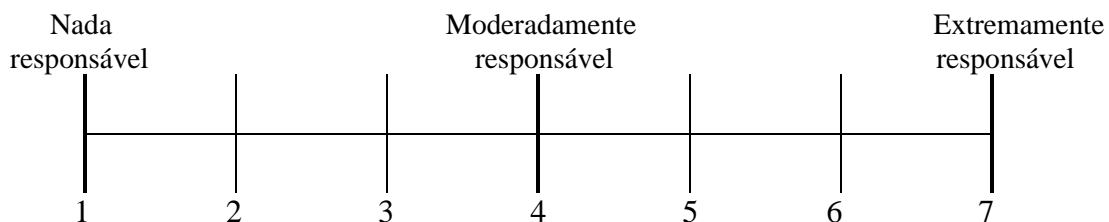
17. Em que medida sentiu que não podia **tirá-la** da cabeça?



18. Em que medida sentiu **necessidade** de fazer algo para remediar esta experiência?



19. Em que medida sentiu que era **responsável** por fazer algo para remediar essa experiência?



Anexo C

Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI)

Anexo C. Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI)

VOCI

Por favor escolha o número que melhor descreve em que medida as seguintes afirmações são verdadeiras para si. Tente não demorar muito tempo em cada afirmação. Agradecemos que verifique se respondeu a todas as questões.

	Nada	Pouco	Algum	Muito	Imenso
1. Sinto-me compelido/a a verificar as cartas vezes sem conta antes de as enviar.	0	1	2	3	4
2. Sinto-me compelido/a a ser absolutamente perfeito/a.	0	1	2	3	4
3. Sinto-me frequentemente compelido/a a memorizar coisas banais (ex., número de matrículas, instruções nos rótulos).	0	1	2	3	4
4. Muitas vezes tenho dificuldade em terminar uma tarefa porque tento fazer tudo perfeito.	0	1	2	3	4
5. Sinto-me compelido a seguir uma rotina muito estrita quando faço coisas do dia-a-dia.	0	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado se a minha mobília ou outros bens não estiverem sempre exatamente na mesma posição.	0	1	2	3	4
7. Atraso-me frequentemente porque não consigo realizar as tarefas do dia-a-dia a tempo.	0	1	2	3	4
8. Sinto-me fortemente compelido/a a fazer contagens de coisas.	0	1	2	3	4
9. Fico muito perturbado/a se não conseguir cumprir a rotina de me deitar exatamente da mesma forma todas as noites.	0	1	2	3	4
10. Tendo a atrasar-me no meu trabalho porque repito a mesma coisa vezes em conta.	0	1	2	3	4
11. Um dos meus maiores problemas é prestar demasiada atenção aos detalhes.	0	1	2	3	4
12. Dispenso demasiado tempo a preparar-me para sair de casa todos os dias porque tenho que fazer tudo exatamente certo.	0	1	2	3	4

Anexo D

Obsessive-Compulsive Inventory – Revised (OCI-R)

OCI-R

As seguintes afirmações referem-se a experiências que muitas pessoas têm diariamente.

Escolha o número que melhor descreve o QUANTO essa experiência o tem ANGUSTIADO ou INCOMODADO durante o ÚLTIMO MÊS. Os números referem-se às seguintes etiquetas verbais:

0	1	2	3	4
De Maneira Alguma	Um Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Tenho guardado tantas coisas que elas ficam pelo caminho. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Verifico as coisas com mais frequência do que o necessário. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Fico chateado/a se os objetos não estão dispostos corretamente. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Sinto-me compelido a contar enquanto estou a fazer as coisas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Acho difícil tocar num objeto quando sei que foi tocado por estranhos ou por certas pessoas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | Acho que é difícil controlar os meus próprios pensamentos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | Coleciono coisas das quais não preciso. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | Repetidamente verifico portas, janelas, gavetas, etc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | Fico chateado/a se os outros modificam o modo como eu arranjei as coisas. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Sinto que tenho de repetir determinados números. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Às vezes tenho de me lavar ou limpar simplesmente porque me sinto contaminado/a. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Fico perturbado/a com pensamentos desagradáveis que entram na minha mente contra a minha vontade. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Evito deitar coisas fora, porque tenho medo que possa necessitar delas mais tarde. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Repetidamente verifico as torneiras de gás e de água e os interruptores de luz depois de os desligar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

- 15.** Preciso que as coisas estejam organizadas de uma certa maneira. 0 1 2 3 4
- 16.** Sinto que existem bons e maus números. 0 1 2 3 4
- 17.** Lavo as minhas mãos com mais frequência e durante mais tempo do que é necessário. 0 1 2 3 4
- 18** Frequentemente adquiro pensamentos desagradáveis e tenho dificuldade em livrar-me deles. 0 1 2 3 4

Anexo E

Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire (OCTCDQ)

Anexo E. Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire (OCTCDQ)

OCTCDQ

Por favor, leia cada uma das frases, e decida até que ponto expressam como pensa, sente e age **HABITUALMENTE**. Escolha a alternativa que melhor se adequa a si. Não pense demasiado nas repostas. Não há respostas corretas ou incorretas, certas ou erradas.

Verifique se não deixou nenhuma frase por responder.

