

Joana Simões Pinhol Braz Teixeira

**Estudo exploratório da contaminação mental
em vítimas de violência doméstica**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2022

Joana Simões Pinhol Braz Teixeira

Estudo exploratório da contaminação mental em vítimas de violência doméstica

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Antónia Jimenez-Ros



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2022

Declaração de autoria de trabalho

Estudo exploratório da contaminação mental em vítimas de violência doméstica

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:

(Joana Braz Teixeira)

«*Copyright*» em nome de Joana Braz Teixeira

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

Agradecimentos

Terminando mais uma etapa do percurso acadêmico, expresso os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram para a concretização da presente dissertação e conclusão de mais um ciclo acadêmico.

Primeiramente, gostaria de agradecer a todos os participantes que disponibilizaram o seu tempo para o preenchimento dos questionários imprescindíveis para a realização da presente dissertação. Agradeço igualmente à TAIPA e APAV pela disponibilidade e preciosa contribuição na divulgação dos questionários. Expresso o meu agradecimento, simultaneamente, à Dr.^a Júlia pela sua disponibilidade, prontidão e agilidade em encontrar soluções na presença de pequenos obstáculos, assim como o seu apoio e elogios proferidos.

Um agradecimento muito especial à minha orientadora, Professora Doutora Antónia Ros por toda a dedicação, confiança e disponibilidade. Por todo o apoio e motivação, pela sua boa disposição e humor, serenidade e paciência. Por me permitir crescer e aprender tanto, assim como, por me desafiar a sair da minha zona de conforto.

Aos meus pais e aos meus irmãos pela inspiração, por todo o apoio incondicional, pelos incentivos e constantes palavras de suporte, por me permitirem seguir os meus sonhos e por celebrarem, sempre a meu lado, todas as minhas pequenas conquistas.

Ao Marcos pelo carinho, pela compreensão e apoio. Por me ouvir, acompanhar nos momentos de descontração e por ter sempre uma palavra reconfortante de incentivo.

À Mariana, Marília, Diana, Marta, Iuri e Miguel pelas suas sábias palavras, momentos de aprendizagem, partilha e amizade.

A todos, o meu mais sincero obrigada

Resumo

Aproximadamente, metade das pessoas que foram vítimas de violência nas relações de intimidade desenvolvem sintomatologia Obsessiva-Compulsiva (OC). Uma das manifestações mais frequentes da POC são as obsessões de contaminação e as compulsões de lavagem. A vivência de experiências traumáticas, tais como as que são experienciadas pelas vítimas de violência doméstica (VD), parece constituir-se como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento desta manifestação da POC, sendo o fator chave para o desenvolvimento da perturbação de stresse pós-traumático (PSPT). Estima-se, ainda, que sensivelmente 40.5% a 60% das vítimas de VD desenvolvem PSPT.

Os eventos traumáticos, onde se poderá enquadrar a VD, parecem funcionar como potenciais precipitantes para o desenvolvimento de sintomatologia OC e de Stress Pós-Traumático. Tem-se vindo a especular sobre os processos partilhados entre POC e PSPT como potenciais mecanismos transdiagnósticos na origem e manutenção de ambas as perturbações, entre as quais a contaminação mental. Alguns autores propuseram o nojo como possível preditor para a etiologia das obsessões de contaminação mental. Neste sentido, no presente estudo, propusemo-nos a examinar a sintomatologia obsessivo-compulsiva e de stresse pós-traumático numa amostra de VD, assim como, o potencial papel preditor da contaminação mental na sintomatologia POC e PSPT.

A amostra foi composta por 51 vítimas de VD (96.1% do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos ($M = 35.18$, $DP = 12.09$). Os participantes responderam a um questionário Sociodemográfico, ao Inventário de Obsessões-Compulsões de Vancouver, Escala de Sensibilidade ao Nojo, escala de Sensibilidade de Contaminação e *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version*.

Os resultados obtidos apresentaram-se elevados ao nível da sintomatologia de PSPT (57% da amostra preencheu critérios para diagnóstico de PSPT) e a sintomatologia é superior em vítimas de violência doméstica sexual. Os resultados relativos a sintomatologia OC e de contaminação mental foram reduzidos (resultados esperados tendo em conta que a amostra não apresenta perturbação psicopatológica diagnosticada). O nojo não se apresentou como preditor da contaminação mental nem da POC.

Palavras-chave: Perturbação Obsessiva-Compulsiva, Perturbação de Stress Pós-Traumático, Contaminação Mental, Nojo, Vítimas, Violência Doméstica

Abstract

Approximately half of the domestic violence victims develop symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD). One of the most frequent manifestations of OCD is mental contamination and washing compulsions. Experiencing traumatic experiences, such as those experienced by victims of domestic violence (DV), seems to constitute a vulnerability factor for the development of this manifestation of OCD. Traumatic experiences are the key factor in the development of post-traumatic stress disorder (PTSD). It is estimated that approximately 40.5% to 60% of de DV victims develop PTSD.

The traumatic events, where the domestic violence can be integrated, seem to work as potential precipitants for the development of OC symptoms and Post-Traumatic Stress Disorder. There has been speculation about the processes shared between OCD and PTSD as potential transdiagnostic mechanisms in the origin and maintenance of both disorders, including mental contamination. Some authors have proposed disgust as a possible predictor for the etiology of mental contamination obsessions. In this regard, in the present study, we propound to examine obsessive-compulsive and pos traumatic stress symptoms in a DV sample, as well as the potential predictive role of mental contamination in OCD and PTSD.

The sample is consisted of 51 participants (96.1% female), aged between 20 and 65 years old ($M = 35.18$, $DP = 12.09$). Participants answered a Sociodemographic Questionnaire, Inventory of Obsessions and Compulsions of Vancouver, Disgust Scale, Sensitivity Scale to Contamination, and the Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version.

The results obtained were high in terms of PTSD symptoms (57% of the sample met the criteria for PTSD diagnosis) and the symptomatology is higher in victims of sexual domestic violence. The results regarding OC symptoms and mental contamination were reduced (expected results considering that the sample does not have a diagnosed psychopathological disorder). Disgust did not present itself as a predictor of mental contamination or OCD.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Posttraumatic Stress Disorder, Mental Contamination, Disgust, Victims, Domestic Violence

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introdução..... | 1 |
| 1.1 Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC) | 3 |
| 1.2 Contaminação mental | 3 |
| 1.3 Contaminação Mental na POC | 5 |
| 1.4 Contaminação Mental na PSPT | 6 |
| 1.5. O Nojo na Contaminação Mental | 8 |
| 1.6. Comorbilidade entre PSPT e POC..... | 9 |
| 2. Objetivos | 12 |
| 3. Metodologia..... | 13 |
| 3.1 Participantes..... | 13 |
| 3.2 Instrumentos..... | 15 |
| 3.2.1. Questionário Sociodemográfico (Anexo B)..... | 15 |
| 3.2.2. Inventário de Obsessões-Compulsões de Vancouver – VOCI (Anexo C).... | 15 |
| 3.2.3 Escala de Sensibilidade de Contaminação (Anexo D) | 16 |
| 3.2.4 Escala de Sensibilidade ao Nojo (Anexo E)..... | 17 |
| 3.2.5. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (Anexo F) | 18 |
| 3.3 Procedimentos de Recolha de Dados | 19 |
| 3.4. Procedimento de Análise de Dados | 19 |
| 4. Descrição dos resultados | 21 |
| 4.1. Análise da Sintomatologia de PSPT | 21 |
| 4.2 Análise da sintomatologia de POC | 21 |
| 4.3 Análise da Sintomatologia de Contaminação Mental..... | 22 |
| 4.4. Análise da sintomatologia de Nojo | 22 |
| 4.5. Análise do papel preditor da contaminação mental sobre a sintomatologia OC . | 28 |
| 4.6 Análise do papel moderador dos sentimentos de nojo na associação entre a contaminação mental e a sintomatologia OC nas vítimas de VD..... | 28 |
| 4.7. Análise da associação entre sintomatologia de PSPT e contaminação mental.... | 29 |
| 4.8 Análise do papel moderador da contaminação na associação entre sintomatologia de PSPT e POC..... | 29 |
| 5. Discussão de Resultados..... | 30 |
| 6. Considerações Finais e Limitações..... | 35 |
| Referências Bibliográficas..... | 38 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes | 45 |
| Tabela 2. Análise da Sintomatologia dos Participantes..... | 23 |
| Tabela 3. Análise da Sintomatologia da PSPT (PCL-C 2º e 3ª Critérios)..... | 24 |
| Tabela 4. <i>Percentis 75</i> | 24 |
| Tabela 5. Correlações Critérios PCL-C..... | 25 |
| Tabela 6. Análise de sintomatologia em Vítimas de Violência Doméstica Sexual e Não-Sexual | 26 |
| Tabela 7. Coeficientes | 28 |
| Tabela 8. VD: Sintomatologia POC | 29 |
| Tabela 9. Sintomatologia de PSPT e Contaminação Mental..... | 30 |
| Tabela 10. Moderação da Sintomatologia de PSPT e contaminação mental da relação entre PSPT e POC | 30 |

Índice de Anexos

| | |
|---|----|
| Anexo A. Questionário de Dados Sociodemográficos | 46 |
| Anexo B. Inventário de Obsessões-Compulsões de Vancouver (VOCI)..... | 49 |
| Anexo C. Escala de Sensibilidade de Contaminação (S-CTN) | 52 |
| Anexo D. Escala de Sensibilidade ao Nojo (DS-R-PT)..... | 54 |
| Anexo E. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) | 57 |
| Anexo F. Critérios de diagnóstico para Perturbação Pós-Stress Traumático [F48.1] DSM-IV | 58 |

Lista de Siglas

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

DP- Desvio Padrão

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DS-R-PT – *Disgust Scale*

EVS - Eventos de Vida Stressantes

GAVA – Gabinete de Apoio à Vítima

M - Média

Máx - Máximo

N – Número de Participantes

OC- Obsessivo-compulsivo/a

PCL-C - *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version*

POC- Perturbação Obsessiva Compulsiva

PSPT – Perturbação de Stress Pós-traumático

RR – Risco Relativo

SCT-N - *Sensitivity Scale to Contamination*

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

TAIPA – Organização Cooperativa para o Desenvolvimento Integrado

VD – Violência Doméstica

VOCI - *Inventory of Obsessions and Compulsions of Vancouver*

1. Introdução

De acordo com a Convenção de Istambul (2013) a violência doméstica *“abrange todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem na família ou unidade doméstica, ou entre cônjuges ou ex-cônjuges, ou entre companheiros ou ex-companheiros, quer o agressor coabite ou tenha coabitado, ou não, com a vítima”*. A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV] (2012) e a American Psychology Association [APA] (2002) complementam ainda a definição de violência doméstica incluindo a violência social e a perseguição.

