

**DANIELA ALEXANDRA JESUS COSTA**

***Pensamentos Intrusivos desagradáveis:***

*Frequência, avaliação e estratégias para os controlar.*



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

**2016**



**DANIELA ALEXANDRA JESUS COSTA**

***Pensamentos Intrusivos desagradáveis:***

*frequência, avaliação e estratégias para os controlar.*

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Antonia María Jiménez  
Ros



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

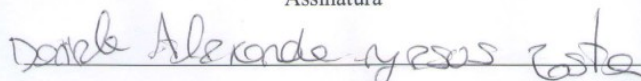
**2016**

**Pensamentos intrusivos desagradáveis: frequência, avaliações e estratégias para os controlar**

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



(Daniela Alexandra Jesus Costa)

«Copyright» em nome de Daniela Alexandra Jesus Costa

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



## **Agradecimentos**

É com grande orgulho que chego ao fim desta importante etapa. Queria, por isso, destacar o meu agradecimento a algumas pessoas que, direta ou indiretamente proporcionaram a concretização da conclusão da presente dissertação.

Em primeiro lugar, à professora Antónia Ros, que como orientadora desta dissertação, desde o início, me ajudou no desenvolvimento de todo o processo, a encontrar as melhores soluções para os obstáculos que foram surgindo e fornecendo-me apoio e motivação em todas as palavras expressas.

Aos meus pais e irmãos, por todo o apoio dado, por, estarem sempre presentes e prontos para me ajudar no que pudessem, apoiando as minhas decisões e festejando as vitórias comigo.

Aos meus amigos, em especial, à Tatiana, ao David, à Iolanda e à Raquel, por todas as palavras de encorajamento e todos os momentos de maior “desespero” partilhados.

Queria ainda deixar o meu agradecimento a todos aqueles que preenchendo o QUPIDES tornaram a recolha da amostra necessária possível.

A todos, muito obrigada!

## Resumo

A partir do estudo e dos modelos cognitivo-comportamentais da perturbação obsessivo-compulsiva, têm sido desenvolvidas teorias sobre a prevalência dos pensamentos intrusivos na população não-clínica e da sua importância no desenvolvimento e manutenção da POC (Rachman, 2014; Rachman e de Silva, 1978). Destes modelos, postulou-se a possibilidade da existência de um contínuo entre normalidade-patologia (Clark & Inozu, 2014). Esta questão tem sido alargada ao estudo de outras perturbações mentais, que assumem a possibilidade de continuidade entre pensamentos intrusivos “normais” e pensamentos intrusivos “patológicos”. Como é o caso da perturbação dismórfica corporal (Veale, 2001), das perturbações alimentares (Williamson, White, York-Crowe & Stewart 2004) e da perturbação de ansiedade em relação à saúde (Abramowitz, Olatunji, e Deacon, 2007).

O objetivo principal desta investigação foi explorar e descrever os pensamentos intrusivos de carácter obsessivo, dismórfico, alimentar e de ansiedade na saúde, na população não clínica portuguesa, assim como a forma como estes indivíduos avaliam estas intrusões e as estratégias que utilizam para as controlar.

Participaram nesta investigação 312 indivíduos da população não clínica com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. A maioria dos participantes (69.7%) eram mulheres. Após a obtenção do consentimento informado, os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e ao Questionário de Pensamentos Intrusivos Desagradáveis (QUPIDES),

Os resultados principais mostraram que a maioria (94,6%) dos participantes reconheceu ter experimentado alguma vez na vida intrusões dos quatro tipos de conteúdos avaliados. O pensamento foi a forma de manifestação mais frequente dos quatro conteúdos de intrusões.

Os conteúdos de intrusões mais frequentemente experimentados e considerados mais incómodos foram os obsessivos. As intrusões relacionadas com a saúde provocaram mais medo do que as restantes. Quanto ao humor, as intrusões obsessivas foram as que provocaram menos tristeza e as dismórficas as que provocaram mais. As intrusões obsessivas causaram uma maior interferência no pensamento do que os outros conteúdos e as alimentares menos.

Na comparação dos quatro conteúdos, na realização de avaliações disfuncionais e utilização de estratégias de controlo, as intrusões obsessivas foram as avaliadas como mais disfuncionais e nas que foram utilizadas mais estratégias de controlo. Pelo contrário as intrusões alimentares foram as avaliadas como menos disfuncionais e foram empregues menos estratégias de controlo.

**Palavras-Chave:** Pensamentos intrusivos, intrusões, obsessões, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação dismórfica corporal, perturbações alimentares, perturbação de ansiedade na saúde, contínuo.

## **Abstract**

From the study and cognitive-behavioral models of obsessive-compulsive disorder have been developed theories about the prevalence of intrusive thoughts in non-clinical population and its importance in the development and maintenance of OCD (Rachman, 2014; Rachman e de Silva, 1978). These models helped postulate the existence of a continuum between normalcy and pathology (Clark & Inozu, 2014). This question has been extended to the study of other mental disorders that, taking in consideration the cognitive-behavioral models, have also considered the possibility of a continuum between normal intrusive thoughts and pathological intrusive thoughts, as is the case in body dysmorphic disorder (Veale, 2001), eating disorders (Williamson, White, York-Crowe & Stewart 2004) and anxiety disorder pertaining to health issues (Abramowitz, Olatunji, and Deacon, 2007).

This investigation's main objective was to explore and to describe the intrusive thoughts pertaining to obsessive behaviors, body dysmorphia, anxiety and health in a non-clinical portuguese population, as well as the way as these individuals evaluate these intrusions and what strategies they use to control them.

In this investigation there was a total of 312 individuals that were part of the non-clinical population, with ages between 18 and 65. A majority of the participants were female (69,7%). After providing their informed consent, the participants answered a sociodemographic questionnaire, as well as the questionnaire about unpleasant intrusive thoughts.

The results show that the big majority of the participants (94,6%) acknowledged having experienced, at least once in their lives, intrusions of the four types under study. Thought was the most common manifestation of the four types of intrusions.

Obsessive-compulsive intrusions were the ones most commonly experienced, and they were also considered the most bothersome. Health-related intrusions caused more fear than any of the others. In terms of mood, obsessive intrusions were the ones that lead to less sadness, and dysmorphic to more. Obsessive intrusions caused a bigger amount of interference on thought than the other types of intrusion, and food related intrusions caused the smallest.

When comparing the four types of intrusions, and taking into consideration the evaluation of the intrusions and the strategies used, the obsessive intrusions were rated as more dysfunctional, and they were also the ones where a bigger number of strategies to control said intrusions were used. On the contrary, food-related intrusions were rated as less dysfunctional and warranted a lesser amount of control strategies.

**Key-Words:** Intrusive thoughts, intrusions, obsessions, obsessive-compulsive disorder, body dysmorphic disorder, eating disorders, health-related anxiety disorders, continuum.

## Índice

<b>1. Introdução</b> .....	1
<b>2. Metodologia</b> .....	16
<b>2.1. Participantes</b> .....	16
<b>2.2. Instrumentos</b> .....	16
<b>2.2.1. Questionário de dados sociodemográficos elaborado para esta investigação (Anexo II)</b> .....	16
<b>2.2.2. Questionário de Pensamentos Intrusivos Desagradáveis (QUPIDES) (Anexo III)</b> .....	16
<b>2.3. Procedimentos</b> .....	17
<b>2.3.1. Recolha de dados:</b> .....	17
<b>2.3.2. Tratamento de dados</b> .....	17
<b>3. Resultados</b> .....	18
<b>3.1. Frequência de intrusões</b> .....	18
<b>3.1.1. Frequência das intrusões em função do conteúdo</b> .....	18
<b>3.1.2. Associação entre os conteúdos de intrusões com base na frequência com que se experimentam</b> .....	20
<b>3.2. Mal-estar causado pela intrusão</b> .....	21
<b>3.2.1. Mal-estar causado pela intrusão em função do conteúdo</b> .....	21
<b>3.2.2. Associação entre os conteúdos de intrusões com base no mal-estar experimentado que provocam</b> .....	22
<b>3.3. A intrusão mais desagradável</b> .....	23
<b>3.3.1. Grupo 1 – Intrusões de tipo obsessivo-compulsivas</b> .....	23
<b>3.3.2. Grupo 2: Intrusões relacionadas com o aspeto físico – dismórficas</b> .....	24
<b>3.3.3. Grupo 3: Intrusões relacionadas com a dieta e o exercício físico – Alimentares</b> 25	
<b>3.3.4. Grupo 4: Intrusões relacionadas com a saúde – Hipocondríacas</b> .....	26
<b>3.4. Emoções negativas causadas pelas intrusões mais desagradáveis</b> .....	27
<b>3.4.1. Medo</b> .....	28

3.4.2.	<i>Tristeza</i> .....	29
<b>3.5.</b>	<b>Grau de interferência</b> .....	30
<b>3.6.</b>	<b>Avaliação realizada da Intrusão mais desagradável</b> .....	30
3.6.1.	<i>Diferenças gerais na realização de avaliações disfuncionais entre os quatro conteúdos de intrusões</i> .....	30
3.6.2.	<i>Inaceitabilidade do pensamento</i> .....	31
3.6.3.	<i>Importância do pensamento intrusivo</i> .....	32
3.6.4.	<i>Importância de controlar o pensamento</i> .....	33
3.6.5.	<i>Viés fusão pensamento ação (TAF)</i> .....	33
<b>3.7.</b>	<b>Estratégias de controlo utilizadas</b> .....	34
3.7.1.	<i>Ignorar o pensamento</i> .....	34
3.7.2.	<i>Não fazer nada</i> .....	35
3.7.3.	<i>Paragem de pensamento</i> .....	36
3.7.4.	<i>Autopunição</i> .....	37
3.7.5.	<i>Neutralização</i> .....	37
3.7.6.	<i>Reaseguração/Tranquilização junto de outras pessoas</i> .....	38
<b>4.</b>	<b>Discussão dos resultados</b> .....	39
<b>5.</b>	<b>Conclusão</b> .....	50
<b>6.</b>	<b>Referências Bibliográficas</b> .....	52

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Síntese das principais crenças e estratégias disfuncionais por perturbação apresentadas na literatura.....	13
<b>Tabela 2.</b> Diferenças entre os quatro grupos na intrusão ser ou não assustadora. Resultados do Pair-Sample t Test.....	28
<b>Tabela 3.</b> Diferenças na tristeza causada pelos quatro grupos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test. ....	29
<b>Tabela 4.</b> Diferenças entre os quatro grupos na interferência causada. Resultados do Pair-Sample t-Test. ....	30
<b>Tabela 5.</b> Diferenças nos quatro conteúdos de intrusões na avaliação da inaceitabilidade do pensamento. Resultados do Pair-Sample t tes.t.....	31
<b>Tabela 6.</b> Diferenças entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões na avaliação da importância atribuída ao pensamento. Resultados do Pair-Sample t Teste.....	32
<b>Tabela 7.</b> Diferenças na atribuição de importância na necessidade de controlar o pensamento intrusivo entre os quatro conteúdos. Resultados do Pair-Sample t Test.....	33
<b>Tabela 8.</b> Diferenças na fusão pensamento-ação dos quatro conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.....	34
<b>Tabela 9.</b> Diferenças na utilização da estratégia Ignorar Pensamento entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.....	35
<b>Tabela 10.</b> Diferenças na utilização da estratégia Não fazer nada entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.....	35
<b>Tabela 11.</b> Diferenças na utilização da estratégia Não fazer nada entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.....	36
<b>Tabela 12.</b> Diferenças na utilização da estratégia Autopunição entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test. ....	37

<b>Tabela 13.</b> Diferenças na utilização da estratégia Autopunição entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test. ....	38
<b>Tabela 14.</b> Diferenças na utilização da estratégia Reasseguração/tranquilização junto de outras pessoas entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test. ....	39
<b>Tabela 15.</b> Síntese dos principais resultados encontrados no impacto emocional, avaliação e estratégias utilizadas para lidar com as intrusões mais desagradáveis a partir da comparação dos diferentes tipos de intrusões em função do conteúdo. ....	43

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Diferenças na frequência dos quatro tipos de conteúdos de intrusões (Resultados do Pair-sample t-test).....	19
<b>Figura 2.</b> Medidas de associação das frequências dos quatro conteúdos de intrusões estudadas (Coeficiente de correlação de Pearson).....	20
<b>Figura 3.</b> Diferenças no incómodo causado pelos quatro tipos de conteúdos de intrusões (Resultados do Pair-sample t-test).....	22
<b>Figura 4.</b> Medidas de associação do mal-estar produzido pelos quatro conteúdos de intrusões estudadas (Coeficiente de correlação de Pearson) .....	23
<b>Figura 5.</b> Forma de manifestação da intrusão mais desagradável do G1. ....	24
<b>Figura 6.</b> Forma de manifestação da intrusão mais desagradável do G2. ....	25
<b>Figura 7.</b> Forma de manifestação da intrusão mais desagradável do G3. ....	26
<b>Figura 8.</b> Forma de manifestação da intrusão mais desagradável do G4. ....	27
<b>Figura 9.</b> Diferenças entre os quatro tipos de intrusões no que refere às emoções negativas causadas;.....	28
<b>Figura 10.</b> Diferenças entre os quatro tipos de intrusões no que refere à realização de avaliações disfuncionais; .....	31

## **Índice de Anexos**

<b>ANEXO I.</b> Consentimento Informado .....	53
<b>ANEXO II.</b> Questionário de Dados Sociodemográficos .....	53
<b>ANEXO III.</b> QUPIDES .....	53

## **Listagem de siglas**

G1 - POC – Perturbação Obsessivo-compulsiva;

G2 - PDC – Perturbação Dismórfica Corporal;

G3 - PA – Perturbações Alimentares

G4 - PSA – Perturbação de ansiedade em relação à saúde

## 1. Introdução

As intrusões são pensamentos, imagens ou impulsos indesejados que interrompem o fluxo natural da consciência e podem interferir ou perturbar o comportamento em curso. Estas intrusões são experimentadas frequentemente pela maioria das pessoas. A interferência que causam é maioritariamente não significativa e podem geralmente ser facilmente descartadas. No entanto, se o pensamento traz significação pessoal – ou seja, se o indivíduo interpreta como sendo um pensamento pessoalmente inaceitável ou repugnante – este pode torna-se perturbador e ter uma maior probabilidade de voltar, tornando as tentativas de o controlar ou bloquear mais difíceis (Rachman, 2014).

As intrusões foram inicialmente identificadas na década de 70 no âmbito do estudo da Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) (Rachman, 2014). A POC caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões. As obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos que interrompem repetidamente a atividade mental do indivíduo. Costumam ser desagradáveis porque o seu conteúdo pode ser violento, obsceno, ou simplesmente porque são percebidas como carecendo de sentido (APA, 2013). São percebidas como pensamentos próprios, embora involuntários e, frequentemente repulsivos (OMS, 1992). Quem sofre deste tipo de eventos cognitivos, tenta, geralmente sem sucesso, rejeita-los. As compulsões realizam-se em resposta à obsessão e são comportamentos estereotipados e que se repetem uma e outra vez (OMS, 1992).

Como foi anteriormente referido, Rachman e de Silva (1978) encontraram, na população geral, intrusões indesejadas muito semelhantes, no seu conteúdo, às obsessões clínicas. Os pensamentos intrusivos diferenciam-se das obsessões em vários aspetos, nomeadamente: (a) surgiam com uma frequência muito inferior, (b) causavam muito menos incómodo quando apareciam e (c) os indivíduos apresentavam uma menor dificuldade para as controlar (Rachman e de Silva, 1978; Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo, & Carrió, 2004).

Assumiu-se a partir deste estudo, desde os modelos cognitivo-comportamentais, a hipótese da existência de um contínuo entre as intrusões indesejadas de tipo obsessivo descritas por Rachman e de Silva (1978) e as obsessões clínicas que caracterizam a perturbação obsessivo-compulsiva (Clark & Inozu, 2014).

A POC desenvolver-se-ia, de acordo com estes modelos teóricos, a partir destas intrusões, num número reduzido de sujeitos vulneráveis, devido à avaliação que estes indivíduos realizariam das mesmas e às estratégias que utilizariam para as controlar (e.g., Rachman, 1997, 1978; Salkovskis, 1985, 1999; Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo, & Carrió, 2004). Assim e, de acordo com estes modelos, a recorrência das obsessões é explicada pela interpretação mal adaptativa acerca do significado e das consequências negativas das intrusões (Rachman, 2014). Ou seja, as obsessões desenvolvem-se a partir das interpretações erradas com base em crenças metacognitivas sobre o significado dos pensamentos intrusivos. Deste modo as obsessões persistem enquanto existir essa interpretação errónea, sendo assim um fator central no desenvolvimento e manutenção da perturbação Obsessivo-compulsiva (Rachman, 1997). Por outro lado, os indivíduos recorrem a uma série de comportamentos ou cognições (compulsões ou neutralizações) com o objetivo de reduzir o mal-estar causado pela intrusão ou prevenir os efeitos indesejados da mesma. As compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais, considerados inaceitáveis, que se realizam com o objetivo de prevenir ou reduzir a ansiedade ou sofrimento causado pela presença de obsessões, não são controlados pelos indivíduos e causam elevado grau de mal-estar e angústia (Rachman, 1997; Julien, O'Connor & Aardema, 2007). Os comportamentos de neutralização, por seu lado, são deliberadamente escolhidos pelo indivíduo, de forma seletiva para lidar com algumas obsessões concretas, em determinadas circunstâncias. Raramente provocam resistência visto que é a própria pessoa que as seleciona de forma voluntária, ao contrário do que ocorre nos comportamentos compulsivos (Rachman, 1997). Estes comportamentos e pensamentos reduzem a curto prazo o mal-estar ou a ansiedade provocada pela intrusão e aumentam a perceção de controlo sobre a mesma mas a longo prazo, perpetuam as intrusões, tornando-as mais frequentes e aumentando o mal-estar experimentado pela sua ocorrência (Rachman, 1997).

A partir do estudo realizado por Rachman e de Silva (1978), numerosos estudos têm mostrado a existência deste tipo de intrusões na população geral (e.g., Freeston, Ladoceur, Thibordeau, & Gagnon, 1991; Jiménez-Ros & Pascual, 2011; Lee & Kwon, 2003; Purdon & Clark, 1993; Radomsky, Alcolado, Abramowitz, Alonso, Belloch, Bouvard, & Wong, 2014).

Berry e Laskey (2012) realizaram uma revisão teórica onde teceram algumas críticas aos estudos publicados acerca das intrusões de tipo obsessivas. Os autores

consideraram, por exemplo, que muito provavelmente a prevalência de intrusões na população não clínica poderia ter sido sobrestimada. A maior parte dos estudos publicados sobre as intrusões encontradas na população não clínica provinham, de acordo com estes autores, da aplicação de instrumentos de autorresposta constituídos por listagens de pensamentos extraídos de amostras não clínicas e não de amostras clínicas. Questionaram a semelhança entre os conteúdos das obsessões e das intrusões assumida pelos modelos cognitivos. A partir da comparação dos resultados de estudos em que se analisam as intrusões, sugerem que as obsessões apresentam mais frequentemente temas de medo da contaminação e pensamentos mais bizarros e severos do que as amostras não clínicas. Além do anterior, levantaram ainda questões sobre as metodologias e resultados das investigações que analisaram as diferenças entre as avaliações realizadas por indivíduos clínicos e não clínicos da sua intrusão mais desagradável e sugerem a necessidade da realização de novas investigações sobre crenças metacognitivas e de considerar o impacto no desenvolvimento da POC de aspetos mais gerais tais como os eventos de vida negativos. Examinaram, por fim, os resultados dos estudos sobre as estratégias de controlo de pensamento utilizadas por indivíduos clínicos e não clínicos, e concluíram que seria necessária mais investigação sobre a existência de estratégias utilizadas pelos indivíduos não clínicos diferentes das utilizadas pelos pacientes POC, assim como o tipo de avaliação que uns e outros realizam acerca do resultado das mesmas.