1.	Fico apreensivo/a, como se algo mau pudesse acontecer ou tivesse já acontecido.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
2.	Sinto que devo fazer as coisas de uma determinada maneira, embora me custe explicar por palavras essa maneira.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3.	Embora seja muito improvável que me aconteça algo que possa provocar danos, sinto necessidade de preveni-lo a qualquer custo.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
4.	Incomoda-me a sensação de que as coisas são imperfeitas, (por exemplo, os meus pertences, ideias, ou tarefas que há que fazer).	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
5.	Há coisas que temo que possam acontecer se não tomo certas medidas para as prevenir.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
6.	Se não faço as coisas de uma determinada forma não me sinto bem.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
7.	Tenho a sensação de que as coisas são mais ameaçadoras para mim que para as outras pessoas.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
8.	Sinto-me forçado/a a repetir ou prolongar atividades ou tarefas até achar que estão completamente bem, ou completamente corretas.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

9.	Há coisas concretas à minha volta, que poderiam magoar-me ou magoar as pessoas que são importantes para mim.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
10.	As atividades rotineiras ocupam-me mais tempo do que deveriam, porque não me parece que estejam perfeitamente acabadas.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
11.	Há algumas consequências que me assustam mais do que à maioria das pessoas.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
12.	Perco muito tempo a tentar que as coisas fiquem “completamente corretas”.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
13.	Parece que ando à procura dos perigos das situações.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
14.	Não existe nada como a sensação que tenho quando por fim completo algo de forma satisfatória.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
15.	Tenho medos que gostaria de ignorar, mas não consigo.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
16.	Sou muito picuinhas acerca do aspeto ou aparência que as coisas devem ter, ou como se devem fazer.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
17.	Não posso evitar pensar nas coisas más que poderiam acontecer.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
18.	Demoro muito tempo até me sentir seguro/a acerca de certas coisas.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
19.	Há situações e coisas que me causam tanto medo que gostaria de poder evitá-las completamente.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
20.	Sei que fiz algo bem, quando tenho uma determinada sensação interior.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

Anexo F

Skin Picking Scale – Revised (SPS-R)

SPS-R

Para cada item, escolha a afirmação que melhor descreve a semana passada. Se tem tido altos e baixos, tente estimar uma média da semana passada. Por favor certifique-se de ler todas as respostas em cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1- Com que frequência sente o impulso de escoriar a sua pele?

- 1 Sem impulsos.
- 1 Leve, ocasionalmente experimento impulsos de escoriar a pele, menos de 1h/dia.
- 2 Moderada, frequentemente experimento impulsos de escoriar a pele, entre 1h a 3h/dia.
- 3 Severa, muito frequentemente experimento impulsos de escoriar a pele, mais de 3h e até 8h/dia.
- 4 Extrema, constantemente ou quase sempre tenho um impulso de escoriar a pele.

2- Quão intenso ou forte é o seu desejo de escoriar a sua pele?

- 0 Mínimo ou nenhum.
- 2 Leve.
- 3 Moderada.
- 4 Severa.
- 5 Extrema.

3- Quanto tempo passa a escoriar a sua pele por dia?

- 1 Nenhum.
- 2 Pouco, passo menos de 1h/dia a escoriar a minha pele, ou escoriar a pele ocasionalmente.
- 3 Moderado, passo entre 1h a 3h/dia a escoriar a minha pele.
- 4 Muito, passo mais de 3h e até 8h/dia a escoriar a minha pele, ou escoriar a pele muito frequentemente.
- 5 Extremo, passo mais de 8h/dia a escoriar a minha pele, ou escoriar a pele quase constante.

4- Quanto controlo tem sobre o comportamento de escoriar a sua pele? Até que ponto consegue parar de escoriá-la?

- 1 Controlo completo. Eu sou sempre capaz de me impedir a mim mesmo de escoriar a minha pele.
- 2 Muito controlo. Eu sou habitualmente capaz de me impedir a mim mesmo de escoriar a minha pele.
- 3 Algum controlo. Eu sou algumas vezes capaz de me impedir a mim mesmo de escoriar a minha pele.
- 4 Pouco controlo. Eu sou raramente capaz de me impedir a mim mesmo de escoriar a minha pele.
- 5 Nenhum controlo. Eu nunca sou capaz de me impedir a mim mesmo de escoriar a minha pele.

5- Quanto mal-estar emocional (ansiedade/preocupação, frustração, depressão, desesperança ou sentimentos de baixa autoestima) experimenta devido a escoriar a sua pele?

- 1 Nenhum mal-estar emocional de escoriar.
- 2 Leve, apenas um ligeiro mal-estar emocional do meu escoriar. Ocasionalmente sinto mal-estar emocional devido a escoriar, mas só num pequeno grau.
- 3 Moderado, uma boa quantidade de mal-estar emocional do meu escoriar. Frequentemente sinto mal-estar emocional devido ao meu escoriar.
- 4 Severo, uma grande quantidade de mal-estar emocional. Eu quase sempre sinto mal-estar emocional devido ao meu escoriar.
- 5 Extremo, mal-estar emocional constante. Eu sinto mal-estar emocional constante e não tenho esperança de isso mudar.

6- Em que medida escoriar a sua pele interfere com o seu funcionamento social, trabalho ou desempenho de papéis?

(Se atualmente não trabalha, determine em que medida o seu desempenho seria afetado se estivesse empregado).

- 1 Nada.
- 2 Levemente, ligeira interferência com as atividades ocupacionais ou sociais, mas desempenho geral não prejudicado.

- 3 Moderadamente, interferência definida no desempenho ocupacional ou social, mas ainda manejável.
- 4 Severamente, causa prejuízo substancial no desempenho ocupacional ou social.
- 5 Extremamente, é incapacitante.

7- Tem evitado fazer alguma coisa, ido a algum lugar ou estar com alguém devido ao seu problema de escoriar a sua pele? Se sim, então em que medida tem evitado?