A violência psicológica caracteriza-se pelo uso de ameaças, humilhações, injúrias, insultos, críticas, ciúmes, possessividade e controlo (APA, 2002; APAV, 2012). A realização destes comportamentos por parte do agressor tem como objetivo fazer com que a pessoa se sinta sem valor e sob o controlo do agressor, bem como, suscitar sentimentos de medo e insegurança na vítima (American Medical Association, 1992; APA, 2002; APAV, 2012). A violência física inclui empurrar, pontapear, agredir, estrangular, queimar, atacar com armas, colocar a vítima num local perigoso e impedir a obtenção de ajuda médica (APAV, 2012; APA, 2002). A violência sexual caracteriza-se por qualquer comportamento que force a realização de atos sexuais não desejados, através do uso de coações e ameaças; a realização de atos sexuais e a não utilização de métodos contraceptivos sem o consentimento da vítima, e a prática de atos que visem magoar intencionalmente o outro durante as relações sexuais (APAV, 2012). A violência social define-se como qualquer comportamento que se centre no controlo da vida social da vítima como: impedir a vítima de estar com familiares, amigos, colegas de trabalho; controlar as redes sociais e chamadas telefónicas e impedir a vítima de sair de casa (APAV, 2012). A violência financeira caracteriza-se por qualquer comportamento que vise o controlo financeiro da vítima, sem que esta o deseje, com o objetivo de obter controlo sob a vítima (e.g. controlo do ordenado da vítima, recusa de fornecer dinheiro ou solicitar justificações do dinheiro utilizado e ameaçar retirar o apoio financeiro) (APAV, 2012). Por último, a perseguição define-se como qualquer comportamento que procure intimidar a vítima através de perseguições no seu local de trabalho, na sua residência ou em locais onde a vítima costume frequentar, controlar constantemente os movimentos da vítima, realizar chamadas telefónicas, ou enviar mensagens e cartas com vista a perturbar a mesma (APAV, 2012; APA, 2002).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021), no ano de 2019, em Portugal, as forças de segurança portuguesas identificaram 25 437 vítimas de violência doméstica do sexo feminino (76%) e 8 035 vítimas de violência doméstica do sexo masculino (24%); similarmente, no ano de 2020, identificaram 7 858 vítimas do sexo masculino (24.7%) e 23 974 do sexo feminino (75.3%). Entre 2013 e 2017 a APAV (2018) registou 36 528 processos de apoio a vítimas de violência doméstica em Portugal, sendo que 85.73% correspondiam a vítimas do sexo feminino e 13.79% a vítimas do sexo masculino. Através da análise dos dados relativos às vítimas de violência doméstica por género, é possível verificar que é ao sexo feminino a quem corresponde uma maior percentagem.

As consequências da vitimação são inúmeras. A nível físico centram-se consequências como lesões, contusões, fibromialgia, transtornos funcionais como a síndrome do cólon irritável, transtornos gastrointestinais, dor crónica, fraturas até a perda de vida (Labrador et al., 2009; Golding, 1999). As consequências psicológicas poderão ser a baixa autoestima, distorções cognitivas, sentimentos de ineficácia, de vergonha e culpa que poderão constituir um fator de risco para variadas perturbações psicopatológicas, como é o caso da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT), Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC), perturbações de depressão, perturbações de ansiedade, perturbações alimentares, perturbações dissociativas, disfunções sexual e abuso de substâncias (Labrador et al., 2009; Golding, 1999; Vilariño et al., 2018).

Os eventos traumáticos, onde se poderá enquadrar a violência doméstica, parecem funcionar como potenciais precipitantes para o desenvolvimento de sintomatologia OC e PSPT (De Silva & Marks, 1999, Brake et al., 2018; Sasson et al., 2005, Helzer et al., 1987). De acordo com o estudo realizado por Vilariño et al (2018), a prevalência de sintomatologia de POC em vítimas de violência na intimidade parece ser significativa (53%). Existem alguns processos partilhados entre estas duas perturbações (PSPT e POC), nomeadamente, o facto de os pensamentos serem intrusivos, indesejados, repetitivos, difíceis de controlar e que causam mal-estar (De Silva & Marks, 1999). Especula-se relativamente a outros mecanismos etiológicos comuns como é o caso da contaminação mental (Gershuny et al., 2003). Segundo alguns autores, a contaminação mental ocorre de várias formas e está associada a violência emocional ou física e parece estar relacionada com algumas emoções, como o nojo (Rachman, 2004; Fairbrother & Rachman, 2004; Olatunji & Sawchuk, 2005, Fairbrother et al., 2005). Para melhor

compreender estes mecanismos e as suas implicações práticas (i.e., tratamento eficaz) é necessário ter-se em consideração os processos e mecanismos partilhados entre estas duas perturbações, para tal é necessária a realização de mais investigações (Gershuny et al., 2003). Deste modo, a escassez de estudos existentes e a importância dos mesmos neste âmbito levaram à realização do presente estudo.

1.1 Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC)

A POC caracteriza-se pela presença de obsessões e compulsões (Abramowitz et al., 2009; APA, 2013, pág. 281). As obsessões definem-se como *“pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes experienciadas como intrusivos e indesejados e que na maioria dos indivíduos causa ansiedade ou mal-estar marcados, o indivíduo tenta ignorar, suprimir ou neutralizá-los com outro pensamento ou ação, ou seja, realizando uma compulsão”* (APA, 2013, pág. 281). Os conteúdos das obsessões podem ser relacionados com a responsabilidade de causar ou prevenir algum dano, referentes às compulsões de confirmação; podem ser obsessões que incitam rituais de contagens, nomeadamente, as obsessões de simetria e ordem; obsessões de contaminação que incentivam rituais de limpeza e lavagem, obsessões relacionadas com a repugnância como de sexo, violência e religião e obsessões relacionadas com a acumulação, que se caracterizam como obsessões de obtenção e contenção de objetos, associado com a compulsão de coleção (Abramowitz et al., 2009). As compulsões são definidas como *“comportamentos repetitivos (como a lavagem, ordenação e verificação) ou atos mentais (como contar, rezar e repetir palavras silenciosamente) que o indivíduo se sente compelido a realizar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que têm de ser aplicadas rigidamente”* (APA, 2013, pág. 281). Estes comportamentos ou atos mentais têm como objetivo *“prevenir ou reduzir a ansiedade ou mal-estar ou ainda prevenir acontecimentos ou situações temidas”* (APA, 2013, pág. 282). Esta perturbação afeta entre 1% a 3% da população mundial (Rosso et al., 2012).

1.2 Contaminação mental

A contaminação define-se como *“uma sensação interna de ter sido contaminado como consequência do contacto direto ou indireto com uma pessoa, sítio ou objeto que é percecionado como sujo, impuro, infeccioso ou nocivo”* (Rachman, 2004 pág 1229).

Segundo Rachman (2004), a contaminação mental pode surgir através da associação com impureza, sujidade, imoralidade, acusações, memórias obscenas, contacto direto ou indireto com pessoas que são percecionadas como “inimigos” ou a quem não se deve tocar (por uma questão cultural ou definida pessoalmente), por acontecimentos aversivos como o abuso ou a violência sexual e ainda, através de insultos, críticas morais, pensamentos intrusivos, traições, memórias e associações simbólicas.

De acordo com o autor, os quatro grandes contaminantes são: a doença, a sujidade ou contaminação, a contaminação mental e substâncias perigosas (e.g. pesticidas). O medo da contaminação poderá surgir na presença de contacto físico com o contaminante ou na sua ausência (Rachman, 2004; Fairbrother et al., 2005).

Com o objetivo de provar se a sensação de contaminação mental poderia ser induzida sem o contacto físico com o contaminante, Fairbrother et al. (2005) realizaram um estudo com participantes do sexo feminino conhecido como “*dirty kiss*” (beijo sujo), em que lhes era solicitado que imaginassem de forma mais realística possível os áudios que lhes eram apresentados. Um dos áudios descrevia um beijo consensual numa festa e o segundo descrevia um beijo não consentido numa festa similar. Na primeira, o áudio demonstra um beijo prazeroso e romântico entre um homem e a participante, existindo uma atração física por parte de ambos. O áudio do beijo não consentido descreve um homem a forçar um beijo a uma participante, o homem encontra-se sujo e com mau odor, é descrito que a participante se encontra imobilizada e encurralada, sob o controlo do homem e impossibilitada de fugir. Os resultados demonstraram que 71 dos 121 participantes aceitaram um copo de água para eliminar a sensação de contaminação mental derivada da experiência dos áudios. Aproximadamente 33% das participantes indicaram que realizaram algum tipo de estratégia de neutralização, de forma a minimizar o desconforto criado pela experiência, como distração mental, distração comportamental (e.g. distrair-se com uma caneta), tentativa de parar de pensar, estratégia de relaxamento e relembrar que o cenário ouvido não era real.

Os participantes que ouviram o áudio não-consensual sentiram-se mais sujos (internamente e externamente) e mais sujos em termos não físicos do que os participantes do grupo de controlo, assim como, os participantes do áudio não consensual sentiram-se mais perturbados e ansiosos do que o grupo de controlo. O grupo dos áudios não consensuais sentiu, simultaneamente, maiores impulsos de lavagem e de evitamento e de neutralização do que o grupo de controlo (Fairbrother et al., 2005). Os autores

conseguiram, desta forma, confirmar que a sensação de contaminação mental pode ser induzida sem contacto físico com o contaminante.

1.3 Contaminação Mental na POC

De entre os quatro grandes contaminantes, a contaminação mental apresenta um papel relevante na POC (Rachman, 2004). Estudos realizados por Rachman e Hodgson, (1980, como citado em Olatunji et. al., 2007a), mostram que até 50% das pessoas com POC apresentam medo de contaminação. Segundo o mesmo autor (Rachman, 2004), o medo instala-se rapidamente e amplamente e caracteriza-se por ser pouco flexível, persistente, dominante, contagioso e resistente à limpeza normal.

Estima-se que aproximadamente metade dos indivíduos diagnosticados com POC apresentem obsessões de contaminação e compulsões de lavagem (Elliott & Radomsky, 2009). Rachman (2004) afirma que a compulsão de limpeza é motivada pelo medo da contaminação e que a compulsão funciona como tentativa de eliminar um contaminante percebido com o fim de remover ou minimizar a ameaça causada pelo mesmo.

Perante a sensação de contaminação mental surge a necessidade de eliminação do contaminante percebido, que normalmente é realizada através da limpeza (Rachman, 2004). Segundo o autor, a sensação de contaminação mental também poderá despoletar comportamentos de evitamento e tentativas de prevenção através da eliminação de potenciais fontes de contaminação. Um bom exemplo será, ao pedirmos às pessoas que coloquem o dedo dentro de um frasco de compota, estas sentem-se sujas e por isso, isolam as mãos, evitando tocar na roupa, cabelo ou cara e sentem o impulso e necessidade de lavar as mãos. A sensação de contaminação perdura até à realização de uma limpeza considerada adequada e eficaz para a eliminação da contaminação, no entanto, qual é a quantidade de limpeza necessária para ter a certeza de que a contaminação foi eliminada? As pessoas que apresentam sensações de contaminação mental têm muita dificuldade em responder a esta pergunta e a obterem certezas quanto à eficácia da limpeza realizada, além disso, a sensação de contaminação mental está aliada com a sensação de transmissão da contaminação para outras pessoas, sítios e objetos, o que acarreta uma grande sensação de falta de controlo (Rachman, 2004).

Aquando da presença de contaminantes percebidos, os pensamentos obsessivos podem ser perpetuados pelo medo de rápida propagação da infeção, assim

como a sensação de transmissão da contaminação referida no parágrafo acima (Tolin et al., 2004; Rachman, 2004). Tolin et al. (2004) realizaram um estudo com pacientes diagnosticados com POC, onde existiam dois lápis, um deles percebido como “limpo” e o segundo como contaminado. Era então solicitado aos pacientes que segurassem o lápis limpo e que fizessem com que o lápis limpo tocasse no lápis considerado contaminado. Posteriormente, um segundo lápis limpo teria de tocar no primeiro lápis limpo (considerado agora “contaminado”). Este procedimento foi repetido num total de 12 lápis. Os resultados indicaram que os pacientes reportaram uma corrente de contágio em que o último lápis apresentaria a mesma quantidade ou nível de contágio do que o primeiro que estaria limpo e que foi posteriormente contaminado, ou seja, os pacientes não conseguiam classificar os últimos lápis como menos contaminados, apesar de terem sido os últimos e onde se poderia classificar que o seu nível de contágio seria menor do que no primeiro. Estes resultados transmitem a percepção de “uma vez em contacto, sempre em contacto” (Tolin et al., 2004). Os resultados apresentados realçam a durabilidade da contaminação percebida na POC, independentemente da longevidade em que se encontra a fonte da contaminação (Tolin et al., 2004, Olatunji et. al., 2007a).