Não só com o objetivo de estudar as intrusões de forma mais rigorosa, mas também para ultrapassar as críticas realizadas pelos estudos anteriores, foi recentemente realizado um estudo transnacional efetuado em 13 países diferentes espalhados pelos seis continentes com indivíduos da população não clínica sobre pensamentos intrusivos (Radomsky, Alcolado, Abramowitz, Alonso, Belloch, Bouvard, & Wong, 2014; Moulding, Coles, Abramowitz, Alcolado, Alonso, Belloch, & García-Soriano, 2014; Clark, Abramowitz, Alcolado, Alonso, Belloch, Bouvard, & Ghisi, 2014). Para este estudo a amostra foi constituída por 777 estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 17 e os 50 anos. De modo a ultrapassar as limitações dos estudos em que foram apenas utilizados questionários estes autores construíram uma entrevista, a *International Intrusive Thoughts Interview Schedule Version 6*. Esta entrevista é constituída por oito secções, nomeadamente: Secção A-C: Informações demográficas, clínicas e psiquiátricas; Secção D: definição e um exemplo de um

pensamento intrusivo indesejado; Secção E-J: Tipos de pensamentos intrusivos indesejáveis; Secção L: pensamentos intrusivos indesejáveis mais angustiantes; Secção M: avaliações dos pensamentos intrusivos indesejáveis mais angustiantes; Secção N: estratégias de controlo utilizadas nos pensamentos intrusivos indesejáveis mais angustiantes; Secção O: Falhas no controlo; Secção P: comentários do entrevistador. A recolha dos dados foi efetuada por investigadores treinados para o efeito distribuídos por cada uma das cidades, e podia ser preenchida ou em papel ou através de uma plataforma *on-line*.

Os principais resultados deste estudo mostraram que, relativamente à prevalência dos pensamentos intrusivos no geral, 94,3% da amostra relatou ter experimentado pelo menos um tipo de pensamentos intrusivos indesejados no período de três meses anterior à realização da entrevista. Os conteúdos mais frequentemente referidos pelos participantes foram de dúvida/ruminação, contaminação e de prejudicar os outros. No entanto ao contrário do que seria esperado e ao contrário do que se verifica na prevalência das obsessões clínicas, há uma baixa incidência de pensamentos intrusivos de conteúdo sexual e religioso. Este resultado pode ser explicado por só terem sido incluídos, neste estudo, as intrusões que surgem em forma de pensamentos, excluindo as imagens e impulsos intrusivos, pois é dessa forma que estes tipos de conteúdos são descritos pelos participantes clínicos (Radomsky et al., 2014; Rachman, 2014). Além disso, e de modo similar à forma em que se distribuíram nas diferentes amostras os pensamentos intrusivos, os conteúdos mais comumente apontados como mais angustiantes foram os pensamentos de dúvida patológica/ruminação, e os menos os de tipo sexual, religioso e imoral.

Este estudo proporcionou uma forte evidência empírica a favor da premissa principal dos modelos teóricos explicativos da POC: prevalência quase universal dos pensamentos intrusivos.

Examinaremos em seguida a evidência empírica existente acerca do papel da interpretação da intrusão (avaliações disfuncionais) e das estratégias utilizadas para as controlar no desenvolvimento da POC.

Segundo alguns autores (OCCWG, 1997), no geral das teorias cognitivas, presume-se que as avaliações específicas e as ações resultantes - neste caso, as avaliações dos

pensamentos intrusivos e as resultantes estratégias de controlo utilizadas - refletem a presença de crenças gerais disfuncionais.

Em finais dos anos 90, uma grande parte da investigação sobre a POC centrou-se no estudo das crenças e dimensões avaliativas disfuncionais que os indivíduos realizavam do pensamento, pois estas crenças são consideradas, como foi anteriormente exposto, variáveis centrais nos modelos cognitivos. Foram identificados seis domínios principais das crenças, nomeadamente: (a) a responsabilidade excessiva, (b) o viés de pensamento fusão pensamento-ação (TAF), (c) a preocupação excessiva acerca da importância de controlar os pensamentos; (d) a sobrestimação da ameaça; (e) a intolerância da incerteza e (f) o perfeccionismo (OCCWG, 1997). No entanto, as investigações deste grupo de investigadores não conseguiram evidências a favor de que estes domínios de crenças pudessem ser específicos da POC, pelo que parece possível que estas dimensões se encontrem presentes também no desenvolvimento de outras perturbações além da POC.

Moulding et al (2014) encontraram que as reações às intrusões, incluindo o mal-estar associado, a sua persistência e a dificuldade e necessidade para as descartar se associam à existência de avaliações disfuncionais e às estratégias de controlo resultantes. Ou seja, as interpretações acerca da importância da intrusão e as estratégias de controlo não-adaptativas exacerbam a importância dos pensamentos intrusivos. Além disso, experimentar pensamentos intrusivos parece estar relacionado com avaliações disfuncionais negativas (como, as crenças de que o pensamento foi significativo, que o indivíduo foi responsável pelo pensamento, etc.) e com maior uso de estratégias de controlo de confronto (tais como, recolher informações junto de outros e a realização de rituais). No entanto, a relação entre a frequência das intrusões e as avaliações realizadas, não se mostrou significativa neste estudo. Estes autores referem que a frequência com que os pensamentos intrusivos se experimentou se associou de forma fraca com avaliação que os indivíduos realizaram desses pensamentos. A associação com as estratégias utilizadas para controlar foi, no entanto, mais estreita. No entanto a validade das subescalas de avaliações e estratégias de controlo obteve pontuações baixas, e por isso estes autores recomendam o aprofundamento de estudos sobre a relação destas variáveis com a frequência das intrusões.

Como sugerido anteriormente, algumas das estratégias de controlo utilizadas resultam da realização de avaliações disfuncionais, e podem, igualmente, interferir na capacidade efetiva de lidar com as intrusões.

Freeston, Ladouceur, Provencher, e Blais (1995) encontraram que estratégias de controlo mais utilizadas pelos participantes foram: a ação física, substituição do pensamento, racionalização, falar sobre o pensamento, parar o pensamento, tentar convencer-se que o pensamento não é importante, e não fazer nada. Estas estratégias foram todas utilizadas por pelo menos metade dos pacientes. Os autores referem ainda que, nenhuma das estratégias testadas se revelou suficientemente eficiente (numa escala de 0 a 4 nenhuma estratégia atingiu nível 3). Assim, a sua persistência pode dever-se, em parte, ao reforço intermitente nas ocasiões em que elas parecem funcionar, pelo menos a curto prazo. No entanto, estratégias como “não fazer nada” ou a “substituição do pensamento” foram consideradas relativamente eficientes, por outro lado, as estratégias “parar o pensamento” e a “racionalização” foram consideradas como menos eficientes.

Outros autores (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo, & Carrió, 2004; Tolin, Abramowitz, Hamlin, Foa, & Synodi, 2002; Yorulmaz et al., 2008), referem ainda que estratégias de controlo do pensamento como a preocupação, punição e a supressão do pensamento, são ineficazes na medida em que, tal como as anteriores, podem fornecer alívio temporário, mas exacerbam os sintomas a longo prazo, e então, fortalecerem as avaliações negativas e a frequência das intrusões.

Relativamente a participantes não clínicos, Radomsky et al., (2014) encontraram que as estratégias de controlo que estes participantes afirmaram usar com maior intensidade eram, a racionalização, a paragem do pensamento, a substituição do pensamento, a auto-tranquilização e a distração, e com menos frequência a neutralização, o evitamento, os rituais e a reaseguração.

Como foi exposto anteriormente, a grande maioria das pessoas apresenta pensamentos intrusos desagradáveis semelhantes às obsessões clínicas. De acordo com os modelos explicativos da POC, estes pensamentos situar-se-iam num extremo de um contínuo normalidade-psicopatologia ao longo do qual se situariam todos os indivíduos e em cujo final se situariam as obsessões clínicas. Da mesma forma, os modelos

explicativos das perturbações alimentares, da perturbação dismórfica corporal ou da perturbação de ansiedade em relação à saúde, assumem a existência do contínuo normalidade-patologia.

As perturbações alimentares caracterizam-se, de modo geral, pela existência de um padrão alterado do comportamento alimentar, como a restrição alimentar ou impulsos súbitos e irresistíveis de comer de forma exacerbada. Estes sintomas fazem acompanhar-se por uma série de comportamentos destinados a compensar a ingestão de alimentos e aliviar a carga emocional associada, como os comportamentos de purga (vomito induzido ou ingestão de laxantes), prática de exercício em excesso, etc. (Perpiña, Roncero & Belloch, 2008).

De acordo com os modelos cognitivo-comportamentais, as intrusões sobre a alimentação, corpo, peso, dieta, exercício físico e aparência podem levar ao desconforto emocional e ao desenvolvimento de uma série de comportamentos compensatórios (como, a verificação do peso, fazer exercício físico de forma descontrolada, compulsão alimentar, comportamentos de purga, ou restrição da ingestão alimentar) na tentativa da obtenção de alívio emocional (García-Soriano, Roncero, Perpiñá & Belloch, 2014). Existem evidências da existência de intrusões relacionadas com as perturbações alimentares na população geral (García-Soriano, Roncero, Perpiñá & Belloch, 2014; Perpiña, Roncero & Belloch, 2008). Assim, parece razoável supor que uma parte significativa dos comportamentos disfuncionais relacionados com o padrão alimentar anómalo, produzem-se como consequência da existência e persistência de pensamentos intrusivos sobre a própria aparência e peso corporal, cuja avaliação disfuncional gera mal-estar e sofrimento emocional que, por sua vez, ativam os tais comportamentos para alívio desses mesmos sintomas.

Têm sido desenvolvidos, desde a década de 70 modelos teóricos para explicar o desenvolvimento e manutenção destas perturbações. Williamson, White, York-Crowe & Stewart (2004) desenvolveram um modelo que integra as perspectivas das teorias cognitivo-comportamentais ao longo dos últimos 30 anos. As características centrais deste modelo são: (a) o auto esquema corporal, (b) o viés cognitivo, (c) a compulsão alimentar, (d) o comportamento compensatório, (e) o reforço negativo do comportamento compensatório para a redução de emoções negativas, e (f) fatores de risco psicológicos de vulnerabilidade. De acordo com este modelo, fatores como, o

medo de engordar e a autoimagem corporal são constructos mais amplos. Por exemplo, a sobre-estimação do tamanho do corpo é entendida como um viés cognitivo, que resulta da existência de esquemas cognitivos disfuncionais relacionados com a comida e a forma corporal.

O auto esquema corporal é um conceito-chave para os aspetos cognitivos do modelo. A preocupação com o tamanho/forma do corpo pode resultar em um auto esquema corporal negativo que é ativado rapidamente por estímulos externos e internos. Este auto esquema faz com que o indivíduo dirija a sua atenção para o próprio corpo e para os estímulos relacionados com a comida que, levam a um viés de interpretação de “ser” ou “estar” gordo. Por exemplo, a sensação de saciedade pode ser interpretada como "sentir-se gordo." Da mesma forma, os comentários de outras pessoas podem ser interpretados como uma avaliação negativa do seu tamanho/forma corporal. Em função dos vieses cognitivos, o indivíduo chega a uma conclusão com base em "provas", mas de forma tendenciosa.

Este ciclo de feedback pode ser experimentado como uma obsessão e/ou ansiedade esmagadora. A obsessão com o tamanho do corpo e com os alimentos, serve para agravar o estado emocional de tal forma que a pessoa sente que deve e tem de fazer alguma coisa para escapar desses sentimentos. Esta reação pode ser interpretada como um "impulso", isto é, um sentimento de urgência de que é preciso fazer alguma coisa para "desfazer" este estado afetivo. A partir desta perspetiva não há alternativa senão a de se envolver em vários comportamentos de fuga/evitamento (isto é, comportamentos purgativos, de restrição alimentar, e realização de exercício excessivo).

O efeito destes comportamentos é a redução da emoção negativa temporária, o que reforça negativamente o comportamento e também serve a função de confirmar a necessidade de se envolver nesse comportamento de fuga/evitamento. De acordo com este ponto de vista, a experiência emocional negativa é vista como "normativa", portanto, as ações que anulam a experiência são vistas como úteis e válidas. Neste processo, os comportamentos compensatórios são negativamente reforçados e confirmam a crença de que se deve temer realmente a possibilidade de engordar e se deve preocupar com a forma/tamanho do corpo.

Na população não clínica, de um modo geral, e segundo o estudo de Perpiñá, Roncero e Belloch, (2008), que tinha como objetivo desenvolver e validar um instrumento que possibilitasse perceber se os participantes da população geral tinham pensamentos intrusivos análogos aos existentes nos participantes com PA, bem como as avaliações realizadas e que estratégias utilizam para as controlar. Os principais resultados deste estudo referem que, o instrumento utilizado dividiu os participantes em dois grupos dentro da população não clínica, nomeadamente, grupo de “população subclínica” (população em risco de desenvolvimento da patologia), e grupo de “população sem risco”. Em relação aos conteúdos mais e menos frequentes, nos dois grupos as intrusões mais frequentes estavam relacionadas com a necessidade de fazer exercício físico e os menos frequentes aqueles relacionados com os impulsos de purga. As intrusões mais incómodas, nos dois grupos, estavam relacionadas com as mais frequentes. Em relação às consequências emocionais e à valorização e avaliação da intrusão mais incómoda, o grupo “população sem risco” apresentou pontuações baixas nas consequências emocionais e nas avaliações disfuncionais, por outro lado o grupo “população subclínica” apresentou uma maior reatividade emocional tanto na intensidade como na variedade, bem como a atribuição de maior significado pessoal à intrusão. Aqui, importa referir que, neste estudo, são referidas, como principais, as seguintes crenças/avaliações disfuncionais: responsabilidade obsessiva, fusão pensamento-ação-probabilidade, importância de controlar os pensamentos, sobrestimação da ameaça, intolerância à incerteza e perfeccionismo. Por fim, a estratégia mais utilizada pelo grupo “população sem risco” foi a racionalização sobre a intrusão, e no grupo “população subclínica” foi a distração externa, já a estratégia menos utilizada foi comum aos dois grupos e diz respeito à não utilização de rituais. Outras estratégias analisadas neste estudo foram a neutralização/supressão do pensamento, não fazer nada e obedecer à intrusão e os comportamentos normativos (aceites na sociedade).

Os dados obtidos neste estudo vêm reforçar a importância do estudo deste tipo de pensamentos intrusivos na população não clínica.

Da mesma forma que nas Perturbações Alimentares e Obsessivas, também o estudo sobre os pensamentos intrusivos tem sido alargado a outras perturbações mentais, como no caso da perturbação dismórfica corporal. Os indivíduos que sofrem desta patologia apresentam uma preocupação excessiva com um ou mais defeitos imaginários na sua aparência. Estas "falhas" causam uma enorme angústia e vergonha com significativa

interferência na vida do paciente. Esta patologia pode acarretar problemas adicionais, tais como a depressão, o isolamento, ou ideação suicida (Veale, 2004).

A perturbação dismórfica corporal tem pontos em comum com o espectro obsessivo-compulsivo, identificando analogias psicopatológicas entre as duas perturbações. Como a presença de pensamentos intrusivos e comportamentos repetitivos, que no caso da PDC se encontram relacionados com a aparência física, o desejo de perfeição e simetria corporal (Eisen, Phillips, Coles & Rasmussen, 2004; Pavan, Simonato, Marini, Mazzoleni, Pavan & Vindigni, 2008; Phillips, McElroy, Hudson, Pope 1995). Da mesma forma, de acordo com alguns autores (e.g., A. Belloch, comunicação pessoal, Janeiro, 2015) as intrusões relacionadas com a perturbação dismórfica corporal estariam presentes nas perturbações do comportamento alimentar.

Phillips, Menard e Weisberg (2005) estudaram 200 casos de perturbação dismórfica corporal e concluíram que cada um dos participantes realizava pelo menos um comportamento repetitivo de forma a reduzir os níveis de ansiedade sobre a aparência física. Os comportamentos mais frequentemente encontrados foram a camuflagem do envelhecimento (através da cosmética ou de cirurgias plásticas), verificação no espelho de forma constante, comparar-se com outras pessoas, preparação excessiva, mudanças frequentes no visual e fazer dieta e exercício físico de forma desadaptativa.

O modelo Cognitivo-Comportamental para a perturbação dismórfica corporal, pode ajudar a compreender de que forma os pensamentos intrusivos podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção da patologia.

Este modelo centra-se na experiência dos indivíduos quando estão sozinhos (o modelo assume que em situações sociais, o seu comportamento pode seguir um padrão semelhante ao encontrado na fobia social – ou seja, isolamento/evitamento de situações sociais para evitar a exposição do “defeito” da sua aparência e o julgamento social). Tudo começa através da ativação de um estímulo gatilho de uma representação de imagem externa do corpo do indivíduo, geralmente em frente a um espelho, ou ao olhar para uma fotografia tirada quando era mais jovem. A partir de um processo de atenção seletiva, o indivíduo começa a concentrar-se em aspetos específicos da representação externa, o que leva a uma maior consciência e exagero relativo a determinadas características (que considera defeituosas). Como resultado deste processo, a pessoa

com PDC constrói uma representação mental distorcida da imagem corporal própria. Estas representações ativam valores idealizados sobre a importância da aparência e, em alguns casos, os valores sobre perfeccionismo ou simetria e do pensamento do eu como um objeto estético. Isto leva a uma apreciação negativa de si e à realização de comparações entre três imagens diferentes: (1) a imagem corporal distorcida, (2) a representação externa (geralmente no espelho), e (3) a imagem corporal ideal. Deste modo, estas comparações repetidas deixam o indivíduo com mais dúvidas sobre a sua aparência, fazendo com que preste mais atenção ao que considera defeituoso na mesma. O que incentiva ainda mais autoapreciações e verificações, bem como estimula o desenvolvimento de mais pensamentos negativos (Veale, 2001).

Outro tipo de pensamentos intrusivos com relevância para o nosso estudo, são os relacionados com a perturbação de ansiedade em relação à saúde/doença (hipocondria de acordo com o DSM-IV APA, 1994)

O sinal mais facilmente observável desta patologia parece ser a tentativa persistente de procurar confirmação sobre os sintomas ou doenças temidas. Os indivíduos com esta condição geralmente procuram de forma repetida e persistente o médico, pedem exames adicionais, realizam pesquisas em *sites* da Internet de forma repetitiva, leem artigos médicos e procuram garantias junto de pessoas significativas sobre as suas sensações corporais. Esta preocupação com a doença/saúde pode ser prejudicial para o desenvolvimento social, ocupacional e para o funcionamento familiar, e está associada com custos económicos substanciais (Olatunji, Kauffman, Meltzer, Davis, Smits & Powers, 2014).

Tal como nas perturbações alimentares e dismórficas, existem semelhanças entre a ansiedade na saúde e a POC, e estas são expressas em termos da preocupação de carácter obsessivo com a saúde/doença, bem como a natureza repetitiva e generalizada de tal preocupação. Existem igualmente semelhanças entre os modelos cognitivos das duas perturbações.

Os modelos cognitivo-comportamentais para esta perturbação, postulam que a hipocondria é uma forma extrema de ansiedade de saúde que emerge da interpretação disfuncional de experiências benignas e normais, que levam à ansiedade e ao uso de

comportamentos de segurança que mantém paradoxalmente a ansiedade (Abramowitz, Olatunji, e Deacon, 2007).

Ou seja, este modelo (Abramowitz, Deacon, & Valentiner, 2007) sugere que, as crenças disfuncionais sobre os sintomas corporais e doença desempenham um papel significativo no desenvolvimento da patologia. Tais crenças, muitas vezes aumentam a probabilidade da existência de cognições catastróficas quando o indivíduo é exposto a sintomas corporais benignos ou informações relacionadas com a saúde. Uma vez preocupado com a possibilidade de adquirir uma doença, esse indivíduo torna-se vigilante para detetar quaisquer sinais de doença sentindo extrema necessidade de reduzir a sua preocupação e confirmar o seu estado de saúde. As crenças disfuncionais são mantidas (apesar de informações contraditórias e confirmações de plena saúde por parte de profissionais médicos) por estratégias mal adaptativas utilizadas para lidar com essa ansiedade. Essas estratégias são focadas nas tentativas de impedir as doenças temidas e pela prevenção excessiva de alcançar a certeza sobre o seu estado de saúde (idas constantes ao médico, realização de exames constantes, etc.). Estes comportamentos de segurança (resultantes e confirmatórias das crenças cognitivas disfuncionais) impedem que estas pessoas adquiram informações que refutem as suas crenças disfuncionais sobre os seus sintomas (Abramowitz, Deacon, & Valentiner, 2007).