- 1 Nada.
- 2 Leve, evitamento ocasional em ambientes ocupacionais ou sociais.
- 3 Moderado, evitamento frequente em ambientes ocupacionais ou sociais.
- 4 Severo, evitamento muito frequente em ambientes ocupacionais ou sociais.
- 5 Extremo, evitamento de todos os ambientes sociais e laborais como resultado de escoriar/arranhar a pele.

8- Quanto dano na pele tem atualmente devido a escoriá-la? Apenas considere o dano produzido pelo comportamento de escoriar.

- 1 Nenhum (sem dano na pele de escoriar).
- 2 Leve (dano ligeiro na forma de pequenas crostas, feridas, arranhões, etc.) O dano cobre uma área muito pequena e não há tentativas feitas para cobrir ou tratar o dano.
- 3 Moderado (cicatrizes, crostas ou pequenas feridas abertas visíveis ($< 1\text{cm}$ de diâmetro). O escoriar resulta em tentativas de cobrir ou tratar o dano com remédios caseiros (e.g. curativos, cremes, pomadas) que não requerem assistência médica.
- 4 Severo (grandes cicatrizes, crostas ou feridas abertas ($> 1\text{cm}$ de diâmetro), áreas infetadas e/ou pele visivelmente desfigurada. O escoriar resulta em tentativas extensas para cobrir o dano e pode requerer tratamento periódico por um profissional médico (e.g. medicamentos de prescrição, dermabrasão, etc.).
- 5 Extremo (grandes feridas abertas ou crateras, sangramento frequente, vastas áreas cicatrizadas. O dano pode requerer cobertura extensa e intervenção médica (e.g. cirurgia plástica, pontos, hospitalização, etc.).

Anexo G

Trichotillomania Symptom Severity Scale (NIMH-TSS)

Anexo G. Trichotillomania Symptom Severity Scale (NIMH-TSS)

NIMH-TSS

1. Num dia normal, na semana passada, quanto tempo passou a arrancar cabelo/pelo?

Nenhum _____ < 15 min. _____ 16-30 min. _____

31-60 min. _____ 1-2 hrs. _____ 2+ hrs. _____

Que cabelo/pelo puxou esta semana?

Couro cabeludo / cabeça _____ Braço / perna / corpo _____

Sobrancelha _____ Púbico _____

Pestana _____ Outro _____

2. Quanto tempo passou a arrancar cabelo e/ou pelo ontem?

Nenhum _____ < 15 min. _____ 16-30 min. _____

31-60 min. _____ 1-2 hrs. _____ 2+ hrs. _____

3. Quais foram os pensamentos ou sentimentos que antecederam o episódio de arrancar?

a. Senti-me ansioso e isso acalmou-me. _____

b. Senti-me impelido a arrancar e reagi a esse impulso. _____

c. Tive um pensamento problemático e o ritual / hábito de arrancar tornou o pensamento “ok”. _____

d. Outro. _____

4. Tentou resistir ao impulso de arrancar?

NÃO _____ :

- a. Demasiado esforço para resistir. _____
- b. Anteriormente incapaz de resistir, então não tentei. _____
- c. Não pensei sobre resistir. _____
- d. Outro. _____

SIM _____:

- a. Resisti com sucesso ao impulso de arrancar. _____
- b. Moderadamente bem-sucedido em resistir ao impulso de arrancar. _____
- c. Sucesso limitado em resistir ao impulso de arrancar. _____
- d. Malsucedido em resistir ao impulso de arrancar. _____

5. Quanto se sente incomodado por esta compulsão / hábito?

0	1	2	3	4	5
De modo nenhum					Muitíssimo

6. Em que medida o comportamento de arrancar o cabelo/pelo interfere com a sua vida cotidiana?

7.

0	1	2	3	4	5
Nada					Muitíssimo

Em que aspetos?

Resulta numa aparência resultante embaraçosa ou que o/a impede de realizar atividades. _____

Interferência devido ao tempo gasto. _____

Outro. _____

Anexo H

Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ)

BDDQ

Por favor, leia cada pergunta cuidadosamente e escolha a resposta que mais se adequa ao seu caso.

- | | | |
|---|-----------------------|-----------------------------|
| 1. Está preocupado com a sua aparência física? | Sim | Não |
| 2. Se a resposta for sim: pensa muito sobre os seus problemas de aparência e gostaria de pensar menos neles? | Sim | Não |
| 3. A sua preocupação com a aparência incomoda-o com frequência? | Sim | Não |
| 4. A preocupação com a sua aparência física interferiu com fazer coisas com os seus amigos, sair, relacionar-se com outras pessoas ou com as suas atividades sociais com frequência? | Sim | Não |
| 5. A preocupação com a sua aparência física gerou algum problema na universidade, trabalho ou outras atividades? | Sim | Não |
| 6. Há coisas que evita devido à sua aparência física? | Sim | Não |
| 7. Num dia normal, quanto tempo leva a pensar na sua aparência?