As intrusões de pensamento levam à limpeza excessiva e desinfecção do ambiente e da própria pessoa (Olatunji et al., 2007a). Os comportamentos ritualísticos de neutralização, como é o exemplo da lavagem, que surgem com o objetivo de reduzir a preocupação de contaminação na POC, surgem como reforço negativo ao aliviarem temporariamente as sensações de stress e ansiedade causadas pelas obsessões (Rachman, 1994).

1.4 Contaminação Mental na PSPT

A contaminação mental parece ser um fenómeno transdiagnóstico que se encontra na base da POC, mas também de outras perturbações psicológicas como é o caso da Perturbação de Stress Pós-Traumático (Rachman & Hodgson, 1980 como citado em Olatunji et. al., 2007a).

Além da relação da contaminação mental com outras perturbações, a sensação interna de contaminação mental parece ter uma importante relevância nos casos de violência sexual. Fairbrother e Rachman (2004) realizaram um estudo entre a contaminação mental, a violência sexual e a Perturbação de Stress Pós-Traumático.

Apresentaram 6 critérios de contaminação mental (interna, emocional, possibilidade de ser evocada através de memórias, informações e imagens; não ser eliminada através da lavagem ou limpeza, persistente na ausência de contacto com o contaminante e moral) e concluíram que 70% dos participantes afirmaram sentir um impulso de limpeza (necessidade de se lavar ou limpar) posterior ao episódio de violência sexual. A maioria das participantes classificou este impulso como “forte”. Em mais de 95% dos casos de impulso de limpeza, o impulso foi experienciado pela primeira vez nas 24 horas subsequentes ao episódio de violência sexual, 51% da amostra tomou um banho quente e longo ou realizou lavagens intensas e aproximadamente 9% realizou lavagens excessivas dos genitais. Mais de ¼ das mesmas afirmaram a continuação de lavagens excessivas nos meses seguintes e 11.7% durante um ano. Estes dados indicam que quanto maior é a sensação de contaminação mental percebida, maior é o tempo em que a limpeza se realiza. Mais de 90% das mulheres que afirmaram sentir impulso de limpeza posterior ao episódio de violência sexual, apresentavam pelo menos um dos 6 critérios de contaminação mental, ou seja, 60% da amostra apresentava sensação de contaminação mental, sendo que as mais prevalentes eram as sensações internas e emocionais de contaminação. Catorze por cento das mulheres que participaram no estudo apresentavam ainda sintomas de PSPT, de acordo com os critérios do DSM-IV.

Fairbrother e Rachman (2004) concluíram que as pessoas que apresentam contaminação mental podem interpretar a violência sexual como contaminação (interna, mental e moral), indo de encontro com a hipótese sugerida inicialmente de que a contaminação mental está associada com sintomas de PSPT. Os autores concluíram que a sensação de contaminação mental está presente na maioria dos casos de vítimas de violência sexual e que a contaminação mental está relacionada com comportamentos de limpeza após a violência sexual, mesmo que os vestígios físicos da violação já tenham sido eliminados. Os estudos comprovaram ainda que a evocação de memórias de violação sexual provocam sensações de contaminação e impulsos de limpeza.

Brake et al. (2018) concetualizaram um termo denominado contaminação mental pós-traumática definindo-a como “contaminação mental experienciada perante um evento traumático”.

1.5. O Nojo na Contaminação Mental

Para além do sentimento de falta de controlo que predominantemente acompanha a sensação de contaminação mental, surgem emoções negativas como o medo, a aversão, a impureza moral e a vergonha (Rachman, 2004).

Olatunji et al. (2007a) sugerem que a lavagem e limpeza associadas com preocupações de contaminação estará associada com emoções como o medo e ansiedade sentidos. No entanto, estudos de Olatunji et al. (2005a), Olatunji et al. (2005b) e Woody e Tolin (2002) sugerem o possível papel preditor do nojo em pacientes com POC, nomeadamente, com compulsão de limpeza e lavagem.

O nojo apresenta-se como uma emoção predominante da contaminação mental (Fairbrother & Rachman, 2004). Olatunji e Sawchuk (2005) definem o nojo como uma emoção básica e na presença de nojo, a tendência comportamental é o evitamento, que se caracteriza como um mecanismo de defesa. A contaminação mental pode-se agrupar numa categoria mais vasta da emoção de nojo, mais especificamente, na categoria de nojo moral relacionada com contextos sociais e interpessoais, que funciona como evitamento e afastamento de pessoas que apresentem comportamentos repreensíveis, como inimigos e violadores (Fairbrother & Rachman, 2004; Olatunji & Sawchuk, 2005). Apesar dos esforços de evitamento e dos pensamentos intrusivos estarem associados a sensações de medo, autores como Phillips et al. (1998) propuseram o nojo como possível complemento para a compreensão da etiologia das obsessões de contaminação e compulsão de lavagem relacionadas com a POC.

Tybur et al. (2009) propuseram a existência de três domínios do nojo, o nojo patogénico, que propicia o evitamento de microrganismos infecciosos (e.g. corpos de pessoas mortas, comida estragada e fluídos corporais, como sangue, sémen, vómito e fezes), o nojo sexual que incentiva o evitamento de parceiros sexuais e de comportamentos que prejudiquem o sucesso reprodutivo a longo termo e o nojo moral, que provoca o evitamento de indivíduos que quebrem normas sociais (e.g. mentir, trair, roubar, ou atividades que prejudiquem outros).

Os pacientes com preocupações de contaminação frequentemente categorizam estímulos ameaçadores como “nojentos” (emoção de nojo) em vez de “assustadores” (emoção de medo) (Tolin, et al., 2004). De forma a melhor compreender a diferença entre o medo e o nojo na contaminação relacionada com a POC, é importante clarificar por que

sistemas são ativados estas duas emoções, sendo que o medo e a ansiedade são ativados pelo sistema simpático e o nojo pelo sistema parassimpático, isto significa que as duas emoções são caracterizadas por processos diferentes (Olatunji & Sawchuk, 2005). No entanto, de acordo com os autores, o nojo e a contaminação são conceitos comumente relacionados. A contaminação apresenta-se como o processo de avaliação e interpretação que ocorre depois da experiência de nojo ou de antecipação de potenciais estímulos que despoletem ou possam despoletar nojo (Olatunji et. al., 2007b). Segundo os autores, o nojo pode ser uma condição necessária da contaminação, no entanto, a contaminação poderá não ser uma componente necessária para a sensação de nojo. Por exemplo, a respiração de um cheiro tóxico pode provocar sensações de nojo sem a preocupação de contaminação, enquanto que encontrar comida estragada irá provavelmente despoletar simultaneamente nojo e preocupação de contaminação (Olatunji et. al., 2007b).

De acordo com Woody e Teachman, (2000), o ponto em comum que se pode encontrar entre o nojo e a contaminação relacionada com a POC centra-se no objetivo de proteger o indivíduo de estímulos contaminantes.

O nojo e preocupações com a contaminação podem envolver crenças mágicas (*sympathetic magic beliefs*)¹ (Olatunji et al., 2004; Rachman, 2004). Este sistema de crenças em particular envolve a perceção de ser contaminado, mesmo em condições onde não existe aparente ameaça de contaminação efetivamente objetiva (Olatunji et al., 2004; Fraibrother & Rachman, 2004).

1.6. Comorbilidade entre PSPT e POC

Horowitz (1975), Parkinson e Rachman (1980, citado em Rachman, 1998) defenderam que a frequência de pensamentos intrusivos é aumentada perante situações ou experiências stressantes, como é o caso da violência doméstica, ou seja, quanto mais stressante é a experiência maior é o número de pensamentos intrusivos e consequentemente maior é o stress sentido. Rachman (1998) sugere que perante uma interpretação catastrófica do significado dos pensamentos intrusivos, surgirá um aumento

¹ Optamos por manter o termo em inglês devido à não existência de um termo equivalente na língua portuguesa

da seriedade de um estímulo potencialmente ameaçador e um elevado número de estímulos neutros passarão a ser considerados “ameaçadores”.

Alguns autores sugeriram o possível papel de eventos de vida stressantes como gatilhos para a manifestação de POC (Gothelf, et al., 2004; Rosso et al., 2012; Fairbrother & Rachman, 2004; De Silva e Marks, 1999). Os resultados obtidos no estudo de Rosso et al. (2012) apresentaram uma percentagem aproximada de 61% da amostra de pacientes diagnosticados com POC em que ocorreu pelo menos um evento de vida stressante nos 12 meses anteriores à manifestação da perturbação e em 79 pacientes ocorreu um episódio stressante severo de vida, correspondendo a 24% da amostra. Os autores sugeriram ainda que as mulheres terão um risco superior de desenvolver POC posterior à presença de eventos stressantes de vida, em comparação com o sexo masculino e este revela-se superior na presença de eventos stressantes severos de vida. A análise estatística realizada demonstrou que pacientes com eventos de vida stressantes que funcionaram como gatilho para a perturbação Obsessiva-Compulsiva (incluindo os que apresentavam eventos de vida stressantes severos) apresentaram o dobro da percentagem de obsessões somáticas correspondendo, aproximadamente, 21% em POC sem eventos de vida stressantes, 40% em POC com eventos de vida stressantes e 40% em POC com eventos de vida stressantes severos (Rosso et al., 2012).

Uma investigação conduzida por Helzer et al. (1987) procurou avaliar a comorbilidade entre PSPT e outras perturbações, através do Risco Relativo (RR), comprovando que as pessoas que apresentavam sintomatologia de PSPT tinham o dobro da probabilidade de preencherem critérios para uma outra perturbação, em comparação com as pessoas que não preenchiam critérios para o diagnóstico de PSPT. Para além disso, os resultados mostraram que o risco de desenvolver POC entre pessoas que preenchiam o critério para diagnóstico de PSPT era superior a qualquer outra perturbação (RR 10.1), em comparação com a Perturbação Depressiva Persistente (Distimia) (RR 7.8) e a Perturbação de Pânico (RR 4.0). Uma justificação encontrada pelos autores centra-se na presença de ruminação obsessiva do trauma que se enquadrará igualmente na sintomatologia de PSPT (Helzer et al., 1987).

Igualmente, Gershuny et al. (2008) realizaram um estudo com uma amostra de 104 indivíduos que apresentavam critérios para o diagnóstico de POC e com pacientes que se acreditava que o seu diagnóstico principal era a POC, que procuraram tratamento. Os resultados revelaram que uma percentagem significativa (82%) reportava pelo menos

um evento traumático como agressões físicas durante a vida adulta, testemunho de violência ou episódio(s) de violência sexual na fase adulta, anterior à manifestação da perturbação. Dos participantes que reportaram ter experienciado pelo menos um evento traumático anterior à manifestação da perturbação, 49.4% preenchem os critérios para diagnóstico de PSPT (Gershuny et al., 2008).

De forma similar, De Silva e Marks (1999), realizaram um estudo de caso, com oito participantes, em que a manifestação da POC em todos os participantes era precedida por trauma(s) e todos os participantes apresentavam PSPT ou sintomatologia de PSPT. Similarmente, Sasson et al., (2005) apresentaram resultados com uma amostra de 13 veteranos de guerra em que o início da manifestação de POC estava diretamente associado com trauma(s) e os autores sugeriram que a ligação entre a sintomatologia e manifestação de POC estaria diretamente relacionada com as características específicas do trauma, por exemplo, a exposição a sangue e tecidos humanos estaria associado a sensações de contaminação, que levaria a rituais de lavagem e limpeza, assim como, os rituais de confirmação estariam associados a traumas de ter agredido ou ferido outros (Riggs, 2000). Neste sentido, os rituais de lavagem e confirmação teriam como objetivo reduzir simbolicamente os sentimentos de nojo, vergonha, culpa e desesperança (Sasson et al., 2005).