Parecem existir duas maneiras diferentes de pensar na forma como a ansiedade relacionada com a saúde pode ser experimentada. Pode, por um lado, assemelhar-se a uma obsessão ou, por outro, a uma preocupação. Basicamente, a ansiedade na saúde é caracterizada por uma interpretação catastrófica de sensações corporais. Podendo ser também considerado que a sua existência está relacionada com a experiência de pensamentos intrusivos. Por conseguinte, parece justificado explorar o papel dos pensamentos intrusivos na ansiedade relacionada à saúde dentro de um modelo geral de intrusões (Langlois, Ladouceur, Patrick, & Freeston, 2004).

As intrusões relativas à saúde/doença podem ser consideradas como uma obsessão, e como nas obsessões típicas, as pessoas com pensamentos intrusivos relacionados com a saúde, experimentam pensamentos, impulsos ou imagens sobre ter ou contrair doenças, que tentam ignorar, suprimir ou neutralizar com algum outro pensamento ou comportamento (Langlois, Ladouceur, Patrick, & Freeston, 2004).

A utilização de estratégias de controlo é, neste caso e em parte, determinada por regras pessoais associadas aos estímulos discriminantes (Freeston, Ladouceur, Provencher, & Blais, 1995). Alguns estudos indicam que, as estratégias de fuga/evitamento estão associadas a pensamentos experimentados como ego-distónicos (inaceitáveis para o indivíduo). Esta relação foi encontrada tanto para as intrusões obsessivas como para as preocupações, embora, em geral, as intrusões obsessivas tenham sido classificadas como mais ego-distónicas (Langlois et al., 2000). Este estudo dá suporte a modelos que propõem que a manutenção de intrusões depende da apreciação do pensamento perturbador e da maneira em que a pessoa posteriormente reage e se comporta.

Parecem existir, de acordo com os modelos teóricos anteriormente expostos, variáveis comuns na origem e desenvolvimento destas quatro perturbações psicopatológicas: a presença de intrusões, a avaliação que se realiza das mesmas e as estratégias que os indivíduos utilizam para as controlar. A existência destas variáveis na população geral tem sido largamente documentada no âmbito da Perturbação Obsessivo-compulsiva e existe também evidência das mesmas nas Perturbações do comportamento alimentar. No entanto, os estudos que mostram a evidência destas variáveis na Perturbação dismórfica corporal e nas intrusões relacionadas com a saúde são mais escassos. Até a data, são poucos os estudos, que analisaram a presença destes quatro conjuntos de intrusões em simultâneo na população não clínica.

De acordo com o anterior, parece também que os domínios de crenças disfuncionais que foram consideradas como sendo exclusivas da POC parecem também existir em maior ou menor medida nas restantes perturbações analisadas. Do mesmo modo, as estratégias para lidar com as intrusões parecem também ser comuns a muitas destas perturbações. No Quadro 1 apresentamos uma síntese das crenças e estratégias que parecem ter mais influência, de acordo com a literatura consultada, em cada uma das quatro perturbações analisadas.

**Tabela 1.** Síntese das principais crenças e estratégias disfuncionais por perturbação apresentadas na literatura.

	POC	PDC	PA	P com saúde
<b>Principais crenças (avaliações)</b>	- Responsabilidade excessiva (OCCWG, 1997);	- Pensamento do eu como um objeto estético	- Responsabilidade obsessiva (Perpiña, Roncero & Belloch	-Sobrestimação da ameaça (Catastrofismo)

<b>disfuncionais estudadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viés de pensamento fusão pensamento-ação (TAF) (OCCWG, 1997);</li> <li>- Preocupação excessiva acerca da importância de controlar os pensamentos (OCCWG, 1997);</li> <li>- Sobrestimação da ameaça (OCCWG, 1997);</li> <li>- Intolerância da incerteza (OCCWG, 1997);</li> <li>- Perfeccionismo (OCCWG, 1997).</li> </ul>	<p>(Veale, 2001);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfeccionismo (Veale, 2001);</li> <li>- Sobrestimação da importância da aparência (Veale, 2001).</li> </ul>	<p>(2008);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fusão pensamento-ação-probabilidade (Perpiña, Roncero &amp; Belloch (2008);</li> <li>- Importância de controlar os pensamentos (Perpiña, Roncero &amp; Belloch (2008);</li> <li>- Sobrestimação da ameaça (Perpiña, Roncero &amp; Belloch (2008);</li> <li>- Intolerância à incerteza (Perpiña, Roncero &amp; Belloch (2008);</li> <li>- Perfeccionismo (Perpiña, Roncero &amp; Belloch (2008)</li> </ul>	<p>(Abramowitz, Deacon, &amp; Valentiner, 2007);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupação de carácter obsessivo com a saúde/doença (Abramowitz, Deacon, &amp; Valentiner, 2007).</li> </ul>
<b>Estratégias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compulsões (Rachman, 1997);</li> <li>- Neutralização (Rachman, 1997);</li> <li>Reaseguração (Radomsky et al., 2014);</li> <li>Supressão de pensamento (Radomsky et al., 2014);</li> <li>-Auto tranquilização (Radomsky et al., 2014);</li> <li>- Racionalização (Freeston, Ladouceur, Provencher, e Blais, 1995; Radomsky et al., 2014);</li> <li>- Ação física (Freeston, Ladouceur, Provencher, e Blais, 1995);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação Reaseguração;</li> <li>- Reaseguração Reaseguração;</li> <li>- Camuflagem do envelhecimento (Phillips, Menard &amp; Weisberg, 2005);</li> <li>- Comparar-se com outras pessoas (Phillips, Menard &amp; Weisberg, 2005);</li> <li>- Preparação excessiva (Phillips, Menard &amp; Weisberg, 2005);</li> <li>- Mudanças frequentes no visual (Phillips, Menard &amp; Weisberg, 2005);</li> <li>- Fazer dieta e exercício de forma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação(Perpiña, Roncero &amp; Belloch (2008);</li> <li>- Racionalização sobre a intrusão (Perpiña, Roncero &amp; Belloch (2008);</li> <li>- Distração externa (Perpiña, Roncero &amp; Belloch (2008);</li> <li>- Não fazer nada e obedecer (Perpiña, Roncero &amp; Belloch (2008);</li> <li>- Supressão e neutralização(Perpiña, Roncero &amp; Belloch (2008);</li> <li>- Comportamentos normativos (Perpiña, Roncero &amp; Belloch, 2008),</li> </ul>	<p>Comportamentos de fuga/evitamento (Langlois et al., 2000a);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tentativas de impedir as doenças temidas (Abramowitz, Deacon, &amp; Valentiner, 2007);</li> <li>- Prevenção excessiva de alcançar a certeza sobre o seu estado de saúde (idas constantes ao médico, realização de exames constantes, leituras na internet e em livros, certificação junto de outros...) (Abramowitz, Deacon, &amp; Valentiner, 2007).</li> </ul>

- 
- Substituição do pensamento (Freeston, Ladouceur, Provencher, Blais, 1995); e desadaptativa (Phillips, Menard & Weisberg, 2005)
  - Falar sobre (Freeston, Ladouceur, Provencher, Blais, 1995); e
  - Parar o pensamento (Freeston, Ladouceur, Provencher, Blais, 1995); e
  - Convencer-se de que o pensamento não é importante (Freeston, Ladouceur, Provencher, Blais, 1995); e
  - Não fazer nada (Freeston, Ladouceur, Provencher, Blais, 1995); e
- 

Tendo em conta o anteriormente exposto, parece-nos também importante referir que, a presente investigação, se integra num grupo de investigação pioneira a nível internacional.

Assim sendo, e de acordo com a hipótese do contínuo normalidade-patologia subjacente aos modelos teóricos destas perturbações psicopatológicas, é plausível pensar que num mesmo indivíduo possam coexistir em maior ou menor frequência estes quatro tipos de intrusões. O objetivo principal do presente estudo será explorar e descrever os pensamentos intrusivos de carácter obsessivo, dismórfico, alimentar, e de ansiedade na saúde, na população não clínica portuguesa, assim como a forma como estes indivíduos avaliam estas intrusões e as estratégias que utilizam para as controlar. De forma mais específica, pretende-se analisar se existem diferenças num mesmo indivíduo na frequência com que experimenta estes quatro tipos de intrusões, no mal-

estar emocional experimentado pela presença das mesmas, na forma em que as interpreta e no tipo de estratégias que utiliza para as controlar.

## **2. Metodologia**

### ***2.1. Participantes***

Participaram no estudo 312 indivíduos da população não clínica (sem qualquer tipo de diagnóstico psicopatológico), com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, (M=30.7; DP=12.15). 69.7% dos participantes eram do sexo feminino, e 30.1% eram do sexo masculino.

A maioria dos participantes eram solteiros (62.2%), seguidos dos casados (27.6%), divorciados (9%). Uma pequena percentagem (0.6%) vivia em união de facto e 1.6% da amostra não respondeu a esta questão.

Já relativamente às habilitações literárias, pode verificar-se que 48.1% tem o nível Médio; 44.9% o nível superior, e 5.1% dos participantes tem o nível primário ou elementar.

Relativamente ao nível socioeconómico dos participantes, pode verificar-se que: 54.5% possui um nível médio de escolaridade; 34% um nível médio baixo; 4.8% um nível médio alto; 4.2% um nível baixo; 1.9% não respondeu a esta questão e 0.6% afirma possuir um nível alto.

### ***2.2. Instrumentos***

#### **2.2.1. Questionário de dados sociodemográficos elaborado para esta investigação (Anexo II)**

Este questionário recolhe informação básica acerca de cada participante de forma a ser possível realizar a caracterização da amostra. Tem igualmente o propósito de fazer uma triagem de forma a garantir que os participantes realmente fazem parte de uma população sem diagnóstico de patologia clínica.

#### **2.2.2. Questionário de Pensamentos Intrusivos Desagradáveis (QUPIDES) (Anexo III)**

Este questionário é uma adaptação da versão experimental do Inventario de Pensamientos Intrusivos Desagradables (CUPIDES) desenvolvida pelo grupo I'TOC,

em processo de adaptação para português pelo Grupo de Investigação sobre Construtos Transdiagnósticos em Psicologia Clínica da Universidade do Algarve. Apresenta uma listagem de pensamentos incómodos ou desagradáveis experienciados pela maioria das pessoas. O questionário encontra-se dividido em quatro grupos de questões de intrusões mentais de diferentes conteúdos. Para cada grupo é primeiramente solicitado ao participante que assinale com que frequência (numa escala de 0 a 6) tem cada uma das intrusões e de que forma lhe causam mal-estar (numa escala de 0 a 4). Em seguida, é pedido que o participante escolha das afirmações anteriores a que considera ser a que mais o incomoda, e que refira a forma em que a experimenta (pensamento, imagem, impulso ou sensação física). Seguidamente solicita-se que responda a algumas perguntas sobre o que pensa e faz quando experimenta a intrusão que mais o incomoda (numa escala de 0 a 4).

### ***2.3.Procedimentos***

#### **2.3.1. Recolha de dados:**

Foi solicitado aos participantes o consentimento informado para participar na investigação (Anexo I). Seguidamente solicitou-se o preenchimento do questionário de dados sociodemográficos e do QUPIDES (Anexos II e III).

Um grupo de estudantes de psicologia preencheu de forma coletiva os instrumentos. Uma vez preenchidos os questionários, foi proporcionada formação a um grupo de voluntários para a disseminação do protocolo de investigação pela população geral.

Para preservar o anonimato dos participantes, foi entregue, junto com o consentimento informado e o protocolo de instrumentos, um envelope que devia ser fechado e selado pelo participante após a inclusão do protocolo preenchido.

#### **2.3.2. Tratamento de dados**

A análise dos dados recolhidos através dos instrumentos acima identificados implicou o recurso a um programa estatístico, o SPSS, versão 23.

Recorreu-se à análise de estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) para a descrição da amostra e exploração das variáveis em estudo, assim como para a análise da frequência e do mal-estar causado para cada um dos conteúdos de intrusões avaliadas.

A associação entre variáveis foi analisada com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância considerado foi de 0.01. Foram considerados os seguintes valores para a interpretação da magnitude da associação: se  $|r| < 0.20$ , correlação negligenciável, se  $0.20 < |r| < 0.40$ , correlação fraca, se  $0.40 < |r| < 0.60$ , correlação moderada, se  $0.60 < |r| < 0.80$ , correlação forte, se  $|r| > 0.80$ , correlação muito forte (Franzblau, 1958).

A comparação de médias de variáveis intra-sujeitos foi realizada com recurso ao teste de hipóteses Pair-sample t test. O nível de significância adotado foi de  $\alpha=0.01$ . Para uma análise mais rigorosa, foi calculada a magnitude do efeito (r de Rosenthal). Os valores da magnitude do efeito tidos em conta foram:  $<.19$  – Insignificante;  $.20 - .49$  – Pequeno;  $.50 - .79$  – Médio;  $.80 - 1.29$  – Grande;  $>1.30$  – Muito Grande (Santo & Daniela, 2015).

### **3. Resultados**

#### **Parte I QUPIDES**

##### **3.1.Frequência de intrusões**

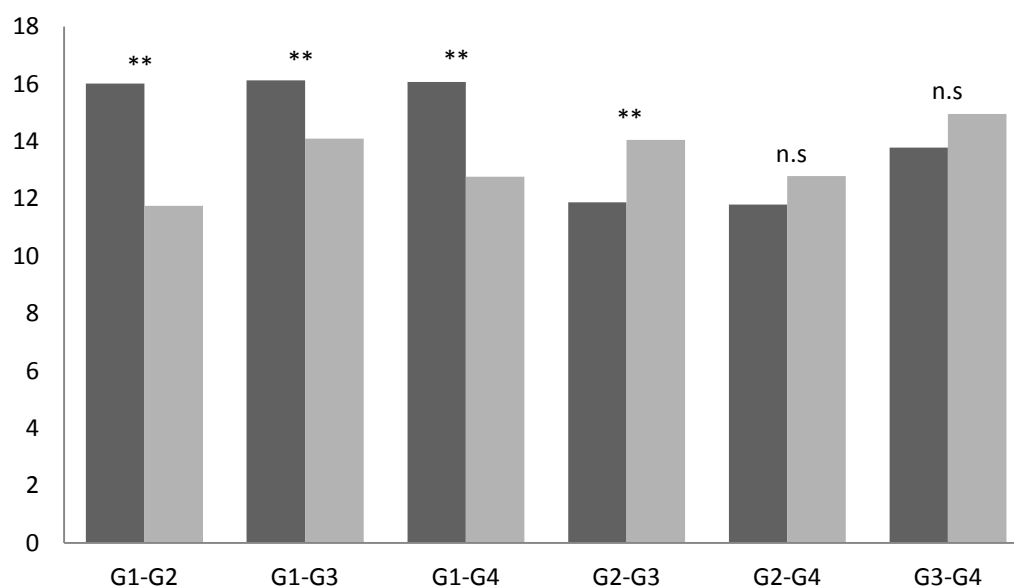
A grande maioria dos participantes (94.6%) referiram ter experimentado, pelo menos, uma vez na vida alguma das intrusões dos quatro grupos apresentados.

Além disso, 79.7% dos participantes referiram já ter experimentado, pelo menos uma vez na vida, uma intrusão de cada um dos quatro conteúdos de intrusões em estudo.

##### *3.1.1. Frequência das intrusões em função do conteúdo*

As intrusões mais frequentemente assinaladas pelos participantes, foram as relacionadas com temas obsessivos onde 99% dos participantes referiram ter experienciado alguma das intrusões do grupo 1 pelo menos uma vez na vida. Seguem-se as intrusões do grupo 4, relacionadas com temas sobre a saúde, onde 95.4% dos participantes referiram tê-las experimentado pelo menos uma vez na vida. Além disso, 93.1% dos participantes referiram ter experimentado, pelo menos uma vez na vida, intrusões referentes ao grupo 2, que estão relacionadas com conteúdos dismórficos. E, por fim os resultados mostraram que 91.5% dos participantes revelaram já ter experimentado intrusões relacionadas com conteúdos alimentares, que são referentes ao grupo 3, pelo menos uma vez na vida.

Os participantes avaliaram as intrusões com conteúdos obsessivo-compulsivos ( $M=16.01$ ;  $DP=8.51$ ) como significativamente ( $t_{(299)}=8.73$ ;  $p<.001$ ;  $r=.22$ ) mais frequentes do que as intrusões com conteúdos dismórficos ( $M=11.75$ ;  $DP=10.15$ ). Da mesma maneira, avaliaram as intrusões com conteúdos obsessivo-compulsivos ( $M=16.12$ ;  $DP=8.48$ ) como significativamente ( $t_{(298)}=3.59$ ;  $p<.001$ ;  $r=.10$ ) mais frequentes do que as intrusões relacionadas com conteúdos alimentares ( $M=14.09$ ;  $DP=10.41$ ). Os participantes avaliaram igualmente as intrusões com conteúdos obsessivo-compulsivos ( $M=16.06$ ;  $DP=8.46$ ) como significativamente ( $t_{(299)}=7.28$ ;  $p<.001$ ;  $r=.18$ ) mais frequentes do que as intrusões relacionadas com a saúde ( $M=12.76$ ;  $DP=9.49$ ). No entanto, a frequência das intrusões relacionadas com a alimentação e o exercício físico ( $M=14.05$ ;  $DP=10.39$ ), foi significativamente superior ( $t_{(301)}=-4.02$ ;  $p<.001$ ;  $r=-.10$ ) às intrusões relacionadas com conteúdos dismórficos ( $M=11.87$ ;  $DP=10.13$ ). Além disso, não houve, diferenças ( $t_{(301)}=-1.75$ ;  $p=.079$ ;  $r=-.05$ ) na frequência das intrusões dismórficas ( $M=11.79$ ;  $DP=10.14$ ) e as intrusões com conteúdos relacionados com a preocupação com a saúde ( $M=12.79$ ;  $DP=9.50$ ). Também não se verificaram diferenças ( $t_{(302)}=1.92$ ;  $p=.055$ ;  $r=.06$ ) entre as intrusões alimentares ( $M=13.98$ ;  $DP=10.40$ ) e as relacionadas com a saúde ( $M=12.77$ ;  $DP=9.47$ ) na frequência experimentada pelos participantes. Na Figura 1 apresentam-se graficamente estas diferenças.



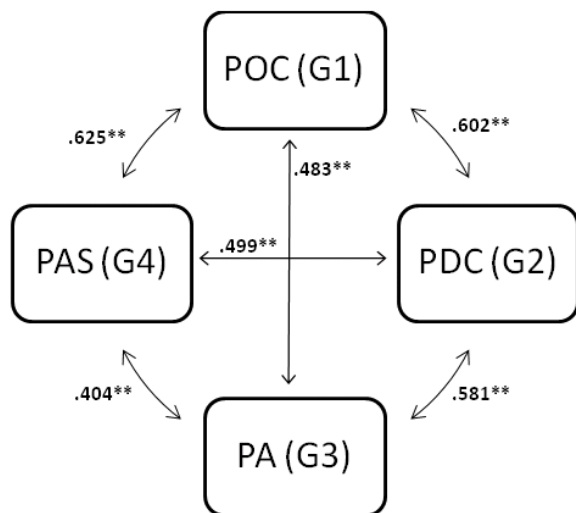
**Figura 1.** Diferenças na frequência dos quatro tipos de conteúdos de intrusões (Resultados do Pair-sample t-test)

Nota: G1= Intrusões de conteúdo obsessivo compulsivos, G2= Intrusões de conteúdo dismórfico, G3= Intrusões de conteúdo alimentar e exercício físico; G4= Intrusões de conteúdo de ansiedade na saúde.\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ ; *n.s.* diferença não significativa.

### 3.1.2. Associação entre os conteúdos de intrusões com base na frequência com que se experimentam

Com o objetivo de analisar em que medida o fato de experienciar intrusões de um determinado grupo se associa à experiência de intrusões dos outros grupos, foi analisada a associação entre a frequência dos 4 grupos de intrusões.