(some todo o tempo que leva no total de um dia e depois selecione uma das seguintes opções) | | |
| (a) Menos de 1 hora por dia | (b) 1-3 horas por dia | (c) Mais de 3 horas por dia |

Anexo I

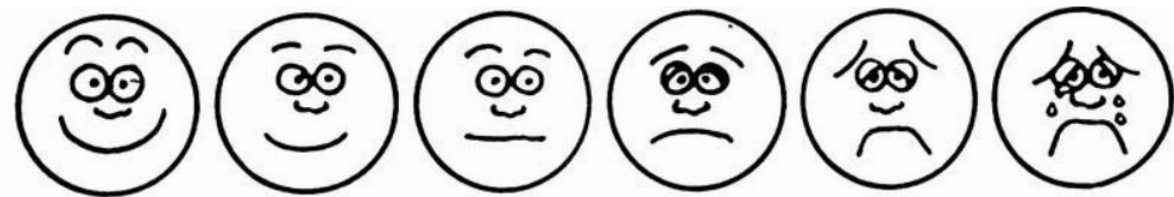
Escala de Faces (EF)

Anexo I. Escala de Faces (EF)

EF

Por favor indique como se sente NESTE MOMENTO:

0	1	2	3	4	5
Muito alegre	Alegre	Um pouco alegre	Um pouco triste	Triste	Muito triste



Anexo J

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

Anexo J. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

PANAS

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra.

Indique em que medida sentiu cada uma das emoções, agora, ou seja, neste momento:

1 Nada ou Muito Ligeiramente

2 Um Pouco

3 Moderadamente

4 Bastante

5 Extremamente

___ Perturbado

___ Atormentado

___ Amedrontado

___ Assustado

___ Irritado

___ Nervoso

___ Trémulo

___ Culpado

___ Repulsa

___ Remorsos

APÊNDICES

Apêndice A

Caraterização Sociodemográfica

Apêndice A. Caracterização Sociodemográfica

	Grupo Experimental		Grupo de Controlo		Total
	n	%	n	%	%
Género					
Masculino	24	48	28	56	52
Feminino	26	52	22	44	48
Naturalidade					
Algarve	27	54	21	42	48
Alentejo	9	18	4	8	13
Lisboa e Vale do Tejo	4	8	12	24	16
Coimbra e Centro	7	14	5	10	12
Porto e Norte	0	0	2	4	2
Madeira	1	2	0	0	1
Venezuela	1	2	1	2	2
Canadá	0	0	1	2	1
Alemanha	1	2	1	2	2
Angola	0	0	1	2	1
Rússia	0	0	2	4	2
Nacionalidade					
Portuguesa	50	100	50	100	100
Local de residência					
Barlavento Algarvio	28	56	25	50	53
Sotavento Algarvio	8	16	9	18	17
Alentejo	4	8	1	2	5
Lisboa e Vale do Tejo	7	14	15	30	22
Coimbra e Zona Centro	2	4	0	0	2
Alemanha	1	2	0	0	1

Estado Civil					
Solteiro(a)	33	66	26	52	59
União de facto/Casado(a)	14	28	19	38	33
Divorciado(a)/Separado(a)	3	6	4	8	7
Viúvo(a)	0	0	1	2	1
Habilitações literárias					
Ensino secundário completo (12º ano de escolaridade)	18	36	19	38	37
Curso de especialização tecnológica (ensino pós-secundário não superior)	8	16	10	20	18
Licenciatura	21	42	15	30	36
Pós-graduação	3	6	3	6	6
Mestrado	0	0	3	6	3
Profissão					
Comércio	14	28	16	32	30
Técnico Profissional	3	6	4	8	7
Estudante	7	14	5	10	12
Informática e Telecomunicações	10	20	5	10	15
Hotelaria e Turismo	5	10	3	6	8
Empresário	2	4	2	4	4
Gestão e Finanças	0	0	4	8	4
Profissional de Saúde	1	2	2	4	3
Desporto e Atividade Física	1	2	0	0	1
Artes e Espetáculo	1	2	0	0	1
Função Pública	2	4	5	10	7
Educação	2	4	2	4	4
Profissional Liberal	1	2	1	2	2
Comunicação	1	2	1	2	2

Situação Profissional					
Estudante a tempo inteiro	5	10	3	6	8
Trabalhador(a)-estudante	9	18	8	16	17
Trabalhador(a) por conta de outrem	29	58	32	64	61
Trabalhador(a) por conta própria	6	12	6	12	12
Desempregado(a)	1	2	1	2	2
Perturbação psicológica nos últimos 6 meses					
Sim	0	0	0	0	0
Não	50	100	50	100	100
Tratamento psicológico/psiquiátrico atual					
Sim	0	0	0	0	0
Não	50	100	50	100	100
Familiar com perturbação de tiques ou relacionada					
Sim	0	0	0	0	0
Não	50	100	50	100	100

Apêndice B

Consentimento Informado

Consentimento Informado

A presente investigação está a ser desenvolvida no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais pela aluna Mariline Bôto, sob a orientação científica da Prof^a Doutora Antónia Ros. O seu objetivo é estudar como nos sentimos diante de certas tarefas.

Poderão participar nesta investigação indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos que se disponibilizem de modo voluntário para o fazer. Se concordar em colaborar, iremos pedir-lhe numa primeira fase para preencher questionários e efetuar um teste; já numa segunda fase terá de preencher mais alguns questionários e realizar uma tarefa de memória.

A informação recolhida será de natureza confidencial e o seu tratamento servirá somente fins científicos.

A sua participação é fundamental, no sentido de poder auxiliar a uma melhor compreensão dos mecanismos subjacentes ao desenvolvimento e manutenção de determinados sintomas psicológicos e possibilitar uma ampliação do conhecimento científico nessa área.

Salientamos que a sua participação é inteiramente voluntária e que pode interrompê-la a qualquer altura. Para tal, deverá fechar a página onde está a fornecer as respostas e toda a informação será eliminada de forma automática. A informação será enviada somente com o preenchimento de toda a informação requerida.

Se tiver alguma dúvida, envie, por favor, um e-mail para mariline-boto@outlook.com
Agradecemos desde já a sua colaboração.