Várias investigações indicam que a PSPT é a perturbação mais frequente entre as vítimas de violência doméstica (Aguirre et al., 2010; Golding, 1999). Estima-se que a prevalência de PSPT em vítimas de violência doméstica ronde os 60%, embora 100% delas apresentem algum tipo de sintomatologia de stress pós-traumático (Aguirre et al., 2010; Labrador et al., 2009). Golding (1999) realizou uma meta análise com vítimas de violência doméstica, concluindo que a prevalência estimada de PSPT em mulheres vítimas de violência doméstica oscila entre 31% e 84.4%, com uma média aproximada de 63.8%. A prevalência de sintomatologia de POC em vítimas de violência na intimidade parece ser significativa (53%) (Vilariño et al., 2018).

Em suma, o medo sentido da violência, assim como a experiência da mesma provocam stress, e este, de acordo com alguns autores parece estar associado a diferentes psicopatologias (Rosso et al., 2012; Fairbrother & Rachman, 2004; De Silva e Marks, 1999, Sasson et al.,). De acordo com Golding (1999), o stress é determinante para o desenvolvimento de PSPT e, segundo Horowitz (1975), Parkinson e Rachman (1980, citado em Rachman, 1998), este fomenta o surgimento de pensamentos intrusivos, que se

encontram na base da contaminação mental. Sabemos que a maioria das vítimas de VD são mulheres (Labrador, et al., 2009; APAV, 2018) e que as mesmas têm uma maior prevalência de manifestarem POC (Vilariño et al., 2018), através do stress sentido na sua situação de vitimação (Tjaden, & Thoennes, 2000). Tendo em conta o desenvolvimento de vários estudos que se centram na comorbilidade entre PSPT e POC (De Silva e Marks, 1999, Sasson et al., 2005, Gershuny et al., 2008, Helzer, et al., 1987) e os escassos estudos existentes entre sentimentos de contaminação mental, nojo e POC em vítimas de VD, procuramos avaliar a sintomatologia de POC e PSPT nas vítimas de VD, com foco na contaminação mental e o possível papel preditor do nojo.

2. Objetivos

Consideramos que a sintomatologia obsessiva-compulsiva apresentada pelas vítimas de violência nas relações de intimidade possa estar relacionada com sentimentos de contaminação mental sem a presença de patologia de POC. Metade das vítimas de violência doméstica desenvolvem sintomas de POC (Vilariño et al., 2018). As obsessões de contaminação e as compulsões de lavagem são a segunda manifestação mas frequente desta perturbação (Rachman, 2004; Elliott & Radomsky, 2009). No entanto, desconhece-se a prevalência desta manifestação sintomática em vítimas de violência doméstica. Fairbrother e Rachman (2004) comprovaram a presença de sensação de contaminação mental e impulsos de lavagem em vítimas de violência sexual que podem ser despoletados apenas através da recordação do evento traumático. Alguns autores têm centrado as suas investigações na importância dos eventos traumáticos como potenciais precipitantes do desenvolvimento psicopatológico de sintomatologia OC e de Stress Pós-Traumático (De Silva & Marks, 1999, Rachman & Hodgson, 1980 como citado em Olatunji et. al., 2007a; Brake et al., 2018; De Silva & Marks, 1999; Sasson et al., 2005, Helzer et al., 1987). Tem-se vindo a especular sobre os processos partilhados entre POC e PSPT como potenciais mecanismos transdiagnósticos na origem e manutenção de ambas as perturbações, entre as quais a contaminação mental (De Silva & Marks, 1999; Gershuny et al., 2003). Com vista a melhor compreender e confirmar ou infirmar tais especulações, é necessária a realização de mais investigações. Philips, et al., (1998), Olatunji et al., (2005a), Olatunji et al., (2005b), Woody e Tolin (2002) propuseram, ainda, o complemento do nojo como possível preditor para a etiologia das obsessões de contaminação e compulsão de

lavagem. Neste sentido, no presente estudo, propusemo-nos a examinar a sintomatologia obsessivo-compulsiva e de stresse pós-traumático numa amostra de VD, assim como, o potencial papel preditor da contaminação mental na sintomatologia POC e PSPT. Os objetivos específicos serão:

(1): Identificar a sintomatologia de POC em vítimas de violência nas relações de intimidade;

(2): Identificar sentimentos de contaminação mental em vítimas de violência nas relações de intimidade

(3) Identificar sentimentos de nojo em vítimas de violência nas relações de intimidade;

(4) Identificar sintomatologia de PSPT em vítimas de violência nas relações de intimidade;

(5) Analisar o papel preditor de sintomatologia de contaminação mental sobre a sintomatologia de POC em vítimas de violência nas relações de intimidade;

(6) Analisar o possível papel moderador dos sentimentos de nojo na associação entre contaminação mental e a sintomatologia de POC em vítimas de violência nas relações de intimidade;

(7) Avaliar a associação entre sintomatologia de PSPT e contaminação mental

(8) Análise do papel moderador da contaminação mental na associação entre sintomatologia PSPT e POC em vítimas de violência nas relações de intimidade.

3. Metodologia

3.1 Participantes

A amostra do presente estudo foi composta por 51 adultos, 49 do sexo feminino (96.1%) e dois do sexo masculino (3.9%), com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos ($M = 35.18$, $DP = 12.09$). Quanto ao estado civil dos participantes, 14 encontravam-se solteiros (27.5%), sete casados (13.7%), 13 divorciados (25.5%), quatro em união de facto (7.8%) e 13 num relacionamento romântico (25.5%). Os participantes eram predominantemente portugueses (94.1%), existindo três de uma outra nacionalidade,

nomeadamente brasileira (3.9%) e angolana (2%). Os participantes eram maioritariamente da região geográfica² do Algarve (47.1%), Norte (25.5%), Área metropolitana de Lisboa (23.5%) e Alentejo (3.9%). As características sociodemográficas dos participantes encontram-se descritas na Tabela 1 (Anexo A).

Do total da amostra, 32 apresentavam habilitações a nível do ensino superior (62.7%), 12 a nível do ensino secundário (23.5%), 5 possuem o 3º Ciclo (9.8%) e dois o 2º ciclo do ensino básico (3.9%).

Em relação ao agressor, 49 % dos participantes identificaram o namorado, 29.4% o marido, 11.8% o ex-namorado, 7.8% o ex-marido e 2% a esposa.

Trinta participantes indicaram serem vítimas de violência física (58.8%), 17 afirmaram ser vítimas de violência económica (33.3%), 23 vítimas assinalaram a violência social (45.1%), 21 participantes assinalaram violência na forma de perseguição (41.2%), 20 vítimas assinalaram violência sexual (39.2%) e 47 participantes assinalaram violência psicológica (92.2%).

Após a conversão de meses para anos, o tempo médio de vitimação da amostra apresenta-se como, aproximadamente, 5 anos ($M = 62.48$, $DP = 13.91$, Mínimo = 0, Máximo 432)³.

Relativamente ao último episódio de violência, 38 participantes (74.5%) indicaram ter sido há mais de 12 meses (Mínimo = 1; Máximo = 23, $M = 5.97$, $DP = 5.58$, $N = 37$), 13 há menos de 12 meses (25.5%) (Mínimo = 1, Máximo = 11, $M = 7.80$ $DP = 3.96$, $N = 5$)⁴, sendo que 6 indicaram que o último episódio ocorreu há meses (11.8%), 5 (9.8%) indicaram que ocorreu há semanas (Mínimo = 1, Máximo = 2, $M = 1.20$, $DP = 0.44$, $N = 5$)⁵ e dois participantes (3.9%) indicaram atualmente, ou seja, que a violência ainda se mantém. O tempo médio da amostra relativo ao tempo do último episódio de

² Regiões geográficas segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos de nível II (Instituto Nacional de Estatística, 2015): Algarve, Alentejo, Área Metropolitana de Lisboa, Centro, Norte, Região Autónoma da Madeira, e Região Autónoma dos Açores.

³ Valores em meses

⁴ Valor em meses

⁵ Valor em semanas

violência foi de aproximadamente, 5 anos ($M = 239.47$, $DP = 282.66$, Mínimo = 0, Máximo = 1196)⁶.

3.2 Instrumentos

Com vista a avaliar as variáveis em estudo e alcançar os objetivos estabelecidos, foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos, com o intuito de recolher informações relativas aos dados sociodemográficos dos participantes; o *Vancouver Obsessional Compulsive Inventory* (VOCI; Thordarson, et al., 2004) para avaliar a sintomatologia de POC; o *Contamination Sensitivity Scale* (S-CTN; Rachman, 2006;) para avaliar a sensibilidade dos indivíduos à contaminação; a *Disgust Scale* (DS-R-PT; Haidt et al., 1994) que procura avaliar a sensibilidade ao nojo e o *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C; Weathers et al., 1993) que visa avaliar a sintomatologia de PSPT.

3.2.1. Questionário Sociodemográfico (Anexo B)

Os dados sociodemográficos foram recolhidos com recurso a um questionário sociodemográfico, composto por 13 itens, que possibilitou caracterizar os participantes quanto à idade, sexo, nacionalidade, região de residência, estado civil, habilitações literárias, curso, profissão e questões relacionadas com a situação de vitimação (e.g. de que tipos de violência foi vítima? Quanto tempo durou a situação de vitimação? Há quanto tempo foi o último episódio?).

3.2.2. Inventário de Obsessões-Compulsões de Vancouver – VOCI (Anexo C)

O Inventário de Obsessões-Compulsões de Vancouver (Thordarson, et al., 2004; versão portuguesa Calisto, 2013) é composto por 55 itens de autorresposta, do tipo *Likert* de cinco pontos (0 = nada a 4 = imenso) e visa avaliar a sintomatologia obsessiva-compulsiva. A pontuação total pode variar entre 0 e 220 e é obtida através da soma da

⁶ Conversão para semanas – 1 ano = 52 semanas

pontuação de cada item, sendo que uma pontuação elevada corresponde a níveis elevados de sintomatologia obsessiva-compulsiva (Thordarson, et al., 2004).

O presente inventário apresenta seis subescalas: Contaminação (12 itens) – (e.g. “Preocupo-me excessivamente com germes e doenças”), Verificação (6 itens) – (e.g. “Dispensar muito tempo todos os dias a verificar as coisas vezes sem conta”), Obsessões (12 itens) – (e.g. “Considero que quase todos os dias sou perturbado/a por pensamentos desagradáveis que surgem na minha mente contra a minha vontade”), Acumulação (7 itens) – (e.g. “Tenho problemas para realizar as atividades domésticas normais porque a minha casa está atafalhada com coisas que acumulo”), *Just Right* (12 itens) – (e.g. “Sinto-me compelido/a a ser absolutamente perfeito/a”) e Indecisão (6 itens) – (e.g. “Para mim é muito difícil tomar até as decisões mais simples”) (Thordarson et al., 2004).

Relativamente às características psicométricas, o instrumento original apresenta uma consistência interna adequada ($\alpha = .94$), assim como as suas subescalas, nomeadamente Contaminação ($\alpha = .92$), Verificação ($\alpha = .96$), Obsessões ($\alpha = .88$), Acumulação ($\alpha = .92$), *Just Right* ($\alpha = .89$) e Indecisão ($\alpha = .85$) (Thordarson et al., 2004). À semelhança do instrumento original, a adaptação da escala para a população portuguesa apresenta uma consistência interna adequada ($\alpha = .94$), assim como as suas subescalas, cujos alfas de *Cronbach* correspondem a .87 (Contaminação), .87 (Verificação), .83 (Obsessões), .82 (Acumulação) e .81 (Indecisão), à exceção da subescala *Just Right* que apresenta uma consistência interna fraca ($\alpha = .55$) (Calisto, 2013).