Como podemos observar a partir da Figura 2, encontramos associações significativas, positivas e de grau elevado ou moderado entre os 4 tipos de intrusões estudados. A associação mais elevada obteve-se entre as intrusões de tipo obsessivo-compulsivo e as relacionadas com a ansiedade em relação a saúde. Pelo contrário, as mais fracas encontraram-se entre as intrusões relacionadas com a saúde e as alimentares.



**Figura 2.** Medidas de associação das frequências dos quatro conteúdos de intrusões estudadas (Coeficiente de correlação de Pearson)

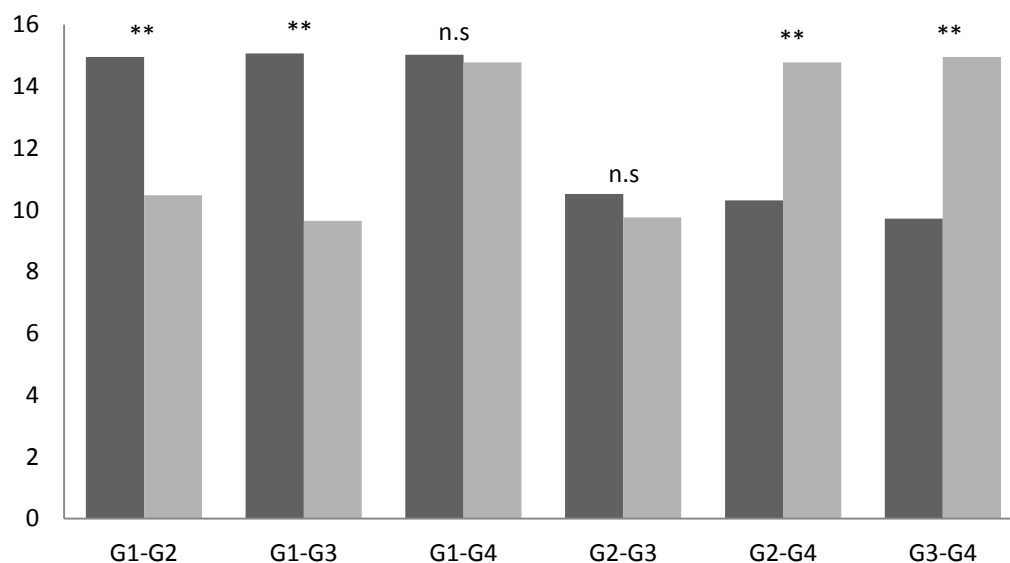
Nota: PI= POC (G1)= Intrusões de conteúdo obsessivo-compulsivo, PDC (G2) = Intrusões de conteúdo dismórfico, PA (G3)= Intrusões de conteúdo alimentar e exercício físico; PSA (G4) = Intrusões de conteúdo de ansiedade na saúde.\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ .

### 3.2. Mal-estar causado pela intrusão

#### 3.2.1. Mal-estar causado pela intrusão em função do conteúdo

O nível de incómodo experimentado pelos participantes foi reduzido. Apenas um sujeito do grupo de intrusões relacionadas com obsessões e compulsões atingiu o máximo possível (48), três participantes atingiram o máximo possível no grupo de intrusões dismórficas (36), dois participantes atingiram o máximo possível no grupo de intrusões alimentares (32) e dois no grupo de intrusões relacionadas com a saúde (máximo possível=40).

Os participantes avaliaram as intrusões com conteúdos obsessivo-compulsivos ( $M=14.97$ ;  $DP=9.30$ ) como significativamente ( $t_{(270)}=8.08$ ;  $p<.001$ ;  $r=.24$ ) mais incómodas do que as intrusões com conteúdos dismórficos ( $M=10.47$ ;  $DP=9.19$ ). Da mesma maneira, avaliaram as intrusões com conteúdos obsessivo-compulsivos ( $M=15.06$ ;  $DP=9.32$ ) como significativamente ( $t_{(266)}=9.31$ ;  $p<.001$ ;  $r=.29$ ) mais incómodas do que as intrusões alimentares ( $M=9.64$ ;  $DP=8.60$ ). Não houve, no entanto, diferenças ( $t_{(264)}=.63$ ;  $p=.526$ ;  $r=.02$ ) no incómodo causado pelas intrusões de tipo obsessivo-compulsivo ( $M=15.12$ ;  $DP=9.32$ ) e as intrusões com conteúdos relacionados com a preocupação com a saúde ( $M=14.77$ ;  $DP=10.52$ ). Também não se produziam diferenças ( $t_{(270)}=1.47$ ;  $p=.142$ ;  $r=.05$ ) entre as intrusões dismórficas ( $M=10.51$ ;  $DP=9.10$ ) e as alimentares ( $M=9.76$ ;  $DP=8.63$ ) no grau de incómodo experimentado pelos participantes. O mal-estar causado, no entanto, pelas intrusões relacionadas com a preocupação com a saúde foi significativamente superior ( $t_{(266)}=-.7.38$ ;  $p<.001$ ;  $r=-.22$ ) ao causado pelas intrusões dismórficas ( $M_{Saúde}=14.77$ ;  $DP_{Saúde}=10.52$ ;  $M_{Dismórficas}=10.30$ ;  $DP_{Dismórficas}=9.11$ ) e pelas intrusões alimentares ( $M_{Saúde}=14.95$ ;  $DP_{Saúde}=10.55$ ;  $M_{Alimentares}=9.71$ ;  $DP_{Alimentares}=8.64$ ). Na Figura 3 apresentam-se graficamente estas diferenças.



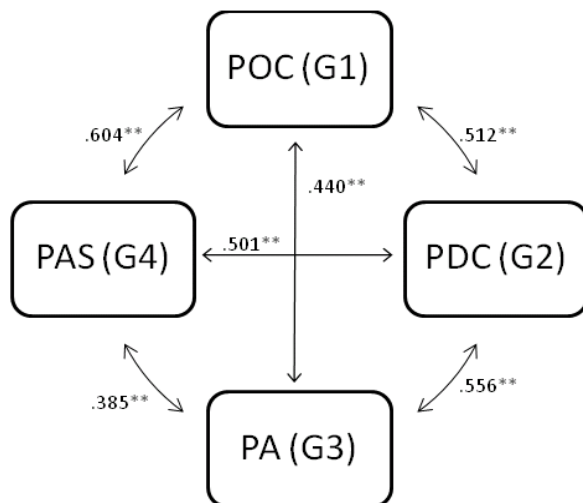
**Figura 3.** Diferenças no incómodo causado pelos quatro tipos de conteúdos de intrusões (Resultados do Pair-sample t-test)

Nota: G1= Intrusões de conteúdo obsessivo compulsivos, G2= Intrusões de conteúdo dismórfico, G3= Intrusões de conteúdo alimentar e exercício físico; G4= Intrusões de conteúdo de ansiedade na saúde.\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ ; *n.s.* diferença não significativa.

### 3.2.2. Associação entre os conteúdos de intrusões com base no mal-estar experimentado que provocam

Como no caso da frequência, pareceu-nos útil analisar a associação entre o mal-estar experimentado pelos participantes e os quatro tipos de intrusões estudadas.

Como podemos observar a partir da Figura 4, encontramos associações significativas, positivas e de grau elevado ou moderado entre os 4 tipos de intrusões estudados. A associação mais elevada obteve-se entre as intrusões de tipo obsessivo-compulsivo e as relacionadas com a saúde. Pelo contrário, as mais fracas encontraram-se entre as intrusões relacionadas com a saúde e as alimentares.



**Figura 4.** Medidas de associação do mal-estar produzido pelos quatro conteúdos de intrusões estudadas (Coeficiente de correlação de Pearson)

Nota: PI= Pensamentos Intrusivos; POC (G1)= Intrusões de conteúdo obsessivo compulsivo, PDC (G2)= Intrusões de conteúdo dismórfico, PA (G3)= Intrusões de conteúdo alimentar e exercício físico; PSA (G4)= Intrusões de conteúdo de ansiedade pela saúde.\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ ; *n.s.* diferença não significativa.

## Parte II QUPIDES

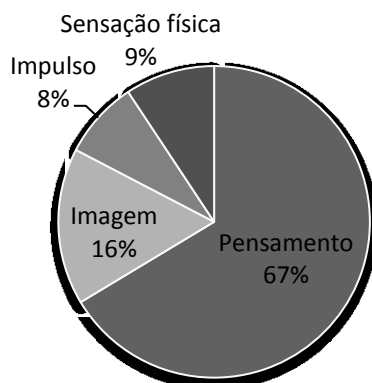
### 3.3.A intrusão mais desagradável

#### 3.3.1. Grupo 1 – Intrusões de tipo obsessivo-compulsivas

A intrusão de tipo obsessivo-compulsiva mais desagradável foi a número 7 “*Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo: deixei algo aceso em casa (por ex., o lume da cozinha, o aquecimento, o gás, o forno, as luzes, um cigarro, etc.).*” que, foi selecionada por 21.8% dos participantes, seguida da nº 8 “*Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo: “esqueci-me de algo importante?”*” que, foi selecionada por 19.6% dos participantes. A intrusão menos selecionada pelos participantes como sendo a mais desagradável foi a nº 3 “*Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de participar numa atividade sexual que vai contra as minhas preferências sexuais (por ex. homem/mulher, animais, mortos, etc.).*” que, foi selecionada apenas por 1% dos mesmos.

A intrusão de tipo obsessivo-compulsivo mais desagradável apresentou-se em forma de pensamento, como podemos verificar na Figura 5

## Forma de apresentação da Intrusão de tipo obsessivo-compulsivo



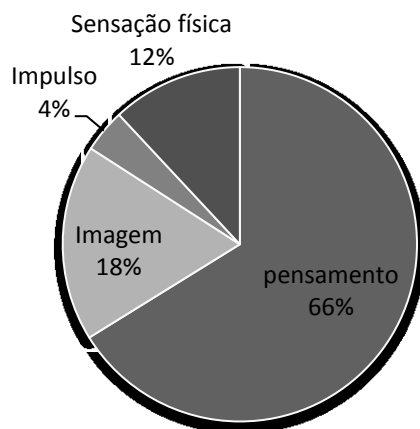
**Figura 5.** Forma de manifestação da intrusão mais desagradável do G1.

### 3.3.2. Grupo 2: Intrusões relacionadas com o aspeto físico – dismórficas

A intrusão de tipo dismórfica mais desagradável foi a número 2 “Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que o meu corpo funciona mal (mau odor, suor, mau hálito, flatulências, cara oleosa, mãos ou cabelo oleoso, etc.).” que, foi selecionada por 19.6% dos participantes, seguida da nº4 “Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/refletida em algum sítio, vem-me à cabeça: “Que se nota muito o defeito que tenho (nariz, orelhas, mãos, suor, aspeto gorduroso, borbulhas, etc.)” que foi selecionada por 13.1% dos participantes. A intrusão menos selecionada pelos participantes como sendo a mais desagradável foi a nº 3 “Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça a intrusão mental: “Batia em mim próprio/a ou o que fosse preciso para retirar esse defeito” que foi selecionada apenas por 1.3% dos mesmos.

A intrusão de tipo dismórfica mais desagradável apresentou-se maioritariamente em forma de pensamento, como podemos verificar na Figura 6.

## Forma de apresentação da intrusão de tipo Dismórfica



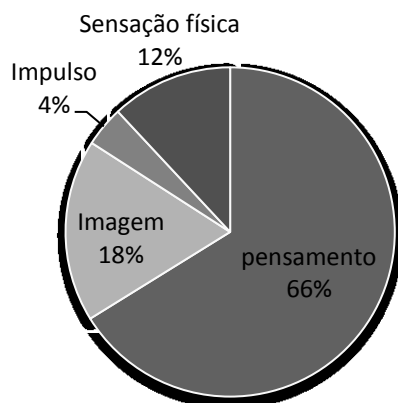
**Figura 6.** Forma de manifestação da intrusão mais desagradável do G2.

### 3.3.3. Grupo 3: Intrusões relacionadas com a dieta e o exercício físico – Alimentares

A intrusão de tipo alimentar mais desagradável foi a número 8 “Quando me estou a arranjar para sair ou simplesmente quando passo em frente de um espelho ou de um vidro ou quando me peso, de repente surge-me o pensamento ou imagem: “estou gordo/a” que foi selecionada por 29.8% dos participantes, seguida da nº5 “Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento ou a imagem de: “não deveria ter comido nada disto” que foi selecionada por 20.5% dos participantes. A intrusão menos selecionada pelos participantes como sendo a mais desagradável foi a nº 4 “Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento: “deveria vomitar?” que foi selecionada apenas por 1.6% dos mesmos.

A intrusão de tipo alimentar mais desagradável apresentou-se em forma de pensamento, como podemos verificar na Figura 7.

## Forma de representação da intrusão de tipo Alimentar



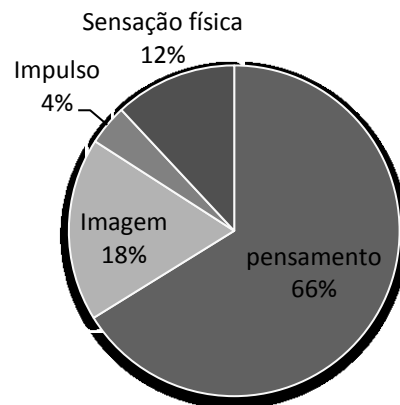
**Figura 7.** Forma de manifestação da intrusão mais desagradável do G3.

### 3.3.4. Grupo 4: Intrusões relacionadas com a saúde – Hipocondríacas

A intrusão de tipo hipocondríaca a mais desagradável foi a número 5 “Quando sinto algum incómodo no meu corpo, por pequeno que seja (por ex. uma picada, uma comichão, cansaço ligeiro, secura na pele, tiques no olho, etc.) vem-me à cabeça a ideia: “estarei a desenvolver algo grave sem saber (por. ex. cancro, SIDA, etc.)?” que, foi selecionada por 13.1% dos participantes, seguida da nº1 “Quando leio, oiço ou vejo algo acerca da morte (por ex. funerais, cemitérios, crematórios, casas mortuárias, etc.), tenho intrusões mentais sobre morrer com sofrimento e dor que, foi selecionada por 12.1% dos participantes. A intrusão menos selecionada pelos participantes como sendo a mais desagradável foi a nº 10 “Quando estou à espera do resultado de uma prova médica ou quando o médico me diz que está tudo bem, tenho intrusões mentais do tipo: ”enganaram-se com os resultados” que foi selecionada apenas por 1% dos mesmos.

A intrusão de tipo alimentar mais desagradável apresentou-se em forma de pensamento, como podemos verificar na Figura 8

## Forma de apresentação da Intrusão de tipo Hipocondríaca

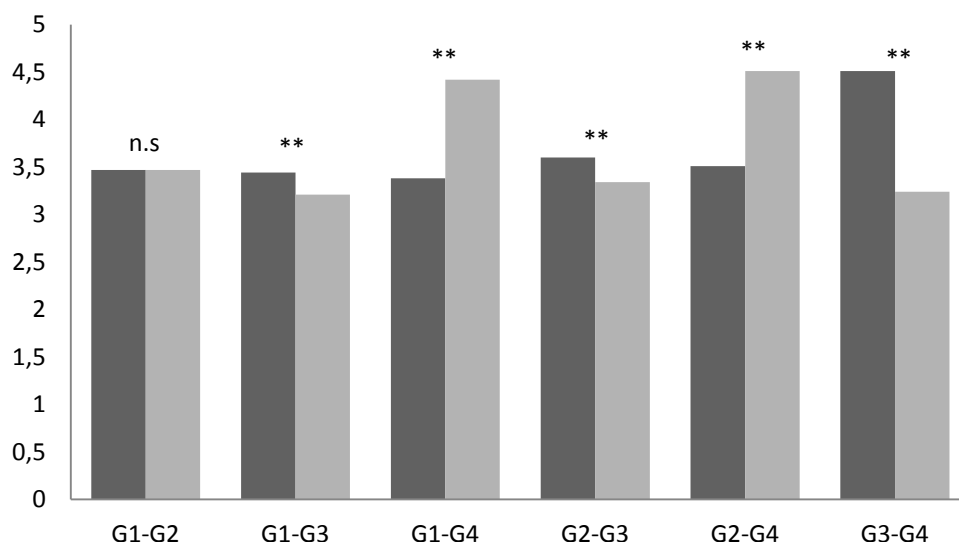


**Figura 8.** Forma de manifestação da intrusão mais desagradável do G4.

### 3.4. Emoções negativas causadas pelas intrusões mais desagradáveis

Tendo em conta cada um dos grupos de intrusões, avaliamos quais seriam as emoções negativas que os participantes assinalaram experimentar quando tinham a sua intrusão mais desagradável, nomeadamente: a intrusão causar medo e/ou produzir tristeza.

Na Figura 9 estão representadas graficamente as diferenças gerais existentes entre os quatro grupos de intrusões no que respeita ao nível das emoções negativas causadas pela intrusão mais desagradável.



**Figura 9.** Diferenças entre os quatro tipos de intrusões no que refere às emoções negativas causadas;

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ ; *n.s.* diferença não significativa.

Além disso, e mais especificamente, avaliamos também as diferenças entre os quatro conteúdos de intrusões no que respeita a cada uma das emoções negativas em estudo.

### 3.4.1. Medo

As intrusões de conteúdo obsessivo **assustam** mais quando surgem do que as dismórficas ( $t_{(283)}=7.72$ ;  $p<.001$ ;  $r=.25$ ) e as alimentares ( $t_{(269)}=7.43$ ;  $p<.001$ ;  $r=.24$ ), no entanto, as relacionadas com a saúde assustam mais ( $t_{(289)}=-5.42$ ;  $p<.001$ ;  $r=-.17$ ) do que as obsessivas. Por seu lado as intrusões de conteúdo dismórfico, assustam mais do que as de conteúdo alimentar ( $t_{(254)}=.54$ ;  $p=.585$ ;  $r=.01$ ). Já as intrusões de saúde assustam mais do que as alimentares ( $t_{(260)}=-12.63$ ;  $p=.055$ ;  $r=.07$ ) e as dismórficas ( $t_{(271)}=-13.14$ ;  $p=.079$ ;  $r=-.38$ ). Estes dados podem ser consultados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Diferenças entre os quatro grupos na intrusão ser ou não assustadora. Resultados do Pair-Sample t Test

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
Obsessivo-compulsivas	2.10	1.10	7.72	.000	.25
Dismórficas	1.50	1.22			

<b>Obsessivo-compulsivas</b>	2.07	1.10	7.43	.000	.24
<b>Alimentares</b>	1.49	1.20			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	2.05	1.13	-5.42	.000	-.17
<b>Saúde</b>	2.46	1.14			
<b>Dismórficas</b>	1.58	1.22	.54	.585	.01
<b>Alimentares</b>	1.54	1.19			
<b>Dismórficas</b>	1.52	1.22	-13.14	.079	-.38
<b>Saúde</b>	2.50	1.13			
<b>Alimentares</b>	1.49	1.20	-12.63	.055	-.07
<b>Saúde</b>	2.46	1.12			

### 3.4.2. Tristeza

Como se pode observar a partir da Tabela 3, as intrusões dismórficas ( $t_{(279)}=-6.09$ ;  $p<.001$ ;  $r=-.21$ ), alimentares ( $t_{(267)}=-3.40$ ;  $p<.001$ ;  $r=-.02$ ) e as relacionadas com a saúde ( $t_{(288)}=-6.63$ ;  $p<.001$ ;  $r=-.22$ ) são experimentadas com mais **tristeza** do que as obsessivas. Pela sua vez, as intrusões dismórficas são experimentadas como causando mais tristeza do que as alimentares ( $t_{(257)}=2.79$ ;  $p=.006$ ;  $r=.08$ ) e com a saúde ( $t_{(274)}=.000$ ;  $p=1.000$ ;  $r=0$ ). Além disso, as intrusões relacionadas com a saúde, causam maior tristeza do que as intrusões alimentares ( $t_{(262)}=-2.56$ ;  $p=.011$ ;  $r=-.09$ ).