Apêndice C

Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Dados sociodemográficos

1. Idade: ____ anos

2. Género:

Masculino

Feminino

3. Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

4. Local de residência (indique apenas o concelho): _____

5. Estado civil:

Solteiro(a)

União de facto/Casado(a)

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

6. Habilitações literárias:

1º ciclo completo (4º ano de escolaridade)

2º ciclo completo (6º ano de escolaridade)

3º ciclo completo (9º ano de escolaridade)

Ensino secundário completo (12º ano de escolaridade)

Curso de especialização tecnológica (ensino pós-secundário não superior)

Licenciatura

Pós-graduação

- Mestrado
- Doutoramento

7. Profissão: _____

8. Situação profissional:

- Estudante a tempo inteiro
- Trabalhador(a)-estudante
- Trabalhador(a) por conta de outrem
- Trabalhador por conta própria
- Desempregado(a)
- Reformado(a)

Dados clínicos

1. Nos últimos seis meses sofreu ou sofre atualmente de alguma perturbação psicológica que requeira atenção especializada?

- Sim. Qual? _____
- Não

2. De momento está a realizar algum tratamento psicológico/psiquiátrico?

- Sim.
- Não

3. Tem algum familiar a quem tenha sido diagnosticada perturbação de tiques ou relacionada?

- Sim. Qual? _____
- Não

Apêndice D

Teste dos Cubos de Corsi – Versão Online

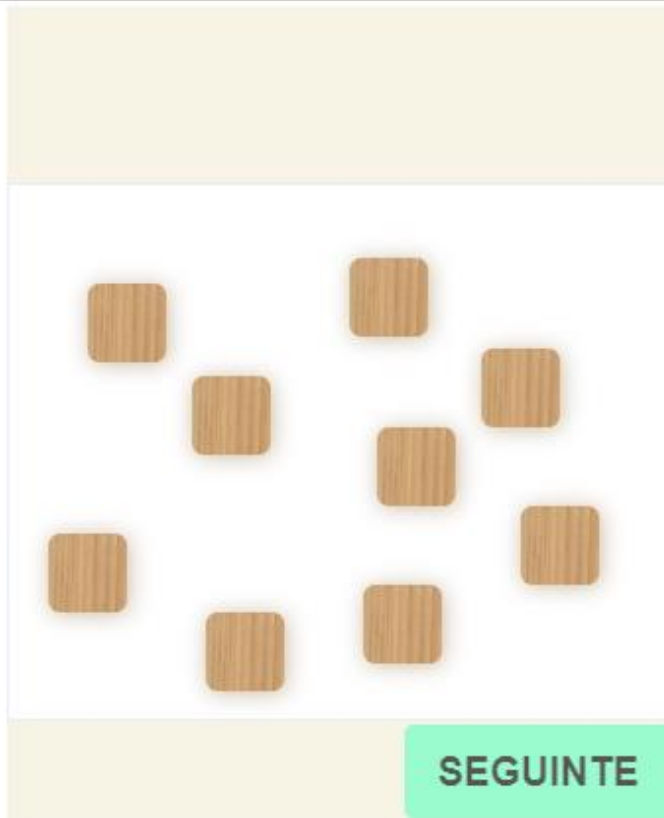
Neste teste, irão surgir 9 blocos. Em cada ensaio, alguns dos blocos irão acender a amarelo, um de cada vez, numa sequência. Lembre-se da sequência. Quando a sequência tiver terminado, escolha os blocos **NA MESMA ORDEM QUE FORAM APRESENTADOS** e carregue em "seguinte".

À medida que for avançando no teste, o comprimento das sequências irá aumentar.

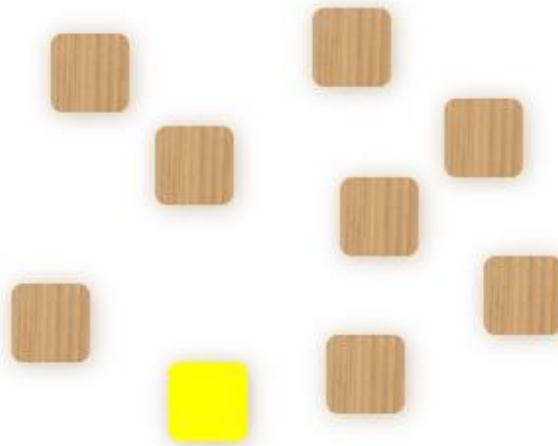
Introduza o número de participante e quando estiver preparado, carregue em "iniciar teste".

Nº de Participante:

INICIAR TESTE

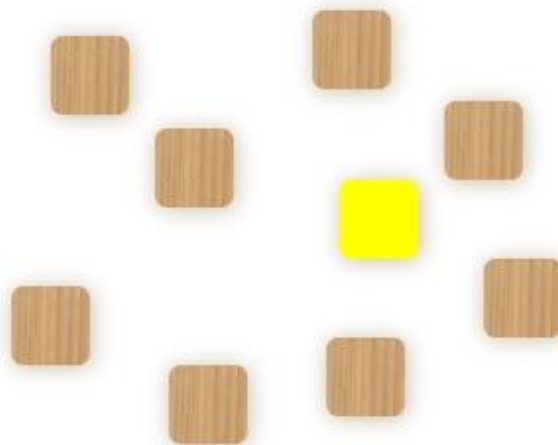


A mostrar sequência.