No presente estudo, a consistência interna do Inventário de Obsessões-Compulsões de Vancouver (VOCI) foi estimada com base nos valores do *alfa* de *Cronbach* das subescalas Contaminação ($\alpha = .83$), Verificação ($\alpha = .94$), Obsessões ($\alpha = .87$), Acumulação ($\alpha = .89$), *Just Right* ($\alpha = .75$) e Indecisão ($\alpha = .87$). Calculou-se, igualmente, o valor do *alfa* de *Cronbach* para o total da escala ($\alpha = .94$). Os valores calculados demonstram-se superiores a .7, deste modo, considera-se que o referido inventário apresenta bons indicadores de fidelidade (Field, 2009).

3.2.3 Escala de Sensibilidade de Contaminação (Anexo D)

A escala de Sensibilidade de Contaminação (S-CTN; Rachman, 2006; cit in Coughtrey et al., 2012) é um instrumento que tem como objetivo avaliar a sensibilidade

dos indivíduos à contaminação. É composto por 24 itens de autorresposta, respondidos através de uma escala tipo *Likert* de cinco pontos (0 = discordo fortemente a 4 = concordo fortemente) (Rachman, 2006 cit in Coughtrey et al., 2012). A pontuação total pode variar entre 0 e 96 e é obtida através da soma de todos os itens, sendo que a uma pontuação elevada corresponde níveis elevados de contaminação.

A versão original da escala apresenta boas qualidades psicométricas, cujo *alfa* de *Cronbach* corresponde a .92. (Rachman, 2006 cit in Coughtrey et al., 2012). Na presente investigação, o valor do *alfa* de *Cronbach* encontrado foi de .87 para o total da escala, demonstrando que a mesma é confiável.

Para o presente estudo foi utilizada uma versão portuguesa que se encontra em processo de adaptação na Universidade do Algarve.

3.2.4 Escala de Sensibilidade ao Nojo (Anexo E)

A Escala de Sensibilidade ao Nojo (DS-R-PT Haidt et al., 1994; modificado por Olatunji et al., 2007b; versão portuguesa Ferreira-Santos et al., 2011) visa medir a sensibilidade dos indivíduos ao nojo. A referente escala é composta por 27 itens do tipo *Likert*, divididos em duas subescalas, a primeira, do item 1 ao 14 (0 = Discordo fortemente a 4 = Concordo fortemente) e a segunda, do item 15 ao 27 (0 = Nada nojenta a 4 = Extremamente nojenta). A escala encontra-se dividida, ainda em três dimensões, correspondentes a Nojo básico (*Core Disgust*) (12 itens), nojo relacionado com a natureza animal (*Animal Reminder*) (8 itens) e nojo baseado na contaminação (5 itens). A pontuação total do instrumento pode variar entre 0 e 100, para obtenção da mesma, é necessário remover os itens 12 e 16, inverter os itens 1, 6 e 10 e somar todos os itens (incluindo os itens invertidos) (Ferreira-Santos et al., 2011).

Relativamente às características psicométricas, o instrumento original apresenta uma consistência interna adequada para o total da escala ($\alpha = .84$) e igualmente para as respetivas subescalas, *Core* ($\alpha = .74$), *Animal Reminder* ($\alpha = .78$) e *Contaminação* ($\alpha = .61$) (Olatunji et al., 2007). No presente estudo, a consistência interna da Escala de Sensibilidade ao Nojo (DS-R-PT) foi estimada com base nos valores do *alfa* de *Cronbach* das subescalas *Core* ($\alpha = .71$), *Animal Reminders* ($\alpha = .74$) e *Contaminação* ($\alpha = .54$). Calculou-se igualmente o valor do *alfa* de *Cronbach* para o total da escala ($\alpha = .83$). Tendo em conta que estes valores não se demonstram substancialmente inferiores a .7

(Field, 2009), considera-se que a presente escala apresenta bons indicadores de fidelidade, no entanto, sugere-se que a subescala Contaminação seja interpretada com mais cautela, devido ao seu coeficiente inferior a .7 ($\alpha = .54$).

3.2.5. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (Anexo F)

O *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C Weathers et al., 1993; versão portuguesa Marcelino & Gonçalves, 2012) procura medir a sintomatologia de PSPT com base nos critérios apresentados pelo DSM-IV (Marcelino & Gonçalves, 2012). O instrumento é composto por 17 itens de autorresposta, respondidos através de uma escala de *Likert* de cinco pontos (1 = nada e 5 = extremamente) (Marcelino & Gonçalves, 2012). A PCL-C pode ser cotada de três distintas formas, a primeira centra-se na soma total dos 17 itens, em que a pontuação total pode variar entre 17 e 85 e visa avaliar a medida contínua da severidade dos sintomas de PSPT; a segunda centra-se no cálculo das pontuações dos três critérios de sintomas de PSPT, ou seja, através da média aritmética de cada critério, dos itens 1 a 5 para o critério B (reexperienciar); 6 a 12 para o critério C (evitamento) e 13 a 17 para o critério D (hiperativação); a terceira visa avaliar a presença de diagnóstico de PSPT através da soma dos itens com pontuação 3 ou superior, seguindo as regras de diagnóstico de PSPT do DSM-IV (Anexo F) (pelo menos um sintoma do critério B, pelo menos 3 sintomas do critério C e pelo menos 2 sintomas do critério D).

A versão original da escala apresenta boas qualidades psicométricas ($\alpha = .96$), assim como as suas subescalas, em que os valores do *alfa* de *Cronbach* correspondem a .90, .89 e .91 para o Critério B, C e D, respetivamente (Weather et al., 1993). Resultados análogos verificam-se na adaptação da escala para a população portuguesa, cujo coeficiente de *alfa* de *Cronbach* corresponde a .94 para a escala total e .86, .87 e .88 para os critérios B, C e D, respetivamente (Marcelino & Gonçalves, 2012). O presente estudo apresenta, similarmente, uma boa consistência interna ($\alpha = .92$) e os seguintes *alfas* de *Cronbach* para as suas subescalas: Critério B ($\alpha = .88$), Critério C ($\alpha = .82$) e Critério D ($\alpha = .84$). Através da interpretação dos valores referidos, considera-se que a presente escala apresenta bons indicadores de fidelidade.

3.3 Procedimentos de Recolha de Dados

A recolha dos dados foi realizada através de um questionário de preenchimento online na plataforma *EUSurvey*. Para a divulgação do mesmo foram contactadas duas associações de apoio a vítimas, nomeadamente, a TAIPA (GAVA – Gabinete de Apoio à Vítima) e a APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima), com vista a divulgação do questionário, adicionalmente, foram utilizadas as redes sociais Facebook e Instagram, tendo em conta a atual situação pandémica. Foi incluída uma breve nota introdutória no questionário onde se abordava a temática da violência doméstica, sensibilizando para a importância da participação no estudo, o seu anonimato e confidencialidade. Para além disso, foram referidos os critérios necessários para o preenchimento do questionário, nomeadamente, idade superior a 18 anos e experiência atual ou passada de vitimação.

Os critérios de inclusão considerados para o presente estudo foram os seguintes: idade superior a 18 anos, alfabetizados, vítimas de violência doméstica com acesso à internet. Não foi necessário retirar nenhum participante da amostra total, tendo em conta que todos cumpriram os requisitos necessários.

3.4. Procedimento de Análise de Dados

A análise estatística foi efetuada com recurso ao programa de análise de dados estatísticos, SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 e 28.0 para *Windows* e a macro PROCESS para SPSS (Hayes, 2012).

Primeiramente, prosseguiu-se à análise da consistência interna dos instrumentos utilizados e das suas subescalas. Neste sentido, foi calculado o *alfa* de *Cronbach*, em que o indicador de baixa fidelidade do instrumento se centram em valores inferiores a .7 (Field, 2009).

Posteriormente, com o objetivo de caracterizar a amostra, realizou-se a análise estatística que envolveu medidas de estatística descritiva, através de valores de frequência e percentagem (e.g. frequências absolutas e relativas), assim como, medidas de tendência central (e.g. média), de dispersão (e.g. desvio padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$.

Seguidamente, efetuou-se uma análise descritiva e correlacional das variáveis psicológicas em estudo. Na primeira, foram calculadas a média, desvio padrão, mínimo e

máximo, assim como, o percentil 75. Na segunda, calculou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. Os valores do coeficiente de correlação de *Pearson* variam entre -1 e 1 (Field, 2009). Sendo que o valor 1 permite aferir a existência de uma correlação linear perfeita e o valor de 0 a não existência de uma correlação linear entre as variáveis avaliadas (Field, 2009). A interpretação dos valores de magnitude do coeficiente de correlação de *Pearson* permite-nos identificar a qualidade da correlação. Deste modo, considera-se negligenciável um coeficiente de correlação que apresente valores inferiores a .2, fraco caso os valores se situem entre .4 e .6, moderado entre os valores .4 e .6, forte no intervalo de valores .6 e .8 e, por fim, muito forte em valores superiores a .8 (Field, 2009).

Com o intuito de avaliar as diferenças das variáveis entre vítimas de violência doméstica de cariz sexual e não-sexual, utilizou-se o teste *t* de *Student* para amostras independentes e calculou-se a magnitude do efeito através do *d* de *Cohen* (Cohen, 1988). Considerou-se, para interpretação da magnitude de efeito, pequena .10 a .29, média .50 a .79 e grande de .80 a 1. (Cohen, 1988). A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$. A normalidade de distribuição foi testada com o teste *de Shapiro-Wilk* e a homogeneidade de variâncias com o teste de *Levene*. Nas amostras com dimensão superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição.

Procedeu-se à realização de uma regressão linear simples entre as variáveis contaminação mental (variável independente) e sintomatologia OC (variável dependente), com o objetivo de verificar o poder preditivo da contaminação mental sobre a sintomatologia obsessiva-compulsiva (Coeficiente de determinação – *R square* e a *ANOVA*).

De seguida foi realizada uma análise de efeitos de moderação recorrendo à macro *Process* do SPSS (Hayes, 2012), para avaliar o papel moderador do nojo na associação entre contaminação mental e sintomatologia de POC e num segundo momento, avaliar a associação entre sintomatologia e contaminação mental e o possível papel moderador da contaminação mental na associação entre sintomatologia PSPT e POC. Para evitar a multicolinearidade os efeitos de moderação foram testados com as variáveis centradas.

4. Descrição dos resultados

Neste ponto serão descritos os resultados mais relevantes obtidos a partir das análises realizadas, procurando ir de encontro aos objetivos formuladas no presente estudo.

4.1. Análise da Sintomatologia de PSPT

Relativamente à análise de sintomatologia de PSPT, através da análise do 1º Critério (Tabela 2), os resultados demonstraram-se moderados ($M = 51.71$, $DP = 14.76$, $Min = 27$, $Max = 80$, $Max Escala = 85$). Relativamente ao 1º Critério, é possível verificar que pelo menos um participante pontuou 80 do máximo da escala 85, sendo este o resultado mais elevado das variáveis analisadas.