**Tabela 3.** Diferenças na tristeza causada pelos quatro grupos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.39	1.30	-6.09	.000	-.21
<b>Dismórficas</b>	1.98	1.33			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.38	1.31	-3.40	.001	.02
<b>Alimentares</b>	1.73	1.35			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.35	1.29	-6.63	.000	-.22
<b>Saúde</b>	1.95	1.29			
<b>Dismórficas</b>	2.03	1.34	2.79	.006	.08
<b>Alimentares</b>	1.80	1.35			
<b>Dismórficas</b>	2.01	1.34	.000	1.000	0
<b>Saúde</b>	2.01	1.29			
<b>Alimentares</b>	1.75	1.36	-2.56	.011	-.09
<b>Saúde</b>	1.99	1.27			

### 3.5. Grau de interferência

Neste sentido, podemos observar que, na Tabela 4, as intrusões com conteúdos obsessivos **interrompem** mais o pensamento do que as dismórficas ( $t_{(279)}=8.44$ ;  $p<.001$ ;  $r=.27$ ), as alimentares ( $t_{(266)}=10.04$ ;  $p<.001$ ;  $r=.31$ ) e as relacionadas com a saúde ( $t_{(288)}=3.19$ ;  $p=.002$ ;  $r=.10$ ). As intrusões dismórficas, por sua vez, interrompem mais o pensamento do que as intrusões alimentares ( $t_{(251)}=2.49$ ;  $p=.013$ ;  $r=.07$ ). Já, as intrusões relacionadas com a saúde interrompem mais o pensamento do que as intrusões dismórficas ( $t_{(267)}=-4.62$ ;  $p<.001$ ;  $r=-.15$ ) e do que as intrusões alimentares ( $t_{(257)}=-6.44$ ;  $p<.001$ ;  $r=-.20$ ).

**Tabela 4.** Diferenças entre os quatro grupos na interferência causada. Resultados do Pair-Sample t-Test.

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	2.13	1.14	8.44	.000	.27
<b>Dismórficas</b>	1.46	1.22			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	2.10	1.18	10.05	.000	.31
<b>Alimentares</b>	1.30	1.23			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	2.08	1.18	3.19	.002	.10
<b>Saúde</b>	1.83	1.28			
<b>Dismórficas</b>	1.52	1.24	2.49	.013	.07
<b>Alimentares</b>	1.34	1.24			
<b>Dismórficas</b>	1.48	1.24	-4.62	.000	-.15
<b>Saúde</b>	1.88	1.27			
<b>Alimentares</b>	1.31	1.23	-6.44	.000	-.20
<b>Saúde</b>	1.84	1.29			

### 3.6. Avaliação realizada da Intrusão mais desagradável

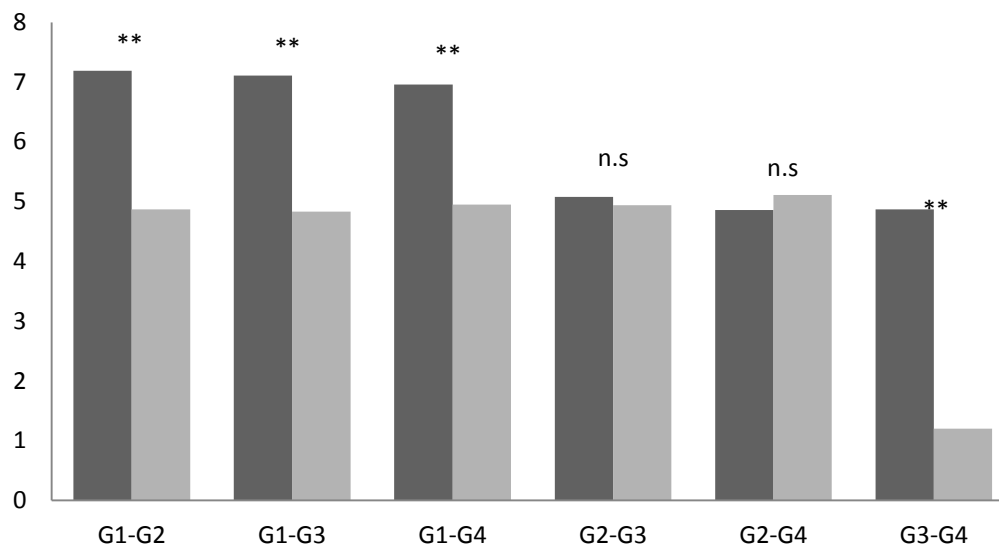
#### 3.6.1. Diferenças gerais na realização de avaliações disfuncionais entre os quatro conteúdos de intrusões

Com o objetivo de analisar as avaliações que os indivíduos realizam da intrusão mais desagradável em função dos conteúdos, comparamos tais avaliações em função dos quatro conteúdos em estudo.

Verificamos que o grupo de intrusões que parece ser avaliado de modo mais disfuncional pelos indivíduos, são as intrusões obsessivas e compulsivas ( $M=6.95$ ;

$DP=3.38$ ;  $Máx=15.00$ ;  $Min=.0$ ), seguidas pelas intrusões relacionadas com a saúde ( $M=4.92$ ;  $DP=2.77$ ;  $Máx=12.00$ ;  $Min=.0$ ), sucedidas pelas intrusões dismórficas ( $M=4.85$ ;  $DP=3.00$ ;  $Máx=12.00$ ;  $Min=.0$ ) e, por fim, as intrusões alimentares ( $M=4.82$ ;  $DP=3.15$ ;  $Máx=12.00$ ;  $Min=.0$ ).

Na Figura 10 são apresentadas as diferenças entre os quatro grupos de intrusões no que diz respeito às avaliações disfuncionais realizadas pelos participantes.



**Figura 10.** Diferenças entre os quatro tipos de intrusões no que refere à realização de avaliações disfuncionais;

\*valores significativos  $p < .05$ ; \*\*valores muito significativos  $p < .01$ ; n.s valores não significativos.

### 3.6.2. Inaceitabilidade do pensamento

As intrusões relacionadas com a saúde foram avaliadas como sendo mais inaceitáveis do que as intrusões com conteúdos dismórficos ( $t_{(272)}=-2.248$ ;  $p=.025$ ;  $r=-.08$ ). Não se produziram diferenças na inaceitabilidade do pensamento em função dos restantes tipos de conteúdos. Na Tabela 5 apresentam-se os resultados da comparação das médias da inaceitabilidade do pensamento em função dos conteúdos de intrusões.

**Tabela 5.** Diferenças nos quatro conteúdos de intrusões na avaliação da inaceitabilidade do pensamento. Resultados do Pair-Sample t tes.t

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
Obsessivo-compulsivas	1.15	1.30	1.40	.162	.04
Dismórficas	1.03	1.18			

<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.14	1.30	.20	.839	.0
<b>Alimentares</b>	1.12	1.23			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.13	1.30	-.41	.678	-.01
<b>Saúde</b>	1.16	1.27			
<b>Dismórficas</b>	1.10	1.19	-.80	.423	-.02
<b>Alimentares</b>	1.16	1.24			
<b>Dismórficas</b>	1.03	1.19	-2.24	.025	-.08
<b>Saúde</b>	1.22	1.28			
<b>Alimentares</b>	1.14	1.23	-.62	.534	-.02
<b>Saúde</b>	1.20	1.27			

### 3.6.3. Importância do pensamento intrusivo

As intrusões obsessivas foram avaliadas como sendo mais **importantes** do que as intrusões dismórficas ( $t_{(283)}=8.44$ ;  $p=.003$ ;  $r=.27$ ) do que as intrusões alimentares ( $t_{(270)}=5.29$ ;  $p<.001$ ;  $r=.18$ ) e do que as relacionadas com a saúde ( $t_{(289)}=4.92$ ;  $p<.001$ ;  $r=.16$ ). As intrusões alimentares foram avaliadas como sendo mais importantes do que as dismórficas ( $t_{(258)}=-2.08$ ;  $p=.038$ ;  $r=-.05$ ). Pela sua vez, as intrusões relacionadas com a saúde foram avaliadas como sendo mais importantes do que as dismórficas ( $t_{(271)}=-2.87$ ;  $p=.004$ ;  $r=-.09$ ) e do que as alimentares ( $t_{(261)}=-.46$ ;  $p=.642$ ;  $r=-.01$ ). Estes resultados podem ser observados na Tabela 6.

**Tabela 6.** Diferenças entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões na avaliação da importância atribuída ao pensamento. Resultados do Pair-Sample t Teste.

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.90	1.27	8.44	.003	.27
<b>Dismórficas</b>	1.19	1.23			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.87	1.29	5.29	.000	.18
<b>Alimentares</b>	1.37	1.31			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.80	1.28	4.92	.000	.16
<b>Saúde</b>	1.37	1.23			
<b>Dismórficas</b>	1.25	1.23	-2.08	.038	-.05
<b>Alimentares</b>	1.40	1.30			
<b>Dismórficas</b>	1.19	1.23	-2.87	.004	-.09
<b>Saúde</b>	1.42	1.23			
<b>Alimentares</b>	1.39	1.31	-.46	.642	-.01
<b>Saúde</b>	1.43	1.23			

### 3.6.4. Importância de controlar o pensamento

Os participantes avaliaram como sendo mais **importante de serem controladas** as intrusões de conteúdos obsessivos em relação às intrusões dismórficas ( $t_{(283)}=3.04$ ;  $p=.003$ ;  $r=.10$ ) e em relação às intrusões alimentares ( $t_{(267)}=6.08$ ;  $p<.001$ ;  $r=.21$ ), mas não do que as relacionadas com a saúde ( $t_{(288)}=1.65$ ;  $p=.099$ ;  $r=.05$ ). Além disso, os pensamentos intrusivos dismórficos foram considerados mais importantes de serem controlados do que os pensamentos intrusivos alimentares ( $t_{(257)}=4.01$ ;  $p<.001$ ;  $r=.13$ ). Por sua vez, as intrusões relacionadas com a saúde obtiveram atribuição de maior importância na necessidade de as controlar do que as intrusões alimentares ( $t_{(259)}=-4.62$ ;  $p<.001$ ;  $r=.15$ ) e do que as dismórficas ( $t_{(273)}=-1.43$ ;  $p=.152$ ;  $r=-.04$ ).

**Tabela 7.** Diferenças na atribuição de importância na necessidade de controlar o pensamento intrusivo entre os quatro conteúdos. Resultados do Pair-Sample t Test.

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	2.50	1.28	3.04	.003	.10
<b>Dismórficas</b>	2.22	1.28			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	2.47	1.29	6.08	.000	.21
<b>Alimentares</b>	1.90	1.31			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	2.47	1.31	1.65	.099	.05
<b>Saúde</b>	2.32	1.32			
<b>Dismórficas</b>	2.30	1.26	4.01	.000	.13
<b>Alimentares</b>	1.95	1.30			
<b>Dismórficas</b>	2.24	1.29	-1.43	.152	-.04
<b>Saúde</b>	2.36	1.30			
<b>Alimentares</b>	1.92	1.31	-4.62	.000	-.15
<b>Saúde</b>	2.33	1.30			

### 3.6.5. Viés fusão pensamento ação (TAF)

Como pode ser observado na Tabela 8, os participantes estimaram que por pensar nessa intrusão, o pensamento poderia **tornar-se real** com maior probabilidade ou **ser real** se, se tratassem de conteúdos obsessivos em relação às intrusões dismórficas ( $t_{(282)}=2.43$ ;  $p<.001$ ;  $r=.08$ ) ou às relacionadas com a saúde ( $t_{(289)}=4.08$ ;  $p<.001$ ;  $r=.13$ ) no entanto, essas diferenças não se verificam no caso das intrusões alimentares ( $t_{(266)}=.71$ ;  $p=.475$ ;  $r=.02$ ). Além disso, as intrusões alimentares foram igualmente avaliadas com maior probabilidade de serem ou se tornarem reais do que as dismórficas

( $t_{(257)} = -1.25$ ;  $p = .211$ ;  $r = -.03$ ) e do que as relacionadas com a saúde ( $t_{(259)} = 3.35$ ;  $p < .001$ ;  $r = .10$ ).

**Tabela 8.** Diferenças na fusão pensamento-ação dos quatro conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
Obsessivo-compulsivas	1.65	1.25	2.43	.016	.08
Dismórficas	1.43	1.29			
Obsessivo-compulsivas	1.62	1.25	.71	.475	.02
Alimentares	1.55	1.30			
Obsessivo-compulsivas	1.59	1.25	4.08	.000	.13
Saúde	1.26	1.16			
Dismórficas	1.52	1.30	-1.25	.211	-.03
Alimentares	1.60	1.32			
Dismórficas	1.44	1.31	1.61	.107	.04
Saúde	1.32	1.16			
Alimentares	1.57	1.31	3.35	.001	.10
Saúde	1.30	1.17			

### 3.7. Estratégias de controlo utilizadas

Nesta alínea calculamos e analisámos as estratégias mais utilizadas pelos participantes relacionadas com os quatro conteúdos de intrusões.

No geral, as intrusões em que os participantes utilizam um maior número de estratégias aquando aparecimento da intrusão mais desagradável, foram nas de conteúdos dismórficos ( $M = 16.51$ ;  $DP = 3.66$ ;  $Máx = 27.00$ ;  $Min = 04.00$ ), seguidas das intrusões alimentares ( $M = 16.43$ ;  $DP = 3.73$ ;  $Máx = 27.00$ ;  $Min = 05.00$ ), das obsessivo-compulsivas ( $M = 16.20$ ;  $DP = 3.48$ ;  $Máx = 27.00$ ;  $Min = 07.00$ ), por fim, as intrusões em que os participantes utilizam menos estratégias para fazer face à intrusão mais desagradável é nas relacionadas com a saúde ( $M = 15.64$ ;  $DP = 3.76$ ;  $Máx = 27.00$ ;  $Min = 03.00$ ).

#### 3.7.1. Ignorar o pensamento

Como pode ser observado na Tabela 9 não houve diferenças na utilização da estratégia de **ignorar o pensamento** na generalidade dos conteúdos, no entanto, as intrusões

alimentares tendem a ser mais ignoradas do que as de saúde ( $t_{(262)}=-2.04$ ;  $p=.041$ ;  $r=-.07$ ).

**Tabela 9.** Diferenças na utilização da estratégia Ignorar Pensamento entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
Obsessivo-compulsivas	1.59	1.21	-1.03	.300	-.03
Dismórficas	1.67	1.23			
Obsessivo-compulsivas	1.58	1.21	.44	.656	.02
Alimentares	1.54	1.23			
Obsessivo-compulsivas	1.58	1.20	-1.53	.127	-.05
Saúde	1.71	1.22			
Dismórficas	1.66	1.22	1.19	.234	.04
Alimentares	1.56	1.22			
Dismórficas	1.67	1.23	-1.08	.279	-.04
Saúde	1.76	1.21			
Alimentares	1.54	1.23	-2.04	.041	-.07
Saúde	1.71	1.21			

### 3.7.2. Não fazer nada

Os resultados apresentados na Tabela 10 indicam que, os participantes admitiram **não fazer nada** com mais frequência para lidar com as intrusões com conteúdos dismórficos em comparação com as relacionadas com a saúde ( $t_{(272)}=2.23$ ;  $p=.026$ ;  $r=.08$ ) bem como admitiram não fazer nada com maior frequência para lidar com as intrusões alimentares em comparação com as relacionadas com a saúde ( $t_{(260)}=2.43$ ;  $p=.016$ ;  $r=.09$ ).

**Tabela 10.** Diferenças na utilização da estratégia Não fazer nada entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
Obsessivo-compulsivas	1.56	1.21	-.95	.341	-.03
Dismórficas	1.64	1.22			
Obsessivo-compulsivas	1.53	1.22	1.94	.347	-.04
Alimentares	1.62	1.17			
Obsessivo-compulsivas	1.52	1.20	1.26	.207	.04
Saúde	1.42	1.12			
Dismórficas	1.63	1.22	-.08	.931	-.00

<b>Alimentares</b>	1.64	1.18			
<b>Dismórficas</b>	1.66	1.21	2.23	.026	.08
<b>Saúde</b>	1.48	1.12			
<b>Alimentares</b>	1.66	1.18	2.43	.016	.09
<b>Saúde</b>	1.46	1.12			

### 3.7.3. Paragem de pensamento

Os participantes utilizaram com mais frequência a estratégia de tentar **parar os pensamentos** quando experienciavam pensamentos de conteúdos obsessivo-compulsivos do que aquando os de conteúdos dismórficos ( $t_{(282)}=2.10$ ;  $p=.036$ ;  $r=.07$ ), os alimentares ( $t_{(267)}=5.16$ ;  $p<.001$ ;  $r=.18$ ) mas não houve diferenças em relação à paragem de pensamento entre os primeiros e os relacionados com a saúde ( $t_{(289)}=1.96$ ;  $p=.051$ ;  $r=.07$ ). Esta estratégia também foi mais utilizada aquando surgiam os pensamentos de conteúdos dismórficos do que os alimentares ( $t_{(256)}=4.39$ ;  $p<.001$ ;  $r=.13$ ) e também mais utilizada aquando os pensamentos de conteúdos relacionados com a saúde do que nas alimentares ( $t_{(259)}=-4.03$ ;  $p<.001$ ;  $r=-.14$ ). Não houve, no entanto, diferenças significativas entre a utilização desta estratégia aquando o aparecimento de pensamentos intrusivos de tipo dismórfico e relacionados com a saúde ( $t_{(271)}=-.61$ ;  $p=.539$ ;  $r=-.02$ ). Estes dados podem ser observados na Tabela 11.

**Tabela 11.** Diferenças na utilização da estratégia Não fazer nada entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.

<b>Par de grupo de intrusões</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>r</b>
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	2.05	1.28	2.10	.036	.07
<b>Dismórficas</b>	1.87	1.25			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	2.01	1.29	5.16	.000	.18
<b>Alimentares</b>	1.53	1.26			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	2.02	1.30	1.96	.051	.07
<b>Saúde</b>	1.84	1.25			
<b>Dismórficas</b>	1.91	1.25	4.39	.000	.13
<b>Alimentares</b>	1.58	1.25			
<b>Dismórficas</b>	1.87	1.26	-.61	.539	-.02
<b>Saúde</b>	1.92	1.23			
<b>Alimentares</b>	1.55	1.26	-4.03	.000	-.14
<b>Saúde</b>	1.89	1.23			

### 3.7.4. Autopunição

Os participantes recorreram mais à **autopunição** para lidar com as intrusões de conteúdos obsessivos do que com conteúdos dismórficos ( $t_{(280)}=2.19$ ;  $p=.029$ ;  $r=.07$ ) e alimentares ( $t_{(265)}=3.04$ ;  $p=.003$ ;  $r=.10$ ), mas não do que com conteúdos de saúde ( $t_{(287)}=.59$ ;  $p=.553$ ;  $r=.01$ ). Da mesma maneira, recorreram mais à autopunição para lidar com intrusões de conteúdos relacionados com a saúde do que com conteúdos dismórficos ( $t_{(271)}=-1.86$ ;  $p=.063$ ;  $r=-.05$ ) e do que com as alimentares ( $t_{(259)}=-2.54$ ;  $p=.012$ ;  $r=-.07$ ). Não se verificaram diferenças na utilização desta estratégia entre as intrusões dismórficas e alimentares ( $t_{(256)}=.77$ ;  $p=.439$ ;  $r=.02$ ). Estes resultados podem ser observados na Tabela 12.

**Tabela 12.** Diferenças na utilização da estratégia Autopunição entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.54	1.37	2.19	.029	.07
<b>Dismórficas</b>	1.34	1.34			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.52	1.38	3.04	.003	.10
<b>Alimentares</b>	1.25	1.26			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.49	1.38	.59	.553	.01
<b>Saúde</b>	1.44	1.40			
<b>Dismórficas</b>	1.38	1.34	.77	.439	.02
<b>Alimentares</b>	1.32	1.27			
<b>Dismórficas</b>	1.38	1.36	-1.86	.063	-.05
<b>Saúde</b>	1.51	1.40			
<b>Alimentares</b>	1.28	1.27	-2.54	.012	-.07
<b>Saúde</b>	1.47	1.38			

### 3.7.5. Neutralização

Como podemos observar na Tabela 13, os participantes recorreram significativamente mais frequentemente à estratégia de **neutralização** para lidar com conteúdos obsessivos do que alimentares ( $t_{(268)}=3.57$ ;  $p<.001$ ;  $r=.01$ ), mas não do que para os conteúdos dismórficos ( $t_{(283)}=1.62$ ;  $p=.105$ ;  $r=.05$ ) ou para os relacionados com a ansiedade perante a saúde ( $t_{(289)}=-.08$ ;  $p=.929$ ;  $r=0$ ). Utilizaram mais a neutralização para lidar com conteúdos dismórficos do que com os alimentares ( $t_{(258)}=2.71$ ;  $p=.007$ ;  $r=.08$ ). Esta estratégia foi igualmente mais utilizada para lidar com conteúdos

relacionados com a ansiedade perante a saúde do que para lidar com conteúdos alimentares ( $t_{(260)}=-3.60$ ;  $p<.001$ ;  $r=-.10$ ). Não houve diferenças na frequência com que os participantes recorreram a comportamentos de neutralização para lidar com conteúdos dismórficos e de saúde ( $t_{(273)}=-1.68$ ;  $p=.094$ ;  $r=-.05$ ).