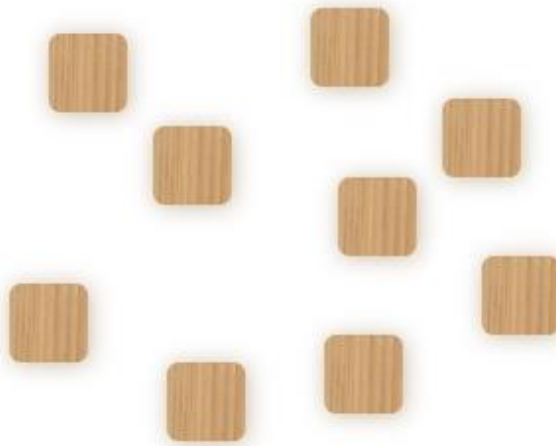
SEGUINTE

A mostrar sequência.



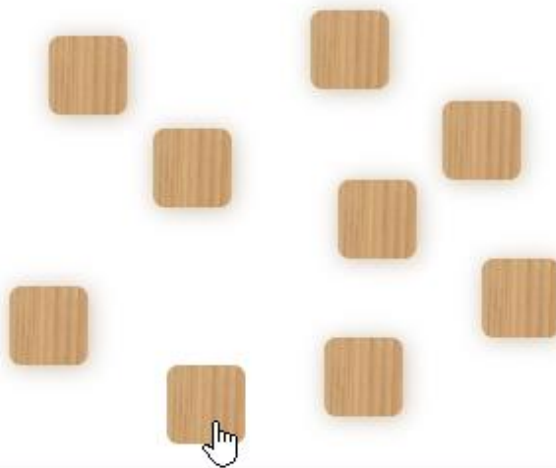
SEGUINTE

Repita a sequência.



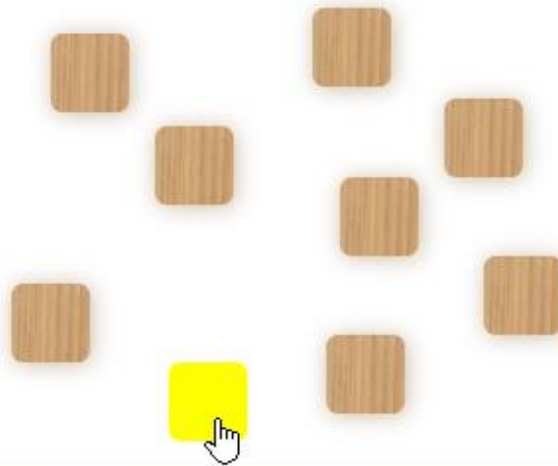
SEGUINTE

Repita a sequência.



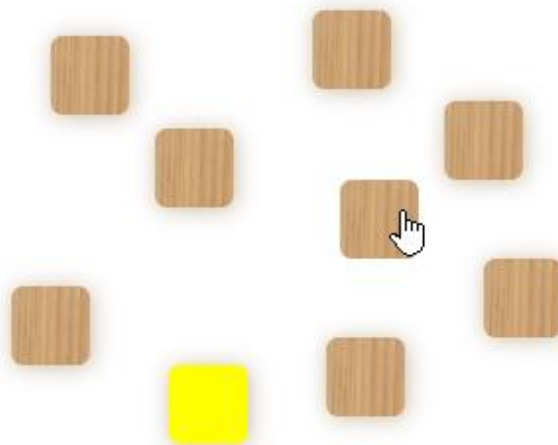
SEGUINTE

Repita a sequência.



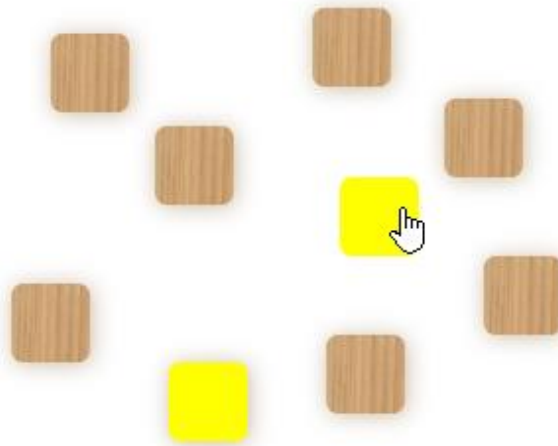
SEGUINTE

Repita a sequência.



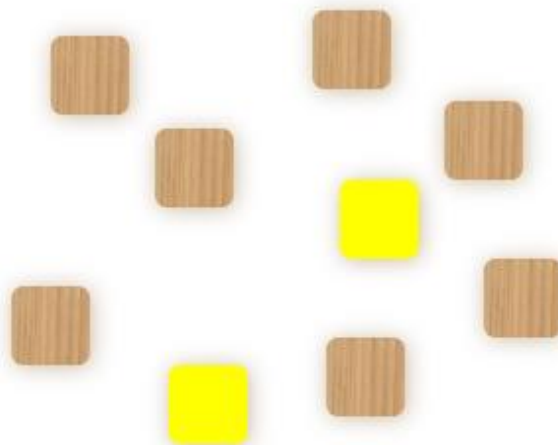
SEGUINTE

Repita a sequência.



SEGUINTE

Repita a sequência.



SEGUINTE

Terminou o teste.

Pode voltar ao formulário.

TERMINAR

Apêndice E

Questionário sobre Onicofagia

Questionário sobre Onicofagia

Por favor, leia cada pergunta com atenção e escolha a resposta que se adequa ao seu caso.