Ao nível do 2º Critério (Tabela 3), as subescalas Reexperienciar, Evitamento e Hiperativação apresentaram simultaneamente resultados elevados, sendo que a subescala Hiperativação apresentou valores superior às restantes ($M = 3.25$, $DP = 1.03$, $Min = 1.40$, $Max = 5$, $Max por item = 5$), seguindo-se da subescala Reexperienciar ($M = 3.05$, $DP = 0.94$, $Min = 1.40$, $Max = 5$, $Max por item = 5$) e da subescala Evitamento ($M = 2.89$, $DP = 0.98$, $Min = 1.43$, $Max = 4.86$, $Max por item = 5$). Relativamente ao 3º Critério (Tabela 3), seguindo as regras do DSM-IV, os resultados apresentaram-se elevados ($N = 29$, $M = 3.25$, $DP = 0.94$, $Min = 1.47$, $Max = 4.65$, $Max por item = 5$). Os resultados permitiram afirmar que 57% da amostra preenche critérios para o diagnóstico de PSPT, de acordo com os critérios do DSM-IV.

No que diz respeito ao percentil 75 (Tabela 4), a análise permitiu identificar 13 participantes que pontuaram acima do referido percentil.

4.2 Análise da sintomatologia de POC

A partir da análise do VOCI exploramos a sintomatologia de OC presente nos participantes. A amostra não apresentou valores elevados de sintomatologia OC ($M = 57.71$, $DP = 29.18$, $Min = 4$; $Max = 115$, $Max Escala = 220$), nem nas suas subescalas, nomeadamente, Contaminação ($M = 9.82$, $DP = 7.05$, $Min = 0$, $Max = 29$, $Max Escala = 48$), Confirmação ($M = 6.04$, $DP = 6.35$, $Min = 0$, $Max = 24$, $Max Escala = 24$), Obsessões ($M = 10.86$, $DP = 8.39$, $Min = 0$, $Max = 30$, $Max Escala = 48$), Acumulação ($M = 7.45$, $DP = 5.61$, $Min = 0$, $Max = 21$, $Max Escala = 28$), *Just Right* ($M = 14.12$, $DP = 6.18$, Min

= 2; $Max = 27$, $Max Escala = 48$) e Indecisão ($M = 9.41$, $DP = 5.33$, $Min = 0$, $Max = 19$, $Max Escala = 24$). Os resultados encontram-se descritos na Tabela 2.

Utilizou-se o percentil 75 (Tabela 4), com vista a obter uma maior discriminação dos resultados, que nos permitiu identificar que 13 participantes pontuaram acima do percentil referido, na escala VOCI e nas suas subescalas Contaminação, Confirmação e Obsessões. Relativamente às restantes subescalas, 15 participantes pontuaram acima do percentil 75 na subescala Acumulação, 14 na subescala *Just Right* e 16 na subescala Indecisão. Deste modo, é possível observar um número superior de participantes a pontuar na subescala Indecisão, seguindo-se da subescala Acumulação e *Just Right*.

Através da observação da Tabela 2, é possível verificar, que o valor máximo pontuado por algum participante é apenas 115, considerando o valor 220 como máximo da escala, é possível interpretar como um valor muito diminuto.

4.3 Análise da Sintomatologia de Contaminação Mental

Realizou-se a análise da sintomatologia de Contaminação Mental através do questionário S-CTN, os resultados apresentaram-se baixos ($M = 43.04$, $DP = 13.66$, $Min = 7$, $Max = 65$, $Max Escala = 94$), como se encontra descrito na Tabela 2. É possível verificar, simultaneamente, que a pontuação máxima desta escala apresentada pela amostra se centrou na pontuação 65, num máximo possível de 96, o que se demonstra não ser elevado.

Com o objetivo de melhor discriminar a análise realizada, utilizou-se o percentil 75 (Tabela 4), que nos permitiu identificar 13 participantes que pontuaram acima do referido percentil.

4.4. Análise da sintomatologia de Nojo

Relativamente à sintomatologia de nojo, como é possível observar na Tabela 2, a amostra apresentou valores moderados no total da escala ($M = 56$, $DP = 14.61$, $Min = 14$, $Max = 84$, $Max Escala = 100$), assim como na sua subescala Nojo de Natureza Animal ($M = 17.08$, $DP = 6.72$, $Min = 4$, $Max = 29$, $Max Escala = 32$). A subescala de Nojo Básico apresenta resultados mais elevados em comparação com as restantes ($M = 31.20$, $DP = 7.30$, $Min = 7$, $Max = 46$, $Max Escala = 48$), no entanto, a subescala de

Contaminação apresenta valores baixos ($M = 7.73$, $DP = 3.74$, $Min = 0$, $Max = 13$, $Max Escala = 20$).

Através do percentil 75 (Tabela 4), foi possível identificar 13 participantes que pontuaram acima do percentil referido na escala do DS-R-PT, assim como, na sua subescala denominada nojo básico. A subescala nojo de natureza animal apresentou o maior número de participantes a pontuar acima do percentil 75, correspondendo a 18 participantes, seguindo-se da subescala Contaminação, que identificou 16 participantes.

Na Tabela 2, é possível verificar que, pelo menos um participante pontuou 84 dos 100 possíveis, o que se apresenta como um valor elevado.

Tabela 1.

Análise da Sintomatologia dos Participantes

| Variáveis | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Min.</i> | <i>Máx.</i> | <i>Máx. Escala</i> |
|--|----------|-----------|-------------|-------------|--------------------|
| Sintomatologia VOICI | 57.71 | 29.18 | 4 | 115 | 220 |
| Sintomatologia Contaminação (VOICI) | 9.82 | 7.05 | 0 | 29 | 48 |
| Sintomatologia Confirmação (VOICI) | 6.04 | 6.35 | 0 | 24 | 24 |
| Sintomatologia Obsessões (VOICI) | 10.86 | 8.39 | 0 | 30 | 48 |
| Sintomatologia Acumulação (VOICI) | 7.45 | 5.61 | 0 | 21 | 28 |
| Sintomatologia <i>Just Right</i> (VOICI) | 14.12 | 6.18 | 2 | 27 | 48 |
| Sintomatologia Indecisão (VOICI) | 9.41 | 5.33 | 0 | 19 | 24 |
| Sintomatologia Nojo (DS-R-PT) - Total | 56 | 14.61 | 14 | 84 | 100 |
| Sintomatologia Nojo Básico (DS_R_PT) | 31.20 | 7.30 | 7 | 46 | 48 |
| Sintomatologia Natureza Animal (DS-R-PT) | 17.08 | 6.72 | 4 | 29 | 32 |
| Sintomatologia Contaminação (DS-R-PT) | 7.73 | 3.74 | 0 | 13 | 20 |
| PSPT 1º Critério (PCL-C) | 51.71 | 14.76 | 27 | 80 | 85 |
| Contaminação Mental (S-CTN) | 43.04 | 13.66 | 7 | 65 | 96 |

Nota. M = Média, DP = Desvio Padrão, Min. = pontuação mínima da amostra, Máx. = pontuação máxima da amostra, Máx. Escala = Pontuação Máxima da Escala

Tabela 2.*Análise da Sintomatologia da PSPT (PCL-C 2º e 3ª Critérios)*

| Variáveis | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Min.</i> | <i>Máx.</i> | <i>Máx. por Item</i> |
|---|----------|-----------|-------------|-------------|----------------------|
| PSPT 2º Critério - Reexperienciar (PCL-C) | 3.05 | .94 | 1.40 | 5 | 5 |
| PSPT 2º Critério - Evitamento (PCI-C) | 2.89 | .98 | 1.43 | 4.86 | 5 |
| PSPT 2º Critério – Hiperativação (PCL-C) | 3.25 | 1.03 | 1.40 | 5 | 5 |
| PSPT 3º Critério – DSM-IV (PCL-C) ^{a)} | 3.25 | 0.94 | 1.47 | 4.65 | 5 |

Nota. M = Média, DP = Desvio Padrão, Min. = pontuação mínima da amostra, Máx. = pontuação máxima da amostra, Máx por Item = Pontuação Máxima por Item

^{a)} *N = 29*

Tabela 3.*Percentis 75*

| Escala | <i>Percentil 75</i> | <i>Máx Escala</i> | <i>Nº de participantes que pontuam acima do percentil 75</i> |
|--------------------------------|---------------------|-------------------|--|
| <i>Total VOCI</i> | 78 | 220 | 13 |
| <i>VOCI_Contaminação</i> | 16 | 48 | 13 |
| <i>VOCI_confirmação</i> | 10 | 24 | 13 |
| <i>VOCI_obsessões</i> | 18 | 48 | 13 |
| <i>VOCI_acumulação</i> | 12 | 28 | 15 |
| <i>VOCI_JustRight</i> | 19 | 48 | 14 |
| <i>VOCI_Indecisao</i> | 14 | 24 | 16 |
| <i>DSRPT TOTAL</i> | 67 | 100 | 13 |
| <i>DSRPT_Core</i> | 37 | 48 | 13 |
| <i>DS_R_PT_Animal Reminder</i> | 22 | 32 | 18 |
| <i>DS_R_PT_Contaminação</i> | 11 | 20 | 16 |
| <i>PCL_C</i> | 62 | 85 | 13 |
| <i>SCTN</i> | 55 | 96 | 13 |

Tabela 4.
Correlações Critérios PCL-C

| | <i>Reexperienciar</i> | <i>Evitamento</i> |
|----------------|-----------------------|-------------------|
| Reexperienciar | -- | |
| Evitamento | .590*** | |
| Hiperativação | .593*** | .793*** |

*** $p \leq .001$

Nota: N = 51, Máx. Escala = pontuação máxima da amostra

Os coeficientes de correlação de *Pearson* entre as dimensões do PCL-C são todos estatisticamente significativos, positivos e moderados ou elevados. A correlação mais elevada ocorre entre as dimensões Evitamento e Hiperativação ($r = .793, p < .001$). Deste modo, na Tabela 5, é possível observar que quanto mais elevados são os valores de Evitamento mais elevados são os valores de Hiperativação. As dimensões Evitamento e Reexperienciar apresentam valores positivos e moderados ($r = .590, p < .001$), assim como, as dimensões Reexperienciar e Hiperativação ($r = .593, p < .001$).

No que diz respeito à análise descritiva (Tabela 2), a sintomatologia que se apresentou como significativa nos participantes centrou-se na PSPT e no Nojo, não existindo sintomatologia significativa de POC, assim como, de contaminação mental (Subescala VOI, subescala DS-R-PT e escala SCT-N).

Tabela 5.*Análise de sintomatologia em Vítimas de Violência Doméstica Sexual e Não-Sexual*

| Variáveis | | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Sig.</i> | <i>d</i> |
|---|---------------------------------------|----------|-----------|-------------|----------|
| Violência Doméstica Sexual (N=20) | Sintomatologia VOICI | 67.35 | 30.61 | .057 | .559 |
| | Sintomatologia Contaminação (VOICI) | 11.45 | 6.17 | .189 | .382 |
| | Sintomatologia Nojo (DS-R-PT) - Total | 53.10 | 15.06 | .969 | -.011 |
| | Sintomatologia Contaminação (DS-R-PT) | 7.70 | 3.97 | .259 | -.328 |
| | Sintomatologia Contaminação (S-CTN) | 45.90 | 14.76 | .234 | .346 |
| Sintomatologia PSPT (PCL-C 1º Critério) | 57.60 | 16.47 | .020 | .687 | |
| Violência Doméstica Não-Sexual (N=31) | Sintomatologia VOICI | 51.48 | 26.91 | .057 | .559 |
| | Sintomatologia Contaminação (VOICI) | 8.77 | 7.46 | .189 | .382 |
| | Sintomatologia Nojo (DS-R-PT) - Total | 57.87 | 14.24 | .969 | -.011 |
| | Sintomatologia Contaminação (DS-R-PT) | 7.74 | 3.66 | .259 | -.328 |
| | Sintomatologia Contaminação (S-CTN) | 41.19 | 12.82 | .234 | .346 |
| Sintomatologia PSPT (PCL-C 1º Critério) | 47.90 | 12.38 | .020 | .687 | |

Nota: $p \leq .05$

Com vista a melhor compreender se os resultados obtidos poderiam divergir entre vítimas de violência doméstica de carácter sexual ou das que não assinalaram terem sido ou serem vítimas de violência sexual, analisou-se as variáveis POC, nojo, contaminação mental e PSPT nos seus diferentes instrumentos. Através da interpretação da Tabela 6, é possível observar que a sintomatologia de POC, avaliada através do Instrumento VOICI, é superior nas vítimas de violência doméstica sexual ($M = 67.35$, $DP = 30.61$), em comparação com as vítimas de violência não-sexual ($M = 51.48$, $DP = 26.91$), no entanto, essa diferença não foi significativa e representou um tamanho de efeito médio ($t(49) = 1.948$, $p = .057$, $d = .559$).