**Tabela 13.** Diferenças na utilização da estratégia Neutralização entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.27	1.38	1.62	.105	.05
<b>Dismórficas</b>	1.13	1.27			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.23	1.36	3.57	.000	.01
<b>Alimentares</b>	.94	1.19			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.22	1.36	-.08	.929	.0
<b>Saúde</b>	1.22	1.31			
<b>Dismórficas</b>	1.19	1.28	2.71	.007	.08
<b>Alimentares</b>	.98	1.20			
<b>Dismórficas</b>	1.14	1.27	-1.68	.094	-.05
<b>Saúde</b>	1.27	1.31			
<b>Alimentares</b>	.95	1.19	-3.60	.000	-.10
<b>Saúde</b>	1.21	1.26			

### 3.7.6. Reaseguração/Tranquilização junto de outras pessoas

Como pode ser observado na Tabela 14, os participantes recorreram mais a **reaseguração** para lidar com conteúdos obsessivo-compulsivos do que com conteúdos alimentares ( $t_{(268)}=2.25$ ;  $p=.024$ ;  $r=.06$ ), mas não do que com conteúdos dismórficos ( $t_{(283)}=.82$ ;  $p=.412$ ;  $r=.02$ ) ou de ansiedade perante a saúde ( $t_{(290)}=-1.87$ ;  $p=.62$ ;  $r=-.05$ ). Procuraram com maior frequência tranquilização ou reaseguração junto de outras pessoas para conteúdos dismórficos do que em relação aos conteúdos alimentares ( $t_{(258)}=2.41$ ;  $p=.016$ ;  $r=.05$ ). Finalmente, os participantes procuraram reasegurar-se junto de outras pessoas para lidar com conteúdos relacionados com a saúde mais do que o ocorrido aquando os pensamentos de conteúdos dismórfico ( $t_{(273)}=-2.66$ ;  $p=.008$ ;  $r=-.08$ ) e alimentares ( $t_{(261)}=-3.82$ ;  $p<.001$ ;  $r=-.13$ ).

**Tabela 14.** Diferenças na utilização da estratégia Reasseguração/tranquilização junto de outras pessoas entre os quatro tipos de conteúdos de intrusões. Resultados do Pair-Sample t Test.

Par de grupo de intrusões	Média	DP	t	p	r
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.24	1.22	.82	.412	.02
<b>Dismórficas</b>	1.17	1.27			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.24	1.22	2.26	.024	0.6
<b>Alimentares</b>	1.07	1.22			
<b>Obsessivo-compulsivas</b>	1.22	1.23	-1.87	.062	-.05
<b>Saúde</b>	1.37	1.36			
<b>Dismórficas</b>	1.23	1.27	2.41	.016	.05
<b>Alimentares</b>	1.09	1.22			
<b>Dismórficas</b>	1.18	1.28	-2.66	.008	-.08
<b>Saúde</b>	1.40	1.36			
<b>Alimentares</b>	1.07	1.22	-3.82	.000	-.13
<b>Saúde</b>	1.41	1.35			

#### 4. Discussão dos resultados

A presente investigação tinha como principal objetivo, descrever os pensamentos intrusivos de carácter obsessivo, dismórfico, alimentar e de ansiedade na saúde, na população não clínica portuguesa, assim como a forma como estes indivíduos avaliam estas intrusões e as estratégias que utilizam para as controlar. De forma mais específica, e de modo a concretizar o objetivo principal, pretendia-se analisar se existem diferenças num mesmo indivíduo na frequência com que experimenta estes quatro tipos de intrusões, no mal-estar emocional experimentado pela presença das mesmas, na forma que as interpreta, nas emoções negativas e interferência causadas, nas avaliações que realiza e no tipo de estratégias que utiliza para as controlar.

Inicia-mos a análise dos resultados por verificar em que medida os participantes indicavam já ter experimentado os quatro tipos de intrusões (Obsessivas, dismórficas, alimentares e de ansiedade na saúde) pelo menos uma vez na vida. Neste sentido, obtivemos uma percentagem de 94,6% no que diz respeito a esta questão. Estes resultados vão ao encontro da literatura sobre pensamentos intrusivos, onde, 94,3% da amostra de um estudo transnacional sobre pensamentos intrusivos na população não clínica já tinha experimentado pelo menos um tipo de pensamentos intrusivos nos últimos três meses antes da experiência (Radomsky et al., 2014). Além disso, 79.7% dos

nossos participantes, referiram já ter experimentado, pelo menos uma vez na vida, uma intrusão de cada um dos quatro conteúdos de intrusões em estudo. Este dado vai ao encontro da hipótese da existência de um contínuo, ao longo do qual se situariam todos os indivíduos, entre a normalidade das intrusões e a patologia onde se encontram as obsessões clínicas. Esta hipótese foi desenvolvida tendo por base os modelos cognitivos da POC (Clark & Inozu, 2014), estendida a outros modelos explicativos de outras perturbações com características semelhantes à POC, como a perturbação dismórfica, as perturbações alimentares e à perturbação de ansiedade em relação à saúde, nas quais a experiência de pensamentos intrusivos se tornaria um fator de risco para o desenvolvimento e manutenção das mesmas.

Em seguida, analisamos a frequência das intrusões em função do seu conteúdo. Neste ponto observamos que, as diferenças encontradas não são muito discrepantes, no entanto o grupo assinalado como mais frequente foi o G1 – intrusões de tipo obsessivo-compulsivas – em que, 99% dos participantes referiram ter experienciado alguma das intrusões deste grupo pelo menos uma vez na vida. Estes resultados também vão ao encontro da literatura analisada. É necessário ter em conta que, o estudo das intrusões começou precisamente por derivar do estudo da perturbação obsessivo-compulsiva, e a maior parte da literatura sobre o tema, é centrado nesta perturbação (Rachman, 2014), inclusivamente, o estudo dos pensamentos intrusivos na base de outras perturbações é bastante centrado nas semelhanças que estas podem ter com a POC. Deste modo, o fato de as pessoas selecionarem com maior frequência as intrusões obsessivas em relação às outras pode não significar, necessariamente que as tenham realmente com maior frequência, mas sim que o instrumento seja mais sensível a este tipo de pensamentos, uma vez que se trata de um conjunto de intrusões que foram selecionadas e retiradas de instrumentos anteriores, nomeadamente o INPIDES e o ROII, que são dois instrumentos vocacionados para a avaliação de intrusões obsessivas, enquanto, que para os outros três tipos de intrusões as listas de intrusões foram concebidas de raiz para o QUPIDES.

Analisamos a associação da frequência entre os conteúdos de intrusões (Figura 1). Podemos observar que as diferenças são significativas, principalmente, entre os conteúdos obsessivos e os outros restantes conteúdos (dismórficos, alimentares e de saúde). Significando que, um indivíduo não experiencia, necessariamente, com a mesma frequência os quatro conteúdos de intrusões. Estes resultados são congruentes com o que referimos anteriormente sobre as intrusões de tipo obsessivo. As intrusões

alimentares foram, por sua vez, avaliadas como mais frequentes do que as dismórficas. Como referido no estudo de Perpiña, Roncero e Belloch, (2008), algumas intrusões relativas às perturbações alimentares podem fazer parte de um grupo de conteúdos “socialmente aceitáveis” que dizem respeito às preocupações com a alimentação saudável e o exercício físico, bem como aos comportamentos (fazer dieta e exercício) a elas associadas, que, na nossa perspetiva, podem contribuir para o aumento da frequência deste tipo de pensamentos em relação aos de conteúdo dismórfico.

Ainda no que respeita à frequência, analisamos se, quando associados, se verificariam diferenças na frequência com que cada grupo era assinalado, ou seja, se assinalar determinado grupo como frequente, faria com que fosse assinalado outro grupo com semelhante frequência. Os nossos resultados, mostram que as relações entre os quatro grupos de intrusões são positivas e significativas, assim, pontuações elevadas na frequência de um grupo de intrusões, está associada com pontuações elevadas na frequência de outro grupo. Ou seja, esta associação mostra que à medida que aumenta a frequência com que os participantes experimentam, por exemplo, intrusões de tipo obsessivo, aumenta a frequência com que experimentam também intrusões dos restantes grupos de intrusões, esta associação é mais elevada em especial com as intrusões relacionadas com a saúde, e com as intrusões dismórficas.

Relativamente ao mal-estar causado pelas intrusões, os resultados obtidos mostram que o nível de incómodo experimentado pelos participantes foi reduzido. Rachman e de Silva (1978), por exemplo, referiram que, os pensamentos intrusivos causavam muito menos incómodo quando apareciam do que as obsessões clínicas.

Analisamos também a associação do mal-estar entre os conteúdos de intrusões (Figura 3). Podemos observar que as diferenças são significativas, principalmente, entre os conteúdos obsessivos e os conteúdos dismórficos e alimentares, e entre os conteúdos relacionados com a saúde e os conteúdos dismórficos e alimentares. Significando que, um individuo não sente, necessariamente, o mesmo grau de incómodo nestes grupos.

Tal como para a frequência, analisamos também se, se verificariam diferenças na associação do mal-estar causado entre os quatro conteúdos de pensamentos intrusivos. Ou seja, se um participante selecionar um grupo como causando significativo mal-estar, faz com que tenha tendência para selecionar outro tipo de conteúdo como tendo um

semelhante grau de mal-estar associado. Os resultados obtidos mostram que as relações são significativas e positivas entre os 4 tipos de intrusões, significando que pontuações elevadas no mal-estar de um grupo de intrusões, estão associadas com pontuações elevadas no mal-estar de outro grupo. Ou seja, esta associação mostra que à medida que aumenta o mal-estar com que os participantes experimentam, por exemplo, intrusões de tipo obsessivo, aumenta o mal-estar com que experimentam também intrusões dos restantes grupos de intrusões, esta associação é mais elevada em especial com as intrusões relacionadas com a saúde, e com as intrusões dismórficas.

Os resultados encontrados na análise do mal-estar vão ao encontro dos obtidos na associação da frequência entre os tipos de intrusões, e, faz sentido, que quando um indivíduo experiencia um tipo de intrusões e lhe causa determinado nível de mal-estar, este seja também experienciado quando tem outro tipo de intrusões, visto que a associação da frequência nestes grupos é igualmente elevada. No entanto, e não fazendo parte dos objetivos por nós delineados, provavelmente poderia ser interessante estudar a associação entre estas duas variáveis (frequência e mal-estar).

Em seguida, vamos passar para a discussão dos resultados obtidos na segunda parte do QUPIDES.

Pareceu-nos importante perceber qual a forma em que intrusão selecionada como sendo a mais desagradável se manifestava: pensamento, impulso, imagem ou sensação física. É de referir, que a maior parte dos estudos com populações não clínicas apenas contempla a forma de pensamento como meio da manifestação das intrusões. Um estudo com objetivo similar ao nosso, em Espanha (Belloch et al, 2016) obteve resultados similares aos obtidos nesta investigação, nos quais a forma de intrusão maioritariamente referida também foi o *pensamento*. Neste sentido, podemos observar que, em todos os conteúdos de intrusões a forma de maior manifestação das intrusões é o pensamento, com mais de 60% em todos os grupos. No entanto, parece-nos interessante salientar que apenas o G1 – intrusões obsessivo-compulsivas – obteve percentagens diferentes dos outros quatro conteúdos, com a percentagem mais elevada na forma de pensamento (68%) e as mais baixas nas restantes, nomeadamente, impulso (8%), sensação física (9%) e a imagem (16%). Nos restantes grupos, as percentagens são iguais, pensamento 66%, impulso (4%), sensação física (12%) e imagem (18%). O facto de as percentagens serem mais elevadas neste grupo, pode ser explicada seguindo

a lógica da frequência, pelo facto de o instrumento ser mais sensível a estes conteúdos de intrusões em relação aos restantes. Como referido a maior parte dos estudos na população não clínica tem apenas em consideração a intrusão na sua forma de pensamento, sabemos que alguns dos conteúdos obsessivos, (por exemplo, sexuais e religiosos) são descritos pela população clínica como surgindo na forma de imagens e impulsos (Radomsky et al., 2014; Rachman, 2014). Pareceu-nos importante referir, que tendo em conta as suas características base, as intrusões de conteúdo alimentar, teriam uma componente de “sensação física” maior, o que não aconteceu, é de relevância teórica e prática perceber a razão deste fenómeno. Isto porque, segundo o modelo cognitivo-comportamental para esta perturbação (Williamson, White, York-Crowe & Stewart 2004) através de estímulos externos (comida “proibida”, por exemplo) são ativados auto esquemas corporais negativos que fazem o indivíduo focalizar a sua atenção no próprio corpo e para esses estímulos e “sentir-se gordo”.

Outras dimensões por nós analisadas foram, a interferência causada, o impacto emocional, os tipos de avaliações disfuncionais realizadas e as estratégias de controlo empregues pelos participantes.

Apresentamos em seguida uma Tabela com a função de sintetizar a informação e proporcionar uma visão mais clara dos principais resultados obtidos.

**Tabela 15.** Síntese dos principais resultados encontrados no impacto emocional, avaliação e estratégias utilizadas para lidar com as intrusões mais desagradáveis a partir da comparação dos diferentes tipos de intrusões em função do conteúdo.

		<b>Obsessivas</b>	<b>Dismórficas</b>	<b>Alimentares</b>	<b>Saúde</b>
<b>Impacto emocional</b>	Medo	+ Dismórficas + Alimentares - Saúde	- Obsessivas + Alimentares - Saúde	- Obsessivas = Dismórficas - Saúde	Assustam mais do que todas as outras
	Tristeza	Menos tristeza do que todas as outras	Mais tristeza do que todas as outras	+ Obsessivas - Dismórficas - Saúde	+ Obsessivas - Dismórficas + Alimentares
<b>Interferência</b>	Interferência	Interrompem mais o pensamento	- Obsessivas + Alimentares = Saúde	Interrompem menos o pensamento	- Obsessivas = Dismórficas + Alimentares

		do que todas as outras		do que as outras	
<b>Avaliação do pensamento</b>	Inaceitabilidade	Sem diferenças	= Obsessivas = Alimentares - Saúde	Sem diferenças	= Obsessivas + Dismórficas = Alimentares
	Sobre-estimação da Importância do Pensamento	Mais importantes do que todas as outras	Menos importantes do que as outras	- Obsessivas + Dismórficas - Saúde	- Obsessivas + Dismórficas + Alimentares
	Sobre-estimação da Importância de o suprimir e controlar	+ Dismórficas + Alimentares = Saúde	- Obsessivas + Alimentares = Saúde	Menos importante controlar ou suprimir do que todas as outras.	= Obsessivas + Dismórficas + Alimentares
	Fusão pensamento- ação tipo probabilidade	+ Dismórficas = Alimentares + Saúde	- Obsessivas = Alimentares = Saúde	= Obsessivas + Dismórficas + Saúde	- Obsessivas = Dismórficas - Alimentares
<b>Estratégias</b>	Ignorar o pensamento	Sem diferenças	= Obsessivas = Alimentares + Saúde	Sem diferenças	= Obsessivas = Dismórficas - Alimentares
	Nada	Sem diferenças	= Obsessivas = Alimentares + Saúde	= Obsessivas = Dismórficas + Saúde	= Obsessivas - Dismórficas - Alimentares
	Paragem de pensamento (Supressã)	+ Dismórficas + Alimentares = Saúde	- Obsessivas + Alimentares = Saúde	Menos paragem de pensamento do que todas as outras	= Obsessivas = Dismórficas + Alimentares
	Auto-punição	+ Dismórficas + Alimentares = Saúde	- Obsessivas = Alimentares - Saúde	- Obsessivas = Dismórficas - Saúde	= Obsessivas + Dismórficas + Alimentares
	Neutralização	= Dismórficas + Alimentares = Saúde	= Obsessivas + Alimentares = Saúde	Menos neutralização do que em todas as outras	= Obsessivas = Dismórficas + Alimentares.
	Reaseguração	= Dismórficas + Alimentares = Saúde	= Obsessivas + Alimentares - Saúde.	Menos reaseguração do que todas	= Obsessivas + Dismórficas + Alimentares.

Antes de darmos início à discussão dos dados sintetizados na Tabela 14, é importante reforçar que estes são referentes aos resultados do Paired-Sample t Test, tratando-se assim de diferenças entre os quatro grupos de intrusões. De modo a não se tornar difícil de interpretar e compreender, optamos por analisar nesta discussão as diferenças que se mostraram significativas.

Como pode ser observado na Tabela 15, os pensamentos intrusivos de conteúdo obsessivo-compulsivo, provocaram, nos participantes da nossa amostra, mais medo do que nos conteúdos dismórficos e alimentares, e menos tristeza quando comparados com os restantes grupos de intrusões (dismórficos, alimentares e relacionados com a saúde). O nível de interferência causado foi maior nos conteúdos obsessivos quando comparados com os restantes conteúdos. Relativamente ao medo, e no caso das intrusões obsessivas, o facto de os conteúdos neste grupo expressos estarem relacionados com questões como a dúvida, como “Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo: deixei algo aceso em casa (por ex., o lume da cozinha, o aquecimento, o gás, o forno, as luzes, um cigarro, etc.)”, ou de prejudicar os outros, como “ Ao utilizar um objeto cortante (como uma faca, uma tesoura, etc.) ou uma ferramenta, tive intrusões mentais de ferir ou fazer mal a uma pessoa próxima (u familiar, um amigo/a).” este tipo de pensamentos pode causar medo no sentido em que o indivíduo pode questionar-se se, o facto de os ter tido pode fazer com que fosse capaz de os realizar na realidade (TAF – uma das formas de avaliação mais significativas). Tendo em conta que estes conteúdos causam reações de medo consideráveis, é natural que causem maior nível de interferência, estes resultados podem estar relacionados com o facto de estes conteúdos serem também avaliados como mais importantes do que os restantes (dismórficos, alimentares e relacionados com a saúde), como podemos observar em seguida.

No que diz respeito às avaliações disfuncionais realizadas pelos indivíduos, os nossos resultados apontam para, que aquando da experiência de pensamentos intrusivos de conteúdo obsessivo os participantes avaliaram os seus pensamentos como mais importantes do que os restantes conteúdos, atribuíram maior importância à necessidade de os controlar do que nos conteúdos dismórficos e alimentares, e consideraram ter mais probabilidade de se tornarem reais (TAF) do que os conteúdos dismórficos e

relacionados com a saúde. Os participantes utilizaram mais estratégias para parar o pensamento e de autopunição nos conteúdos obsessivos do que nos dismórficos e alimentares, e de neutralização e reaseguração, para controlar as intrusões de conteúdo obsessivo do que para os conteúdos de intrusões alimentares.

Teoricamente, as crenças disfuncionais são consideradas, variáveis centrais nos modelos cognitivos do desenvolvimento da POC (Rachman, 1997; OCCWG, 1997), das quais resultariam a utilização de estratégias para as controlar/eliminar, que segundo alguns autores (Freeston, Ladouceur, Provencher, & Blais 1995; Rachman, 1997), serviriam apenas como um fator de alívio no momento da intrusão. Os nossos resultados, relativamente ao tipo de avaliações disfuncionais realizadas pelos participantes aquando as intrusões obsessivas, vão ao encontro do apresentado na literatura por nós analisada. OCCWG, (1997) identificaram seis domínios principais das crenças disfuncionais, nas quais se inserem as avaliações tidas como mais significativas nos nossos resultados, nomeadamente, uma elevada responsabilidade e importância, elevado viés de probabilidade de fusão pensamento-ação (TAF) e a preocupação excessiva com a necessidade de controlar/eliminar estas intrusões. Também no que diz respeito às estratégias de controlo mais utilizadas, os resultados apresentados como mais significativos, estão presentes nas estratégias descritas na literatura (Freeston, Ladouceur, Provencher, e Blais, 1995; Radomsky et al., 2014).