1. Costuma roer as unhas? Sim Não

2. Se a resposta for SIM,

a. indique com que frequência as roí:

1. Menos do que diariamente.
2. Diariamente, menos do que 30 mins.
3. Diariamente, entre 30 mins a 1h.
4. Diariamente, mais de 1h.

b. indique em que situações as roí:

1. Em qualquer situação.
2. Enquanto espera por algo/alguém.
3. Quando vê TV ou internet.
4. Quando está aborrecido.
5. Quando está nervoso(a) /ansioso(a).

c. Antes de roer as unhas já reparou se costuma realizar alguma das seguintes ações?

1. Realiza uma inspeção visual das unhas à procura de alguma falha, saliência ou imperfeição?
2. Toca com os dedos as unhas à procura de alguma falha, saliência ou imperfeição?
3. Uma vez que coloca as unhas na boca, tateia-as com a língua à procura de alguma saliência ou imperfeição?

4. Uma vez que coloca as unhas na boca, tasteia-as com os dentes à procura de alguma saliência ou imperfeição?
 - d. Uma vez que começa a roer as unhas:
 1. Tenta acertar as falhas, saliências ou imperfeições detetadas.
 2. Tira apenas um bocadinho de unha e consegue parar.
 3. Vai tirando pequenos bocados de unha, mas consegue parar antes de causar dor.
 4. Só para quando o dedo fica a doer.
 5. Para sem se aperceber do porquê.
3. O seu comportamento de roer as unhas tem causado danos observáveis ou sofrimento significativo? Sim Não
4. Tem algum familiar de primeiro grau que roa as unhas frequentemente? Sim
Não

Apêndice F

Tarefa Experimental – Grupo Experimental

Nº de Participante:

INICIAR TAREFA

- No diapositivo seguinte encontrará as **instruções da tarefa** que vai realizar, leia-as atentamente.
- Nestes primeiros 4 diapositivos poderá carregar na **seta** para avançar para o diapositivo seguinte, depois de os ler com a devida atenção.
- Os diapositivos seguintes irão transitar de modo **automático**: cada um tem um tempo **predeterminado**. **Deverá fechar a janela somente quando lhe for informado que pode voltar ao formulário.**



- Em seguida será apresentado um **cenário ou situação imaginária** que deve ler. Aparecerá depois um novo diapositivo com umas listas de objetos.
- Uma vez que surja o diapositivo com as listas, dispõe de um **tempo limitado e suficiente** para **memorizar** o maior número de objetos possível.
- Depois aparecerá um diapositivo, no qual deverá **escrever** nos campos de texto todos os objetos que recorde, durante um **tempo limitado (até surgir a indicação que o tempo acabou)**.



- É de grande importância que esteja num ambiente **calmo e sem distrações**, para que consiga estar devidamente **concentrado(a)** para a realização desta **tarefa de memória**.
- Por favor tente mesmo memorizar **todas** as palavras.



Situação imaginária

Imagine que lhe é comunicado que a próxima reunião na qual irão ser tomadas **decisões importantes** para o **futuro** da sua empresa será realizada no seu escritório.

Para além de um grupo de colegas, estará presente o seu **chefe**, que é uma pessoa que **valoriza** muito a **arrumação** no ambiente de trabalho. Por essa razão, deve **arrumar** o seu espaço de trabalho.



Memorize os seguintes objetos.

Tem um tempo limitado e suficiente para memorizar as listas de palavras. **Não atualize a página**, pois o diapositivo avançará automaticamente após o tempo terminar.

MOBILIÁRIO

Estante
Cadeiras
Cabide
Secretária

MATERIAL

Agrafador
Clipes
Esferográficas
Folhas

OUTROS OBJETOS

Calendário
Caixote do lixo
Cortinas
Fotografias

Preencha os campos com as palavras que teve de memorizar do diapositivo anterior. Todos os campos são **obrigatórios**.

Preencha os campos com as palavras que teve de memorizar do diapositivo anterior. Todos os campos são **obrigatórios**.

Cadeia	Amor fofos
Secre	
Clipe	
Cabide	Tomás
Calendário	C

O tempo acabou.

Pode voltar ao formulário.

Apêndice G

Tarefa Experimental – Grupo de Controlo

Nº de Participante:

INICIAR TAREFA

- No diapositivo seguinte encontrará as **instruções da tarefa** que vai realizar, leia-as atentamente.
- Nestes primeiros 4 diapositivos poderá carregar na **seta** para avançar para o diapositivo seguinte, depois de os ler com a devida atenção.
- Os diapositivos seguintes irão transitar de modo **automático**: cada um tem um tempo **predeterminado**. **Deverá fechar a janela somente quando lhe for informado que pode voltar ao formulário.**



- Em seguida será apresentado um **cenário ou situação imaginária** que deve ler. Aparecerá depois um novo diapositivo com umas listas de objetos.
- Uma vez que surja o diapositivo com as listas, dispõe de um **tempo limitado e suficiente** para **memorizar** o maior número de objetos possível.
- Depois aparecerá um diapositivo, no qual deverá **escrever** nos campos de texto todos os objetos que recorde, durante um **tempo limitado (até surgir a indicação que o tempo acabou)**.



- É de grande importância que esteja num ambiente **calmo e sem distrações**, para que consiga estar devidamente **concentrado(a)** para a realização desta **tarefa de memória**.
- Por favor tente mesmo memorizar **todas** as palavras.



Situação imaginária

Imagine que lhe é comunicado que a próxima reunião na qual irão ser tomadas **decisões importantes** para o **futuro** da sua empresa será realizada no seu escritório.

Para além de um grupo de colegas, estará presente o seu **chefe**, que é uma pessoa que **valoriza** muito a **arrumação** no ambiente de trabalho. Por essa razão, deve **arrumar** o seu espaço de trabalho.