Relativamente à subescala Contaminação do mesmo inventário, os resultados assemelharam-se ao total da escala VOI, tendo existido um aumento dos resultados apresentados pelas vítimas de VD sexual ($M = 11.45$, $DP = 6.17$) e não sexual ($M = 8.77$, $DP = 7.46$), no entanto, este não se apresentou significativo ($t(49) = 1.334$, $p = .189$), o tamanho do efeito classificou-se como médio ($d = .382$) (Tabela 6).

Para além disto, podemos ainda observar na Tabela 6 que os resultados do Inventário SCT-N, que procura avaliar a sintomatologia de contaminação mental, similarmemente aumenta nos participantes que assinalaram serem vítimas de violência sexual ($M = 45.90$, $DP = 14.76$) relativamente às que não assinalaram ($M = 41.19$, $DP = 12.82$), no entanto, concomitante, a diferença não se revelou significativa ($t(49) = 1.206$, $p = .234$) e o tamanho do efeito enquadra-se no efeito médio ($d = 0.346$).

Adicionalmente, podemos notar que os resultados apresentados pela variável Nojo da escala DS-R-PT, descritos na Tabela 6, é mais elevado nas vítimas de violência doméstica não-sexual ($M = 57.87$, $DP = 14.24$) do que nas vítimas de violência sexual ($M = 53.10$, $DP = 15.06$), apresentando um valor ligeiramente mais significativo (Tabela 6), contudo, a diferença não se revelou ser significativa ($t(49) = -.039$, $p = .969$) e o tamanho do efeito revelou-se pequeno ($d = -.011$). Ainda através da mesma escala, é possível verificar que os valores da subescala Contaminação, são superiores nas vítimas de violência doméstica não-sexual ($M = 7.74$, $DP = 3.66$) em comparação com as vítimas de violência doméstica de cariz sexual ($M = 7.70$, $DP = 3.97$), no entanto, a diferença não se apresenta significativa ($t(49) = -1.142$, $p = .259$) e o tamanho do efeito é médio ($d = -.328$).

Relativamente aos valores apresentados pela variável PSPT da escala PCL-C descritas na Tabela 6, denota-se que as vítimas de violência doméstica sexual ($M = 57.60$, $DP = 16.47$) apresentam valores de PSPT significativamente mais elevados ($t(49) = 2.396$, $p = .020$) do que as vítimas de violência doméstica não-sexual ($M = 47.90$, $DP = 12.38$) e o tamanho do efeito revelou-se médio ($d = .687$).

4.5. Análise do papel preditor da contaminação mental sobre a sintomatologia OC

Foi realizada uma regressão linear simples entre a contaminação mental (variável independente) e a sintomatologia de POC (variável dependente), com o objetivo de verificar o poder preditivo da contaminação mental sobre a sintomatologia obsessiva-compulsiva.

Os resultados demonstraram que a contaminação mental prevê 25.4% da sintomatologia de POC e que esta é estatisticamente significativa [$F(1,49) = 16.657, p < .001$]. O que significa, adicionalmente, que 74.6% da variância da sintomatologia de POC se deverá a outros fatores que não a contaminação mental.

Os sentimentos de contaminação mental revelaram ser um preditor significativo da sintomatologia de POC ($\beta = .504, p < .001$), tendo em conta que o coeficiente de regressão é positivo, isto significa que, à medida que aumentam os sentimentos de contaminação mental, aumenta, simultaneamente, a sintomatologia de POC nas vítimas de violência doméstica (Tabela 7). Os resultados demonstram que a contaminação mental explica mais de 50% da variabilidade da sintomatologia de POC.

Tabela 6.
Coefficientes

| Model | Unstandardized | | Standardized | <i>t</i> | <i>Sig.</i> |
|--------------|----------------|-------------------|--------------|----------|-------------|
| | Coefficients | | Coefficients | | |
| | <i>B</i> | <i>Std. Error</i> | <i>Beta</i> | | |
| 1 (Constant) | 11.416 | 11.890 | | .960 | .342 |
| S_CTNTOTAL | 1.076 | .264 | .504 | 4.081 | ≤ .001 |

$p \leq .001$

4.6 Análise do papel moderador dos sentimentos de nojo na associação entre a contaminação mental e a sintomatologia OC nas vítimas de VD.

Realizou-se uma análise de moderação com vista a melhor compreender se o nojo poderá afetar a relação, ou seja, se poderá ser moderador entre a contaminação mental e a sintomatologia de POC na nossa amostra (Tabela 8). No entanto, a interação entre a

contaminação mental e os sentimentos de nojo não revelou ser um moderador significativo da relação entre os sentimentos de nojo e a sintomatologia de POC, ao nível de significância de 0.05 ($\beta = -.014, p = .369$).

Tabela 7.

VD: Sintomatologia POC

| | <i>B</i> | <i>SE</i> |
|---------------------|----------|-----------|
| Constante | -12.393 | 35.62 |
| Contaminação mental | 1.84* | .86 |
| Sentimentos de nojo | .451 | .67 |
| Interação | -.014 | .02 |

* $p \leq .05$

4.7. Análise da associação entre sintomatologia de PSPT e contaminação mental

O coeficiente de correlação de *Pearson* entre a sintomatologia de PSPT e contaminação mental é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r = .379, p = .043$). Como o coeficiente é positivo, isso significa que à medida que aumenta a sintomatologia de PSPT aumenta também a contaminação mental, no entanto, apresenta valores fracos. (Tabela 8).

4.8 Análise do papel moderador da contaminação na associação entre sintomatologia de PSPT e POC

A interação entre a sintomatologia de PSPT e a contaminação mental não revelou ser um moderador significativo da relação entre sintomatologia de PSPT e a sintomatologia de POC ($\beta = .006, p = .698$) (Tabela 10).

Tabela 8.

Sintomatologia de PSPT e Contaminação Mental

| | contaminação mental |
|------------------------|------------------------|
| sintomatologia de PSPT | .379* |

* $p \leq .05$

Tabela 9.

Moderação da contaminação mental na associação entre sintomatologia PSPT e POC.

| | <i>B</i> | <i>SE</i> |
|------------------------|----------|-----------|
| Constante | | |
| Sintomatologia de PSPT | .152 | .77 |
| Contaminação mental | .294 | .89 |
| Interação | .006 | .016 |

5. Discussão de Resultados

Os objetivos gerais da presente investigação centraram-se na avaliação de sintomatologia de POC e PSPT, com foco na contaminação e o possível papel preditor do nojo, em vítimas de violência doméstica.

No que diz respeito à análise da fidelidade dos instrumentos utilizados no presente estudo, verificam-se valores de consistência interna adequados, no entanto, observam-se determinados valores inferiores aos obtidos nas escalas originais ou de adaptação para a população portuguesa. O Inventário de Obsessões-Compulsões de Vancouver (VOCI; Thordarson, et al., 2004) apresentou valores de consistência interna adequados, assim como, a adaptação da escala para a população portuguesa (Calisto, 2013) e do presente estudo. No que diz respeito às suas subescalas, verifica-se uma redução dos valores de fidelidade do instrumento original em relação à adaptação do instrumento para a população portuguesa e simultaneamente, do presente estudo em relação à escala original, no entanto, o mesmo não se verifica em relação ao presente estudo e à adaptação da escala

para a população portuguesa, à exceção da subescala Contaminação, em que o valor obtido no presente estudo se apresenta inferior ao valor do inventário original, assim como, da adaptação do inventário para a população portuguesa. No entanto, à exceção da subescala *Just Right* da adaptação da escala à população portuguesa, que apresentou um valor inferior a .7 ($\alpha = .55$), todas as subescalas e escalas totais apresentam valores de consistência interna adequados (Field, 2009).

No caso da Escala de Sensibilidade de Contaminação (SCT-N; Rachman, 2006; cit in Coughtrey et al., 2012), tanto a escala original como os valores obtidos no presente estudo, indicam uma consistência interna adequada. Contudo, o presente estudo apresentou valores ligeiramente inferiores ($\alpha = .87$) aos valores obtidos na escala original ($\alpha = .92$).

Relativamente à Escala de Sensibilidade ao Nojo (DS-R-PT Haidt et al., 1994; modificado por Olatunji et al., 2007b), os valores da consistência interna do presente estudo verificaram-se inferiores ($\alpha = .83$) aos da escala original ($\alpha = .84$), não obstante, apresentam uma consistência interna adequada. As suas subescalas *Core*, *Animal Reminder* apresentam valores inferiores ao nível da consistência interna, no entanto, apresentam-se superiores a .7, pelo que se pode considerar que as referidas subescalas apresentam uma consistência interna adequada (Field, 2009). A subescala Contaminação na escala original apresenta valores inferiores a .7 ($\alpha = .61$), assim como, no presente estudo ($\alpha = .54$). Pondera-se que a justificação para valores diminutos se centre na modificação da escala original por Olatunji et al. (2007b), tendo em conta que terão sido retirados alguns itens da escala original (Haidt et al., 1994). Poder-se-ia ter eliminado o item 9 com vista a obter um aumento da consistência interna ($\alpha = .59$), contudo, este continuaria a não ser igual ou superior a .7, pelo que se optou por aceitar o valor de alfa apresentado (visto que este não é substancialmente inferior a .7) (Field, 2009). Deste modo, sugere-se uma interpretação mais cautelosa da referida subescala.

No que diz respeito à *Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version* (PCL-C, Weathers et al., 1993), o mesmo apresentou valores de consistência interna adequados, similares à sua adaptação para a população portuguesa (Marcelino & Gonçalves, 2012) e ao presente estudo. Igualmente, as subescalas Critério B, C e D da escala original, assim como da sua adaptação para português e do presente estudo apresentaram uma consistência interna adequada, apesar dos valores de alfa do presente estudo serem ligeiramente inferiores aos apresentados na escala original.

Relativamente aos resultados obtidos, é possível diferenciar dois momentos. Primeiramente procedeu-se à avaliação da sintomatologia das variáveis em estudo (e PSPT, POC, contaminação mental e nojo), seguindo-se da análise e interpretação das correlações, regressões e moderações.

No que diz respeito a sintomatologia de PSPT, que terá sido avaliada através da escala PCL-C (Weathers et al., 1993), os resultados poderão ser obtidos de três distintas formas. O primeiro critério apresentou valores moderados. O segundo critério apresentou valores simultaneamente moderados, sendo que a subescala Hiperativação terá apresentado valores de maior significância, seguindo-se da escala Reexperenciar e Evitamento. O terceiro critério apresentou resultados elevados, demonstrando que 29 participantes ($N = 51$), aproximadamente 57% da amostra, preenchiam critérios para diagnóstico de PSPT, de acordo com o DSM-IV. Golding (1999) concluiu, através da meta-análise realizada, que a prevalência estimada de PSPT em vítimas de violência doméstica se situa entre 31% e 84.4%. Semelhantemente, autores como Aguirre et al. (2010) Labrador et al. (2009), estimam que 60% das vítimas de violência doméstica apresentem PSPT. Os resultados obtidos no presente estudo não terão sido surpreendentes tendo em conta a presença de vários estudos que apresentaram resultados bastante significativos de PSPT em vítimas de violência doméstica. Tendo-se, similarmente, conhecimento do impacto e consequências da experiência de vitimação, nomeadamente, do possível trauma. Os resultados obtidos no nosso estudo vão de encontro com os valores obtidos por Golding (1999) e assemelhando-se aos valores encontrados por Aguirre et al. (2010) e Labrador et al. (2009). Além disto, várias investigações apontam para que a PSPT seja a perturbação mais frequente entre as vítimas de violência doméstica (Aguirre et al., 2010; Golding, 1999).