As intrusões dismórficas, por sua vez, causaram o mesmo grau de medo do que as intrusões alimentares e menos do que nas obsessivas e de saúde, e mais tristeza do que nos restantes conteúdos (obsessivos, alimentares e relacionados com a saúde). Os conteúdos dismórficos, comparados com os outros conteúdos, causam maior interferência apenas do que os conteúdos alimentares. Uma justificação plausível para estes conteúdos causarem maior grau de tristeza remete-nos às características da perturbação dismórfica corporal, na qual os indivíduos que sofrem com esta condição percecionam "falhas" na sua aparência que causam uma enorme angústia e vergonha com significativa interferência na vida do paciente, podendo acarretar problemas adicionais como a depressão, o isolamento, ou ideação suicida (Veale, 2004). Como referido estas falhas percebidas causam vergonha, podendo causar interferência elevada também no pensamento e comportamento do indivíduo, fazendo com que se perceba como inferior, afetando a autoestima.

Relativamente às avaliações disfuncionais realizadas, as intrusões dismórficas foram avaliadas apenas como mais importantes de serem controladas do que as intrusões alimentares, na comparação com os outros conteúdos de intrusões. Relativamente às estratégias de controlo utilizadas nestes conteúdos, os participantes ignoraram-os e não fizeram nada com mais frequência do que nos pensamentos intrusivos relacionados com a saúde, utilizaram mais a paragem de pensamento, a neutralização e a reaseguração nos conteúdos dismórficos do que nos conteúdos alimentares. A perturbação dismórfica corporal, é, segundo a nossa análise da literatura das perturbações menos estudadas no que diz respeito aos pensamentos intrusivos. Tendo em conta esta questão, podemos verificar que os tipos de avaliações por nós estudadas não se encontram na literatura analisada, na qual estas avaliações se centram essencialmente na preocupação excessiva com a aparência (Veale, 2001; Veale, 2015). O resultado mais significativo que obtivemos diz respeito à necessidade de controlar estes pensamentos intrusivos em relação aos alimentares, e esta questão pode refletir-se na literatura relativa às perturbações alimentares, onde é referido que os pensamentos relativos à dieta e ao exercício físico acarretam uma experiência emocional negativa que é vista como "normativa", portanto, as ações que anulam a experiência são vistas como úteis e válidas (Williamson, White, York-Crowe & Stewart 2004), sendo assim menos prováveis de serem avaliados com necessidade de serem controlados do que as dismórficas, mesmo possuindo conteúdos semelhantes (A. Belloch, comunicação pessoal, Janeiro, 2015). Na utilização de estratégias de controlo, podemos verificar que os nossos resultados só vão ao encontro da literatura na utilização da estratégia de reaseguração (Phillips, Menard & Weisberg, 2005), as outras estratégias apresentadas na literatura (em síntese na Tabela 1) estão relacionadas com a verificação da imagem e com a camuflagem dos defeitos percebidos, no entanto, os nossos resultados mostram que os nossos participantes, perante estes conteúdos, fazem maior uso de estratégias como ignorá-los, fazer com que parem ou neutraliza-los. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de, como referido, não haver, segundo a nossa análise, literatura dirigida à população não clínica que apresente este conteúdo de pensamentos intrusivos.

Na comparação entre os quatro conteúdos, os pensamentos intrusivos de conteúdo alimentar, causam maior tristeza do que os pensamentos intrusivos obsessivos. O grau de interferência causado é menor do que nos restantes conteúdos (obsessivos,

dismórficos e relacionados com a saúde). O facto de a interferência causada ser menor neste tipo de intrusões em relação aos restantes pode estar relacionado, com uma tendência crescente na preocupação com a alimentação saudável e a prática do exercício físico, que pode contribuir para a aquisição da categoria de “normalidade socialmente aceitável” destes conteúdos.

Estes conteúdos foram avaliados como mais importantes e com maior probabilidade de se tornarem reais (TAF) do que os pensamentos intrusivos dismórficos e com igual inaceitabilidade aos restantes conteúdos. Os pensamentos intrusivos alimentares, só mostraram diferenças significativas na utilização das estratégias de controlo de ignorar a intrusão e não fazer nada, quando comparados com os pensamentos intrusivos relacionados com a saúde. Como podemos verificar os tipos de avaliações com relações mais significativas vão ao encontro da literatura analisada, onde, a probabilidade de fusão pensamento-ação e a responsabilidade/importância excessiva fazem parte das avaliações disfuncionais realizadas pelos participantes não clínicos do estudo de Perpiña, Roncero e Belloch (2008). Curiosamente, uma das avaliações referidas neste estudo como realizadas com elevada frequência, a importância de serem controlados, foi a menos utilizada no nosso estudo quando comparada com os restantes grupos de intrusões (obsessivos, dismórficos e de saúde), o que, parece fazer sentido e ir ao encontro das explicações relativas à “normatividade” aceite destes pensamentos, também referida no estudo de Perpiña, Roncero e Belloch (2008). As estratégias de controlo mais significativas apresentadas nos nossos resultados foram “ignorar” e “Não fazer nada”, no estudo de Perpiña, Roncero e Belloch, (2008), é referido que “não fazer nada e obedecer” é uma estratégia utilizada pelos indivíduos que experienciam as intrusões alimentares. Uma justificação para esta questão, pode ser precisamente a questão de que, como se tornam mais normativas, se torna mais aceitável fazer exercício, ou dieta, ou não comer determinado alimento, para aliviar o pensamento relacionado a “estar ou ser gordo/a”. Esta questão vai ao encontro das avaliações disfuncionais que estes indivíduos realizam, nomeadamente a probabilidade de fusão pensamento-ação, por nós já descrita.

Por fim, os pensamentos intrusivos relacionados com a ansiedade na saúde provocam, nos nossos participantes, mais medo quando comparados com os restantes grupos de intrusões (obsessivos, dismórficos e alimentares) e provocam mais tristeza do que os conteúdos obsessivos e alimentares. O grau de interferência causada é, na

comparação entre conteúdos, maior do que no caso dos conteúdos alimentares. Relativamente ao medo e a tristeza expressos, nestes conteúdos, o facto de que estas intrusões estão relacionadas com a preocupação e o medo exacerbados de contrair doenças, estando assim ligadas à possibilidade de contrair uma doença (Langlois, Ladouceur, Patrick, & Freeston, 2004) e até de morrer, podendo tornar-se pensamentos assustadores. A busca por confirmações do seu estado de saúde, pode causar interferência significativa aos participantes quando experimentam este tipo de pensamentos intrusivos, tendo em consideração que uma das avaliações mais significativas nos nossos resultados é a importância dada a estes pensamentos, é natural que interrompam o fluxo natural da consciência e os comportamentos do indivíduo.

No que respeita às avaliações disfuncionais realizadas pelos indivíduos, os nossos resultados mostram, que aquando da experiência de pensamentos intrusivos relacionados com a saúde os participantes avaliaram os seus pensamentos como mais inaceitáveis do que os obsessivos, mais importantes do que os alimentares e com maior necessidade de serem controlados do que os alimentares e dismórficos. Na comparação entre os quatro conteúdos, os participantes utilizaram mais estratégias de parar o pensamento e de neutralização nas intrusões relacionadas com a saúde do que nas intrusões alimentares, e de autopunição e reaseguração aquando o surgimento das intrusões relacionadas com a saúde do que nas intrusões alimentares e dismórficas.

Como no caso das intrusões dismórficas, também nas intrusões relacionadas com a saúde, não foram encontrados estudos sobre estes conteúdos na população não clínica. Neste sentido, as avaliações disfuncionais e estratégias de controlo observadas nos nossos resultados não encontram equivalência teórica. Na literatura as avaliações mais empregues encontram-se relacionadas com o catastrofismo e a preocupação obsessiva dos sintomas de doença, que estão diretamente ligados às populações que sofrem desta patologia. Consequentemente, as estratégias empregues estão relacionadas com estas avaliações e dizem respeito à procura de informações que confirmem o seu estado de saúde. Os nossos resultados, são direccionados à população não clínica, a avaliação deste conteúdo como inaceitável, importante e importantes de serem controlados, pode estar relacionada, como já referido, com o facto de estes pensamentos estarem diretamente ligados à saúde e vida do indivíduo. Abramowitz, Deacon, e Valentiner, (2007), referem que indivíduos que sofrem com esta patologia utilizam estratégias de busca de informações (idas ao médico, pesquisas na internet, perguntar a outras pessoas...) uma

das estratégias com maior relevância nos nossos resultados é a reaseguração, estando a utilização desta estratégia de acordo com o que seria esperado teoricamente, no entanto, a neutralização e a paragem do pensamento encontram-se fora dos limites da literatura analisada, podendo estar relacionado com o anteriormente mencionado.

Um dado interessante é que, no que diz respeito às estratégias de controlo, na globalidade (Ignorar, não fazer nada, parar o pensamento, autopunição, neutralização e reaseguração) podemos verificar que entre os pensamentos intrusivos obsessivos e os relacionados com a saúde não são encontradas diferenças significativas. Como apresentado anteriormente, estes dois conteúdos são, na nossa amostra, os mais frequentes, Moulding et al (2014), referem que apesar da experiência de pensamentos intrusivos parecer estar relacionada com as avaliações disfuncionais que os indivíduos realizam desses pensamentos, as estratégias de controlo utilizadas parecem afetar mais a experiência de pensamentos intrusivos, ou seja, a frequência, no entanto este estudo não encontrou uma justificação sólida para estas possíveis associações.

É importante referir que, tanto no caso das avaliações disfuncionais, como no caso das estratégias utilizadas, apesar de existirem diferenças relevantes nos nossos resultados, na nossa amostra, este estudo centra-se na população não clínica. Deste modo, também podemos observar que estas avaliações e estratégias apresentam, de um modo geral, valores reduzidos, provavelmente mais reduzidos do que apresentariam se, se tratasse de uma amostra clínica, como é referido por alguns autores (Rachman e de Silva, 1978; Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo, e Carrió, 2004), na literatura onde é referido que uma das principais diferenças entre os pensamentos intrusivos e as obsessões clínicas é que os indivíduos apresentam uma menor dificuldade para as controlar. Partindo do princípio que as estratégias utilizadas são reflexo das avaliações e crenças disfuncionais, se forem utilizadas com menos frequência, também derivariam de menor número e influência de avaliações.

## **5. Conclusão**

Os resultados principais obtidos mostram que a grande maioria dos participantes reconheceu ter experimentado alguma vez na vida intrusões dos quatro tipos de conteúdos avaliados (obsessivo-compulsivas, dismórficas, alimentares e relacionadas com a saúde).

Os conteúdos de intrusões mais frequentemente e mais incómodos experimentados pelos participantes foram os obsessivo-compulsivos. A forma pela qual o pensamento mais desagradável mais se manifestava, nos quatro conteúdos foi por pensamento. As intrusões relacionadas com a saúde provocaram mais medo do que restantes. Quanto ao humor, as intrusões obsessivas foram as que provocaram menos tristeza e as dismórficas as que mais.

As intrusões obsessivas causaram uma maior interferência no pensamento do que os outros conteúdos e as alimentares menos.

As intrusões obsessivas foram avaliadas como mais disfuncionais e aquelas em que foram utilizadas mais estratégias de controlo. No entanto, as intrusões alimentares, foram grupo de intrusões nas quais os participantes realizaram menos avaliações disfuncionais e empregaram menos estratégias de controlo.

Nos restantes conteúdos há maior associação de igualdade nas avaliações e estratégias de controlo.

Os nossos resultados, no geral, reforçam a possibilidade da existência de um contínuo entre normalidade e patologia – ou seja, entre intrusão e obsessão – tal como é referido nos modelos cognitivo-comportamentais das quatro perturbações mentais por nós estudadas.

É ainda de salientar, que este estudo apresenta algumas limitações, que podem ser corrigidas em estudos futuros. Como, futura aplicação do QUPIDES numa amostra clínica, possivelmente dividida em quatro grupos, para obtenção de informação pertinente sobre o papel das intrusões no desenvolvimento das obsessões, a fim de fundamentar melhor, a hipótese de continuidade intrusões-obsessões.

Além disso, pode ser questionado o tipo de instrumento utilizado, um de autorrelato, que não pode garantir a ausência de viés de desejabilidade social, ou acessibilidade e fidelidade de memórias (Gallego et al., 2007), bem como o condicionamento da possibilidade de fornecer respostas (em escala numérica).

Por outro lado, as reações emocionais, avaliações disfuncionais, e estratégias de controlo são avaliadas através de questões relacionadas com o pensamento intrusivo mais desagradável, e apesar de esta situação se dever à necessidade de sintetização das

respostas, pode, por outro lado, restringir em demasia as respostas fornecidas pelo participante.

Finalmente, o QUPIDES recolhe intrusões do ponto de vista do 'produto' (ou seja da intrusão), ignorando todas as informações que poderiam ser captadas através de outra metodologia para analisar as operações e processos subjacentes a este tipo de pensamentos, por exemplo, à realização de avaliações disfuncionais e à relação existente entre essas avaliações e aspetos como o impacto emocional, a interferência e a implementação de determinadas estratégias de controlo.

Para concluir, intrusões e obsessões parecem ligadas por uma linha imaginária de continuidade, na qual se inserem todos os indivíduos, dada a universalidade dos pensamentos intrusivos. As obsessões poderiam desenvolver-se, através de vulnerabilidades em indivíduos específicos. A existência de esquemas cognitivos alterados, levaria à realização de avaliações disfuncionais e que resultariam na implementação de estratégias para controlar/eliminar as intrusões, que, como descrito nos modelos teóricos das perturbações estudadas, trariam alívio a curto prazo, mas que, a longo prazo poderiam auxiliar no aumento da frequência e do mal-estar causados por este tipo de pensamentos. Assim, quanto maior o significado pessoal atribuído ao conteúdo dos pensamentos intrusivos, maior a probabilidade de serem avaliados de forma disfuncional, refletindo-se num maior esforço para os eliminar, entrando num ciclo vicioso, que culminaria no desenvolvimento e manutenção de perturbações como a obsessivo-compulsiva, dismórfica, do comportamento alimentar e de ansiedade em relação à saúde.

## 6. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed. Text revision). Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: Authot.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Valentiner, D. P. (2007). The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6), 871-883.
- Abramowitz, J. S., Olatunji, B. O., & Deacon, B. J. (2007). Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 38(1), 86-94.
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., & Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: the role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(2), 100-110.

- Belloch, A., Pascual-Vera, B., Ruiz, M., Jiménez-Ros, A. (2016). Questionnaire on Unwanted Intrusive Thoughts- QUIT: Presentation and preliminary data in Spanish and Portuguese undergraduates. Apresentação em PowerPoint. Ankara, Universitat de Valencia.
- Berry, L. M., & Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(2), 125-132.
- Clark, D. A., & Inozu, M. (2014). Unwanted intrusive thoughts: Cultural, contextual, covariational, and characterological determinants of diversity. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 195-204.
- Clark, D. A., Abramowitz, J., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., ... & Ghisi, M. (2014). Part 3. A question of perspective: The association between intrusive thoughts and obsessionality in 11 countries. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 292-299.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E., & Rasmussen, S. A. (2004). Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 10-15.
- 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.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Provencher, M., & Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: Context, appraisal, mood, and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(3), 201-215.
- Gallego, M.J., Botella, C., Quero, S., Baños, R.M., y García-Palacios, A. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (BFNE) en nuestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 136-176.
- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2014). Intrusive Thoughts in Obsessive-Compulsive Disorder and Eating Disorder Patients: A Differential Analysis. *European Eating Disorders Review*, 22(3), 191-199.
- Jiménez-Ros, A. (2011). *Pensamientos Intrusos obsesivos, valoraciones y estrategias de control en individuos no clínicos portugueses*. Dirigida por el Dr. D. Luis Miguel Pascual Orts. Universidad de Huelva
- Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical psychology review*, 27(3), 366-383.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 1. *Behaviour research and therapy*, 38(2), 157-173.
- Langlois, F., Ladouceur, R., Patrick, G., & Freeston, M. H. (2004). Characteristics of illness intrusions in a non-clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 42(6), 683-696.
- Moulding, R., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., ... & García-Soriano, G. (2014). Part 2. They scare because we care: The relationship between obsessive intrusive thoughts and appraisals and control strategies across 15 cities. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 280-291.

- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667-681.
- Olatunji, B. O., Kauffman, B. Y., Meltzer, S., Davis, M. L., Smits, J. A., & Powers, M. B. (2014). Cognitive-behavioral therapy for hypochondriasis/health anxiety: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Behaviour research and therapy*, 58, 65-74.
- Pavan, C., Simonato, P., Marini, M., Mazzoleni, F., Pavan, L., & Vindigni, V. (2008). Psychopathologic aspects of body dysmorphic disorder: a literature review. *Aesthetic Plastic Surgery*, 32(3), 473-484.
- Perpiña, C., Roncero, M., & Belloch, A. (2008). Intrusiones sobre trastornos alimentarios en población general: desarrollo y validación del Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios (INPIAS). *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(3), 187-203.
- Phillips KA, McElroy SL, Hudson JL, Pope HG (1995) Body dysmorphic disorder: An obsessive-compulsive disorder, a form of affective spectrum-disorder, or both? *J Clin Psychiatry* 56:41–51
- Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R (2005) Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 46:317–325
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793–802.
- Rachman, S. (2014). Global intrusive thoughts: A commentary. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 300-302.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour research and therapy*, 16(4), 233-248.
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., ... & Wong, W. (2013). Part 1—You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29–S52.
- Santo, H. E., & Daniel, F. B. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do  $p < 0,05$  na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1(1), 3-16.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., & Synodi, D. S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 505-517.
- Veale, D. (2001). Cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(2), 125-132.
- Veale, D. (2004). Body dysmorphic disorder. *Postgraduate medical journal*, 80(940), 67-71.
- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E., & Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711-738.

- World Health Organization, & World Health Organization. (1992). ICD-10. *International statistical classification of diseases and related health problems (10th edition)*. Geneva, SR: World Health Organization (WHO).
- Yorulmaz, O., Karanci, A. N., Bastug, B., Kisa, C., & Goka, E. (2008). Responsibility, thought-action fusion, and thought suppression in Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 308-317.

# Anexos

# **Anexo I**

## **Consentimento informado**

### CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente recolha de dados insere-se no âmbito de um projeto de investigação internacional no qual se integra um grupo de docentes de Psicologia Clínica da Universidade do Algarve. O objetivo desse projeto consiste em caracterizar o modo como os pensamentos desagradáveis afetam a vida das pessoas.

A sua colaboração é muito importante. A participação implica o preenchimento de um conjunto de questionários para recolher informação sobre os seus pensamentos desagradáveis, o modo como lida com os mesmos e sobre as suas emoções.

O preenchimento dos questionários não lhe tomará mais do que quarenta minutos.

Ao responder aos questionários não lhe é solicitado que se identifique. Além disso, é importante que tome conhecimento que os dados que nos fornece serão utilizados apenas para investigação. Para obter um maior anonimato e confidencialidade, poderá colocar os questionários preenchidos dentro do envelope que lhe foi entregue, fechar o envelope e rubricar por cima da zona onde o fechou.

Caso tenha dúvidas relacionadas com a sua participação nesta investigação pode contactar-nos através do email [GICT.Ualg@gmail.com](mailto:GICT.Ualg@gmail.com)

Agradecemos, desde já, a sua atenção.