Memorize os seguintes objetos.

Tem um tempo limitado e suficiente para memorizar as listas de palavras. **Não atualize a página**, pois o diapositivo avançará automaticamente após o tempo terminar.

MOBILIÁRIO

Estante
Cadeiras
Cabide
Secretária

MATERIAL

Agrafador
Clipes
Esferográficas
Folhas

OUTROS OBJETOS

Calendário
Caixote do lixo
Cortinas
Fotografias

Preencha os campos com as palavras que teve de memorizar do diapositivo anterior. Todos os campos são **obrigatórios**.

Preencha os campos com as palavras que teve de memorizar do diapositivo anterior. Todos os campos são **obrigatórios**.

Cadeias	Arquivos
Secretaria	
Clipes	
Cabideiros	Fontes
Calendário	Caixote do lixo
Fotografias	Cortinas

O tempo acabou.

Pode voltar ao formulário.

Apêndice H

Questionário Pós-Tarefa

Questionário Pós-Tarefa

Durante a TAREFA DE RECORDAÇÃO que acaba de realizar, ou imediatamente após a sua realização, pode ter tido ou notado algumas das seguintes SENSACIONES.

Indique por favor a intensidade com que experimentou cada uma delas, utilizando esta escala.

0	1	2	3	4	5	6
Nada	Algo	Um pouco	Moderada	Bastante	Muita	Muitíssima

1.	O impulso para continuar a tarefa quando leu "O tempo acabou".	0	1	2	3	4	5	6
2.	Um desconforto físico interno enquanto tentava recordar as palavras.	0	1	2	3	4	5	6
3.	Um desconforto físico interno quando leu "O tempo acabou".	0	1	2	3	4	5	6
4.	Desconforto físico durante a tarefa, ao ponto de precisar de fazer algo repetidamente para se sentir melhor (e.g. verificar as palavras que acabaram de ser escritas, dizer a si mesmo que a tarefa não era importante, etc.).	0	1	2	3	4	5	6
5.	Desconforto físico quando leu "O tempo acabou", ao ponto de precisar de fazer algo repetidamente para se sentir melhor (e.g. verificar mentalmente as palavras que escreveu, imaginar escrever o resto das palavras, dizer a si mesmo que a tarefa não era importante, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
6.	Uma sensação física desagradável (sensação de calor ou frio, tensão muscular, desconforto no estômago, ligeiro tremor nas mãos, pernas, pálpebras...) enquanto tentava recordar as palavras.	0	1	2	3	4	5	6
7.	Uma sensação física desagradável (sensação de calor ou frio, tensão muscular, desconforto no estômago, ligeiro tremor nas mãos, pernas, pálpebras...) quando leu "O tempo acabou".	0	1	2	3	4	5	6

8.	Precisou de fazer ou dizer algo repetidamente ao tentar lembrar as palavras (e.g. levantar-se, mover as pernas, bater no chão ou na mesa, cantarolar, assobiar ...).	0	1	2	3	4	5	6
9.	Precisou de fazer ou dizer algo repetidamente quando leu "O tempo acabou" (e.g. levantar-se, mover as pernas, bater no chão ou na mesa, cantarolar, assobiar ...).	0	1	2	3	4	5	6
10.	Durante a tarefa de recordação, teve a sensação de que algo que estava a fazer não parecia estar da forma como deveria, ou que tinha de fazer as coisas de uma certa forma para sentir certo? (e.g. as palavras não lhe pareciam estar exatamente da forma que queria, que a forma como estava a escrever não parecia certa, ou que a ordem das palavras não soou certa, etc.)	0	1	2	3	4	5	6
11.	Quando leu "O tempo acabou", teve a sensação de que algo que acabou de fazer não pareceu estar da forma que você queria, ou que não parecia certo?	0	1	2	3	4	5	6
12.	Durante a tarefa de recordação, sentiu necessidade de verificar ou de se certificar repetidamente que estava a fazê-la bem?	0	1	2	3	4	5	6

13. Da lista anterior, a sensação MAIS DESAGRADÁVEL foi a número _____

14.	Em que medida você continua a tê-la?	0	1	2	3	4	5	6
------------	--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

15. Da lista anterior, a sensação MAIS INTENSA foi a número _____

16.	Em que medida você continua a tê-la?	0	1	2	3	4	5	6
------------	--------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---

Agora centre-se unicamente nessas DUAS SENSACÕES e responda às seguintes perguntas (se coincidir que seja a mesma sensação em ambos os casos, responda unicamente às perguntas 17 a 21):

0	1	2	3	4	5	6
Nada			Moderado			Extremo

		A sensação MAIS DESAGRADÁVEL causou-me								A sensação MAIS INTENSA causou-me						
		0	1	2	3	4	5	6		0	1	2	3	4	5	6
17.	Mal-estar								22.							
18.	Irritação, zanga								23.							
19.	Frustração								24.							
20.	Nervos, ansiedade								25.							
21.	Dificuldade de eliminá-la/ controlá-la								26.							

Por favor responda às seguintes perguntas:

27. A tarefa pareceu-lhe difícil?

0	1	2	3	4	5	6
Nada	Algo	Um pouco	Moderada	Bastante	Muito	Muitíssimo

28. Pensa que fez bem a tarefa?

0	1	2	3	4	5	6
Não	Algo	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muito bem	Extremamente bem

29. Considera que a poderia ter feito melhor com mais tempo?

0	1	2	3	4	5	6
Não	Algo melhor	Um pouco melhor	Moderadamente melhor	Bastante melhor	Muito melhor	Perfeitamente