Grupo de investigação sobre Construtos Transdiagnósticos em Psicologia Clínica

# **Anexo II**

## **Questionário de dados sociodemográficos**

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Data de Nascimento \_\_\_\_\_
2. Sexo:  Masculino  Feminino
3. Idade: \_\_\_\_\_ anos
4. Naturalidade (Concelho): \_\_\_\_\_
4. Estado Civil:  Solteiro/a  Casado/a; Unido/a de facto  Divorciado/a  Viúvo/a
5. Profissão: \_\_\_\_\_
6. Nível Socioeconómico:  Baixo  Médio-Baixo  Médio  Médio-Alto  Alto
7. Escolaridade:  1.º Ciclo  2.º Ciclo  3.º Ciclo  Secundário  Superior
8. Sofre de alguma doença pela qual tenha precisado de atenção médica especializada?  
 Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_
9. Já lhe foi diagnosticado algum problema psicológico?  
 Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

# **Anexo III**

**Questionário de Pensamentos  
Intrusivos Desagradáveis (QUPIDE**

### QUESTIONÁRIO DE PENSAMENTOS INTRUSIVOS DESAGRADÁVEIS (QUIPDES)<sup>1</sup>

Este questionário apresenta uma lista de pensamentos incómodos ou desagradáveis que a maioria das pessoas alguma vez já teve.

Estes pensamentos **APARECEM, DE REPENTE, NA NOSSA MENTE** contra a nossa vontade, e **INTERROMPEM** o que estamos a fazer ou a pensar nesse momento. Em muitas situações pode ser **DIFÍCIL CONTROLÁ-LOS**, ou seja, afasta-los da cabeça, pará-los, ou impedir que apareçam, por muito que nos esforcemos ou que tentemos.

Além disso, são **INCÓMODOS, DESAGRADÁVEIS** e, em algumas situações, até **INACEITÁVEIS**.

Este tipo de pensamentos denominam-se “**INTRUSÕES MENTAIS**” e podem aparecer na nossa mente de uma ou mais das seguintes formas:

1. Como **IMAGENS**, ou seja, como fotografias que de repente aparecem na nossa mente
2. Como um **IMPULSO** ou **NECESSIDADE IMPERIOSA E URGENTE** de fazer ou dizer algo
3. Como uma **SENSAÇÃO** física desagradável
4. Ou, simplesmente como **PENSAMENTOS** sobre algo.

Nas páginas seguintes encontrará **QUATRO** conjuntos de intrusões mentais relacionadas com diferentes conteúdos, iremos pedir-lhe que indique:

- 1) **COM QUE FREQUÊNCIA** tem cada uma das intrusões mentais desagradáveis
- 2) **QUANTO MAL-ESTAR** lhe provoca cada uma das intrusões mentais no momento em que surgem

Depois iremos pedir-lhe que responda a algumas perguntas relacionadas com a intrusão que considere que mais o incomoda em cada grupo. Não pense demasiado. Não há respostas boas ou más, nem certas ou erradas. Por favor, **responda com a máxima sinceridade**.

---

<sup>1</sup> *Inventario de Pensamientos Intrusivos Desagradables* (INPIDES). Versión Experimental. Grupo I'TOC. [www.itoc.info](http://www.itoc.info). Universidad de Valencia (España). Em processo de adaptação ao português pelo Grupo de Investigação sobre Construtos Transdiagnósticos em Psicologia Clínica da Universidade do Algarve. Informação: GICT.Ualg@gmail.com

**GRUPO 1. INTRUSÕES MENTAIS RELACIONADAS COM CONTEÚDOS DESAGRADÁVEIS**

Indica a **frequência** (coluna à esquerda) e o **mal-estar** (coluna à direita) para cada uma das intrusões da lista. Utiliza estas escalas de resposta.

**Escala de resposta para a FREQUÊNCIA**

0	1	2	3	4	5	6
<b>NUNCA:</b> "Nunca tive esta intrusão mental"	<b>RARAMENTE:</b> "Tive esta intrusão uma ou duas vezes em toda a minha vida"	<b>OCASIONALMENTE:</b> "Tive esta intrusão algumas vezes por ano"	<b>ÀS VEZES:</b> "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por mês"	<b>FREQUENTEMENTE:</b> "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por semana"	<b>MUITO FREQUENTEMENTE:</b> "Tenho esta intrusão diariamente"	<b>SEMPRE:</b> "Tenho esta intrusão frequentemente, durante todo o dia"

**Escala de resposta para o MAL-ESTAR**

0	1	2	3	4
Não é nada incómodo	É algo incómodo	É incómodo	É muito incómodo	É extremamente incómodo

FREQUÊNCIA (0 – 6)	Nº	CONTEÚDO DA INTRUSÃO	MAL-ESTAR (0-4)
	1	Ao utilizar um objeto cortante (como uma faca, uma tesoura, etc.) ou uma ferramenta, tive intrusões mentais de ferir ou fazer mal a uma pessoa próxima (um familiar, um amigo/a).	
	2	Ao estar num lugar alto (como um precipício, uma ponte ou um edifício alto, etc.), tive intrusões mentais de saltar no vazio.	
	3	Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais de participar numa atividade sexual que vai contra as minhas preferências sexuais (por ex. homem/mulher, animais, mortos, etc.).	
	4	Do nada, sem nenhum motivo especial, tive intrusões mentais sobre dúvidas existenciais sem sentido (por ex., sobre eu mesmo/a, os meus sentimentos, a vida, o mundo, etc.).	
	5	Embora saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de me ter sujado ou contaminado por ter tido contacto, ainda que fosse muito leve, com secreções corporais (suor, saliva, urina, fezes, etc.).	
	6	Ao estar num lugar público, tive intrusões mentais de me ter contaminado ou poder contrair uma doença por tocar em algo que tenha sido tocado por desconhecidos (por ex. as maçanetas das portas, a tampa da sanita, dinheiro, um telefone público, etc.).	
	7	Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo: deixei algo aceso em casa (por ex., o lume da cozinha, o aquecimento, o gás, o forno, as luzes, um cigarro, etc.).	
	8	Mesmo sabendo que provavelmente não é verdade, tive intrusões mentais deste tipo: "esqueci-me de algo importante?"	
	9	Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive intrusões mentais de que determinados objetos (por ex., móveis, roupa, CDs, etc.) não estavam corretamente ordenados ou não seguiam uma determinada ordem (por ex., simetria, cor, etc.).	
	10	Ainda que um lugar (por ex., o escritório, a minha casa, etc.) pareça organizado, tive intrusões mentais de que determinadas coisas devem estar no "seu" sítio.	
	11	Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que certas ações ou situações podem causar futuras desgraças ou azar em geral (por ex., passar por debaixo de uma escada, ver um gato preto, que alguém me dê um mau-olhado, etc.).	
	12	Ainda que saiba que é pouco provável, tive intrusões mentais de que determinados pensamentos ou imagens podem causar futuras desgraças ou azar em geral (por ex., pensar em algo mau, recordar certa canção, contar números, etc.).	

Agora repare, por favor, nas intrusões mentais da **lista anterior QUE TENHA EXPERIMENTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decida qual destas intrusões **é a mais INCÓMODA**, a mais DESAGRADÁVEL, ou a que mais o afeta quando a tem.

A intrusão que considero **MAIS INCÓMODA**, de entre as que **tenho experimentado nos últimos três meses**, é o número \_\_\_\_\_ da lista anterior.

**De que forma ou formas normalmente a tem? (Pode assinalar várias respostas):**

pensamento       imagem       impulso       sensação física

As seguintes perguntas estão relacionadas com o que experimenta ou faz quando tem a SUA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA.

Utilize esta escala para responder. Indique o grau em que está de acordo ou se aplica a si cada um dos enunciados:

0	1	2	3	4
Nunca / Nada	Quase nunca / Pouco	Às vezes / Algo	Frequentemente / Bastante	Sempre / Muito

**QUANDO ME VEM À CABEÇA A MINHA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA:**

Assusta-me, põe-me nervoso/a.	0	1	2	3	4
Deixa-me triste.	0	1	2	3	4
Interrompe o que estou a fazer, desconcentra-me.	0	1	2	3	4
Considero inaceitável, vai contra o que desejo ou contra os meus valores e crenças.	0	1	2	3	4
Acredito que se a tenho, significa que é algo importante.	0	1	2	3	4
Acredito que é importante controlá-la e deixar de pensar nisso.	0	1	2	3	4
Acredito que se o penso, é mais provável que aconteça, ou que seja verdade.	0	1	2	3	4
Ignoro o que "me diz" a intrusão.	0	1	2	3	4
Não faço nada, deixo-a ficar.	0	1	2	3	4
Digo para mim próprio "pára, deixa estar".	0	1	2	3	4
Ralho comigo mesmo por ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Começo a fazer coisas (ordenar, comprovar, tocar em coisas ou em mim, lavar, limpar, rezar, contar, etc.) para deixar de ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Procuro informação sobre a intrusão ou peço a outras pessoas PARA ME TRANQUILIZAR OU ME ASSEGURAR QUE A INTRUSÃO NÃO TEM IMPORTÂNCIA ou de que não vai acontecer nada de mal por a ter.	0	1	2	3	4

## GRUPO 2: INTRUSÕES MENTAIS RELACIONADAS COM O ASPECTO FÍSICO

Indica a **frequência** (coluna à esquerda) e o **mal-estar** (coluna à direita) para cada uma das intrusões da lista. Utiliza estas escalas de resposta.

### Escala de resposta para a FREQUÊNCIA

0	1	2	3	4	5	6
<b>NUNCA:</b> "Nunca tive esta intrusão mental"	<b>RARAMENTE:</b> "Tive esta intrusão uma ou duas vezes em toda a minha vida"	<b>OCASIONALMENTE:</b> "Tive esta intrusão algumas vezes por ano"	<b>ÀS VEZES:</b> "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por mês"	<b>FREQUENTEMENTE:</b> "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por semana"	<b>MUITO FREQUENTEMENTE:</b> "Tenho esta intrusão diariamente"	<b>SEMPRE:</b> "Tenho esta intrusão frequentemente, durante todo o dia"

### Escala de resposta para o MAL-ESTAR

0	1	2	3	4
Não é nada incómodo	É algo incómodo	É incómodo	É muito incómodo	É extremamente incómodo

FREQUÊNCIA (0 – 6)	Nº	CONTEÚDO DA INTRUSÃO	MAL-ESTAR (0-4)
	1	Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que tenho um defeito físico (nariz, boca, cabelo, genitais, pele, músculos, orelhas, etc.) horrível, nojento.	
	2	Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça o pensamento de que o meu corpo funciona mal (mau odor, suor, mau hálito, flatulências, cara oleosa, mãos ou cabelo oleoso, etc.).	
	3	Do nada, sem nenhum motivo especial, vem-me à cabeça a intrusão mental: " <i>Batia em mim próprio/a ou o que fosse preciso para retirar esse defeito</i> ".	
	4	Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/refletida em algum sítio, vem-me à cabeça: " <i>Que se nota muito o defeito que tenho (nariz, orelhas, mãos, suor, aspeto gorduroso, borbulhas, etc.)</i> ".	
	5	Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça: " <i>Tenho que esconder ou disfarçar os meus defeitos de alguma maneira (maquilhar-me, usar outra roupa, ir à cabeleireira...)</i> ".	
	6	Quando me olho ao espelho ou me vejo refletido/a em algum sítio, vem-me à cabeça: " <i>Tenho que procurar alguma solução (cirurgião, dermatologista, etc.) para que me corrija este defeito que me preocupa</i> ".	
	7	Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça o pensamento: " <i>Qualquer um tem melhor aspeto do que eu</i> ".	
	8	Quando estou com outras pessoas, vem-me à cabeça: " <i>Estão a aperceber-se que há algo no meu corpo que funciona mal (cheiro mal, suor muito, tenho mau hálito, a minha cara brilha, etc.)</i> ".	
	9	Quando tenho contacto físico com alguém próximo (família, amigos, companheiro/a) vem-me à cabeça a intrusão mental: " <i>Gostaria de lhe perguntar como me vê</i> ".	

Agora repare, por favor, nas intrusões mentais da **lista anterior QUE TENHA EXPERIMENTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decida qual destas intrusões é a **mais INCÓMODA**, a mais DESAGRADÁVEL, ou a que mais o afeta quando a tem.

A intrusão que considero **MAIS INCÓMODA**, de entre as que **tenho experimentado nos últimos três meses**, é o número \_\_\_\_\_ da lista anterior.

**De que forma ou formas normalmente a tem? (Pode assinalar várias respostas):**

pensamento       imagem       impulso       sensação física

As seguintes perguntas estão relacionadas com o que experimenta ou faz quando tem a SUA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA.

Utilize esta escala para responder. Indique o grau em que está de acordo ou se aplica a si cada um dos enunciados:

0	1	2	3	4
Nunca / Nada	Quase nunca / Pouco	Às vezes / Algo	Frequentemente / Bastante	Sempre / Muito

**QUANDO ME VEM À CABEÇA A MINHA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA:**

Assusta-me, põe-me nervoso/a.	0	1	2	3	4
Deixa-me triste.	0	1	2	3	4
Interrompe o que estou a fazer, desconcentra-me.	0	1	2	3	4
Considero inaceitável, vai contra o que desejo ou contra os meus valores e crenças.	0	1	2	3	4
Acredito que se a tenho, significa que é algo importante.	0	1	2	3	4
Acredito que é importante controlá-la e deixar de pensar nisso.	0	1	2	3	4
Acredito que se o penso, é mais provável que aconteça, ou que seja verdade.	0	1	2	3	4
Ignoro o que "me diz" a intrusão.	0	1	2	3	4
Não faço nada, deixo-a ficar.	0	1	2	3	4
Digo para mim próprio "pára, deixa estar".	0	1	2	3	4
Ralho comigo mesmo por ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Começo a fazer coisas (ordenar, comprovar, tocar em coisas ou em mim, lavar, limpar, rezar, contar, etc.) para deixar de ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Procuro informação sobre a intrusão ou peço a outras pessoas PARA ME TRANQUILIZAR OU ME ASSEGURAR QUE A INTRUSÃO NÃO TEM IMPORTÂNCIA ou de que não vai acontecer nada de mal por a ter.	0	1	2	3	4

### GRUPO 3. INTRUSÕES MENTAIS RELACIONADAS COM A DIETA E O EXERCÍCIO FÍSICO

Indica a **frequência** (coluna à esquerda) e o **mal-estar** (coluna à direita) para cada uma das intrusões da lista. Utiliza estas escalas de resposta.

#### Escala de resposta para a FREQUÊNCIA

0	1	2	3	4	5	6
<b>NUNCA:</b> "Nunca tive esta intrusão mental"	<b>RARAMENTE:</b> "Tive esta intrusão uma ou duas vezes em toda a minha vida"	<b>OCASIONALMENTE:</b> "Tive esta intrusão algumas vezes por ano"	<b>ÀS VEZES:</b> "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por mês"	<b>FREQUENTEMENTE:</b> "Tenho esta intrusão uma ou duas vezes por semana"	<b>MUITO FREQUENTEMENTE:</b> "Tenho esta intrusão diariamente"	<b>SEMPRE:</b> "Tenho esta intrusão frequentemente, durante todo o dia"

#### Escala de resposta para o MAL-ESTAR

0	1	2	3	4
Não é nada incómodo	É algo incómodo	É incómodo	É muito incómodo	É extremamente incómodo

FREQUÊNCIA (0 - 6)	Nº	CONTEÚDO DA INTRUSÃO	MAL-ESTAR (0 - 4)
	1	Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça o pensamento, ou a imagem, do que como, do que devo e não devo comer.	
	2	Só por ver comida ou estar a comer, de repente vem-me à cabeça: "tenho que fazer exercício".	
	3	Só por ver comida ou estar a comer, de repente tenho o impulso de comer sem parar, até que acabe tudo.	
	4	Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento: "deveria vomitar?"	
	5	Assim que acabo de comer, invade-me o pensamento ou a imagem de: "não deveria ter comido nada disto".	
	6	Assim que acabo de comer, invade-me o impulso de queimar calorias, fazer exercício.	
	7	Se alguém me olha, ainda que não me diga nada, vem-me à cabeça o pensamento: "engordei".	
	8	Quando me estou a arranjar para sair ou simplesmente quando passo em frente de um espelho ou de um vidro ou quando me peso, de repente surge-me o pensamento ou imagem: "estou gordo/a".	

Agora repare, por favor, nas intrusões mentais da **lista anterior QUE TENHA EXPERIMENTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decida qual destas intrusões **é a mais INCÓMODA**, a mais DESAGRADÁVEL, ou a que mais o afeta quando a tem.

A intrusão que considero **MAIS INCÓMODA**, de entre as que **tenho experimentado nos últimos três meses**, é o número \_\_\_\_\_ da lista anterior.

**De que forma ou formas normalmente a tem? (Pode assinalar várias respostas):**

pensamento       imagem       impulso       sensação física

As seguintes perguntas estão relacionadas com o que experimenta ou faz quando tem a SUA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA.

Utilize esta escala para responder. Indique o grau em que está de acordo ou se aplica a si cada um dos enunciados:

0	1	2	3	4
Nunca / Nada	Quase nunca / Pouco	Às vezes / Algo	Frequentemente / Bastante	Sempre / Muito

**QUANDO ME VEM À CABEÇA A MINHA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA:**

Assusta-me, põe-me nervoso/a.	0	1	2	3	4
Deixa-me triste.	0	1	2	3	4
Interrompe o que estou a fazer, desconcentra-me.	0	1	2	3	4
Considero inaceitável, vai contra o que desejo ou contra os meus valores e crenças.	0	1	2	3	4
Acredito que se a tenho, significa que é algo importante.	0	1	2	3	4
Acredito que é importante controlá-la e deixar de pensar nisso.	0	1	2	3	4
Acredito que se o penso, é mais provável que aconteça, ou que seja verdade.	0	1	2	3	4
Ignoro o que "me diz" a intrusão.	0	1	2	3	4
Não faço nada, deixo-a ficar.	0	1	2	3	4
Digo para mim próprio "pára, deixa estar".	0	1	2	3	4
Ralho comigo mesmo por ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Começo a fazer coisas (ordenar, comprovar, tocar em coisas ou em mim, lavar, limpar, rezar, contar, etc.) para deixar de ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Procuro informação sobre a intrusão ou peço a outras pessoas PARA ME TRANQUILIZAR OU ME ASSEGURAR QUE A INTRUSÃO NÃO TEM IMPORTÂNCIA ou de que não vai acontecer nada de mal por a ter.	0	1	2	3	4

Agora repare, por favor, nas intrusões mentais da **lista anterior QUE TENHA EXPERIMENTADO NOS ÚLTIMOS 3 MESES.**

Decida qual destas intrusões **é a mais INCÓMODA**, a mais DESAGRADÁVEL, ou a que mais o afeta quando a tem.

A intrusão que considero **MAIS INCÓMODA**, de entre as que **tenho experimentado nos últimos três meses**, é o número \_\_\_\_\_ da lista anterior.

**De que forma ou formas normalmente a tem? (Pode assinalar várias respostas):**

pensamento       imagem       impulso       sensação física

As seguintes perguntas estão relacionadas com o que experimenta ou faz quando tem a SUA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA.

Utilize esta escala para responder. Indique o grau em que está de acordo ou se aplica a si cada um dos enunciados:

0	1	2	3	4
Nunca / Nada	Quase nunca / Pouco	Às vezes / Algo	Frequentemente / Bastante	Sempre / Muito

**QUANDO ME VEM À CABEÇA A MINHA INTRUSÃO MAIS INCÓMODA:**

Assusta-me, põe-me nervoso/a.	0	1	2	3	4
Deixa-me triste.	0	1	2	3	4
Interrompe o que estou a fazer, desconcentra-me.	0	1	2	3	4
Considero inaceitável, vai contra o que desejo ou contra os meus valores e crenças.	0	1	2	3	4
Acredito que se a tenho, significa que é algo importante.	0	1	2	3	4
Acredito que é importante controlá-la e deixar de pensar nisso.	0	1	2	3	4
Acredito que se o penso, é mais provável que aconteça, ou que seja verdade.	0	1	2	3	4
Ignoro o que "me diz" a intrusão.	0	1	2	3	4
Não faço nada, deixo-a ficar.	0	1	2	3	4
Digo para mim próprio "pára, deixa estar".	0	1	2	3	4
Ralho comigo mesmo por ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Começo a fazer coisas (ordenar, comprovar, tocar em coisas ou em mim, lavar, limpar, rezar, contar, etc.) para deixar de ter esta intrusão.	0	1	2	3	4
Procuro informação sobre a intrusão ou peço a outras pessoas PARA ME TRANQUILIZAR OU ME ASSEGURAR QUE A INTRUSÃO NÃO TEM IMPORTÂNCIA ou de que não vai acontecer nada de mal por a ter.	0	1	2	3	4