Foi realizada uma análise do coeficiente de correlação de *Pearson* entre as dimensões do PCL-C (Evitamento, Hiperativação e Reexperenciar), que apresentaram resultados estatisticamente significativos, positivos e moderados ou elevados. Realçando os resultados obtidos entre as variáveis Evitamento e Hiperativação, que à luz da sua interpretação nos permitem compreender que quanto mais elevados são os valores da dimensão Evitamento mais elevados serão os valores de Hiperativação. De acordo com Horowitz (1975), Parkinson e Rachman (1980, citado em Rachman, 1998), quanto mais se vivencia experiências stressantes maior é o número de pensamentos intrusivos e maior

é o stress experienciado (neste caso, hiperativação) que poderiam ser um bom indicador da presença de sintomatologia de POC.

Ao nível da sintomatologia de POC, avaliada através do questionário VOCI (Thordarson, et al., 2004), os resultados não se apresentaram elevados. De encontro com Hupper et al. (2005), Sasson et al (2005) e Rosso et al. (2012), a prevalência de POC na população geral durante a vida situa-se entre 1 e 3%. Deste modo, tendo em consideração os estudos realizados pelos autores e tendo em conta que a amostra do presente estudo não é uma amostra clínica seria expectável que a sintomatologia de POC nos participantes não se apresentasse elevada (Hupper et al., 2005; Sasson et al. 2005; Rosso et al., 2012).

No que diz respeito à variável contaminação mental, o presente estudo procurou avaliar a presença de sintomatologia de contaminação mental de três formas distintas. A primeira através da subescala Contaminação do questionário VOCI (Thordarson, et al., 2004), que não apresentou resultados elevados de contaminação; seguindo-se a subescala Contaminação do inventário DS-R-PT (Haidt et al., 1994; modificado por Olatunji et al., 2007b), em que os resultados também não se apresentaram elevados, por último, o questionário S-CTN (Rachman, 2006; cit in Coughtrey et al., 2012), para avaliar exclusivamente a presença de sintomatologia de contaminação mental, cujos resultados não se apresentaram, concomitantemente, elevados. Alguns autores defendem a presença e comorbilidade de PSPT e POC (onde se insere a contaminação mental, que se apresenta como uma categoria da POC) em vítimas de violência sexual, no entanto, de acordo com os resultados do presente estudo, não se poderá aferir a presença de POC nem de contaminação mental em vítimas de violência doméstica (Rachman, 2004, Fairbrother & Rachman, 2004). Tal poderá dever-se ao facto da presente amostra não ser uma amostra clínica.

Relativamente à presença de sentimentos de nojo, os resultados do presente estudo apresentaram-se moderados, tendo um maior nível de significância na sua subescala Nojo Básico. Philips et al. (1998) propuseram a possível contribuição da emoção nojo para a etiologia das obsessões de contaminação mental, de encontro com esta hipótese seria expectável que, se no presente estudo não se observaram resultados elevados ao nível da POC e da contaminação mental, que os valores do nojo não se apresentassem, similarmente, elevados.

Faibrother e Rachman (2004) comprovaram a presença de sentimentos de contaminação mental e compulsões de lavagem em vítimas de violência sexual, neste seguimento, procurámos avaliar as diferenças de resultados, primeiramente, entre as vítimas de violência doméstica de cariz sexual e as vítimas de violência doméstica não sexual.

De encontro com os resultados observados, é possível verificar um aumento da sintomatologia de POC (VOCI), contaminação (subescala do VOCI), contaminação mental (S-CTN) e PSPT nas vítimas de violência sexual em comparação com as vítimas de violência não-sexual. Contrariamente, não se observou um aumento de sintomatologia na escala nojo (DS-R-PT) e na variável contaminação (subescala do inventário DS-R-PT). Nenhum dos resultados encontrados, à exceção da PSPT se apresentou significativo, apesar do aumento dos valores. A violência sexual apresenta-se como a situação que maior probabilidade tem de se encontrar na base do desenvolvimento de PSPT (Kessler et al., 1995).

Terminando a análise da sintomatologia das variáveis em estudo, procedeu-se à exploração dos três últimos objetivos formulados, o primeiro referente ao possível papel preditor da sintomatologia de contaminação mental sobre a sintomatologia de POC. Os resultados demonstraram que a contaminação mental prevê 25.4% da sintomatologia de POC. A contaminação mental revelou ser um preditor significativo da sintomatologia OC, significando que à medida que aumenta a sintomatologia de contaminação mental, aumenta a sintomatologia de POC. Estes resultados confirmam os estudos de Elliott & Radomsky (2009) que enaltam a prevalência de obsessões de contaminação em indivíduos diagnosticados com POC.

Com vista a melhor compreender a interação ente a contaminação mental e os sentimentos de nojo realizou-se uma moderação entre a contaminação mental e a sintomatologia OC, os sentimentos de nojo seriam a possível variável moderadora. Os resultados mostraram que o nojo não parece ser um moderador significativo da relação entre a contaminação mental e a sintomatologia de POC, contradizendo propostas de Phillips, et al. (1998) que salientavam a contribuição do nojo para a etiologia das obsessões de contaminação mental e da POC.

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, verifica-se a existência de uma correlação entre a sintomatologia de PSPT e contaminação mental. Deste modo, à

medida que aumenta a sintomatologia de PSPT, aumenta também a de contaminação mental. Apesar dos valores serem fracos, estes resultados vão de encontro com os defendidos e obtidos por Faibrother e Rachman (2004), que comprovam que a contaminação mental está associada com sintomas de PSPT. Assim como, os estudos de Horowitz (1975), Parkinson e Rachman (1980, citado em Rachman, 1998) que defendem que a exposição ao stress aumenta a incidência de pensamentos intrusivos, que se encontram na base das obsessões. Os pensamentos intrusivos relacionados com experiências traumáticas, assim como as obsessões apresentam características comuns, como o facto de serem ambos pensamentos intrusivos, indesejados, repetitivos, difíceis de controlar e que causam mal-estar (De Silva & Marks, 1999).

No entanto, a interação entre a sintomatologia de PSPT e a contaminação mental não revelou ser um moderador significativo da relação entre sintomatologia de PSPT e a sintomatologia OC.

É de salientar, na análise do percentil 75 nas variáveis estudadas, a presença constantemente de 13 participantes que se situam no referido percentil, pelo que poderão ser participantes que apresentam sintomatologia relativa às variáveis estudadas.

6. Considerações Finais e Limitações

Embora os resultados não tenham ido de encontro com a totalidade das nossas expectativas, foi possível obter diversas conclusões. De entre os objetivos formulados, verificou-se sintomatologia significativa ao nível da PSPT e do nojo em vítimas de violência doméstica. No entanto, não se verificou sintomatologia a nível da POC, nem de contaminação mental nos participantes. Ademais, verificou-se que a contaminação mental é um preditor para a POC em vítimas de violência doméstica. Contudo, não se verificou o papel preditor do nojo entre a contaminação mental e a POC, nem a contaminação mental se apresentou como moderador da sintomatologia de PSPT e de POC em vítimas de violência doméstica.

Denota-se a pertinência deste estudo no âmbito de um melhor conhecimento em relação à POC, especificamente a de contaminação mental e à possível sintomatologia apresentada pelas vítimas de violência doméstica, que poderá permitir um melhor acompanhamento e apoio a nível psicológico das mesmas.

As limitações que se terá que ter em conta no âmbito da presente investigação centram-se na atual situação pandémica de COVID-19 em que nos encontramos, que poderá ter enviesado de alguma forma a resposta dos participantes, nomeadamente nas respostas aos itens de contaminação mental (e.g. Sinto-me muito sujo/a depois de tocar em dinheiro; Uso uma quantidade excessiva de desinfetantes para manter a minha casa e a mim próprio/a a salvo de germes), no entanto, sendo que não se verificaram resultados significativos na variável de contaminação mental, poder-se-á não dar uma ênfase tão elevado ao seu possível enviesamento. Uma outra limitação que nos parece conveniente referir será a reduzida dimensão da amostra ($N = 51$), que condicionou a identificação de efeitos significativos entre as variáveis.

O facto de os questionários terem sido preenchidos online poderá também ser considerado uma limitação, tendo em conta que não permitiu esclarecer as dúvidas existentes, criando algumas dificuldades em discriminar certas variáveis, como é o caso do tempo da vitimação, em que por exemplo, aquando da resposta “Há uma semana” e, não sabendo em que momento o participante terá preenchido o questionário, não nos permite precisar com exatidão o último episódio de violência experienciado.

Ainda relativamente aos questionários, é de ressaltar uma outra limitação, nomeadamente a nível do cansaço dos participantes, tendo em conta o elevado número itens presentes nos questionários.

No decorrer da análise dos resultados, foi possível verificar que a escala DS-R-PT não se apresenta como uma boa medida para discriminar as sensações de nojo, uma vez que, facilmente um indivíduo poderia apresentar sensações de nojo, tendo em conta as situações representadas nos itens.

Apesar destas limitações, o presente estudo deu o seu contributo para as investigações relativas à sintomatologia apresentada pelas vítimas de violência doméstica, nomeadamente de PSPT, POC e contaminação mental, assim como, no seu complemento do nojo. Os resultados apresentados ao nível da sintomatologia de PSPT consideram-se relevantes no sentido em que, por se apresentarem elevados, salientam a importância de identificar a sintomatologia de PSPT e a sintomatologia específica da mesma, tendo em conta que a sua identificação precoce poderá evitar o desenvolvimento de quadros patológicos. Ressalva-se a importância de uma avaliação e diagnóstico cuidadoso com vítimas de violência doméstica, tendo em conta a grande comorbilidade de perturbações existente nesta população.

Futuros estudos poderão complementar a investigação realizada, através do estudo do papel de variáveis como a duração da vitimação, último episódio e melhor discriminar o tipo de violência experienciada.

Referências Bibliográficas

- Abramowitz, J. S., Taylor, S. & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374, 491-499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3)
- Aguirre, P. D., Cova, F. S., Domarchi, P. G., Garrido, C. C., Mundaca, I., Rincón, P. G., Troncoso, V. P. & Vidal, S. P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatria*, 48 (2), 114-122. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272010000300004>
- American Medical Association. (1992). American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Archives of Family Medicine*, 1 (2), 287. <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/confrontingviolence/materials/OB11102.pdf>
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatry Association (2011). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)* (4ª ed.) Climepsi Editores: Lisboa.
- American Psychological Association (2002). *Intimate Partner Abuse and Relationship Violence*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/about/division/activities/partner-abuse.pdf>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2018). *Estatísticas APAV – Vítimas de Violência Doméstica 2013-2017*. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Violencia_Domestica_2013_2017.PDF
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2012). *Violência Doméstica*. <https://apav.pt/vd/index.php/features2>
- Brake, C. A., Adams, T. G., Hood, C. O. & Badour, C. L. (2019). Posttraumatic Mental Contamination and the Interpersonal Psychological Theory of Suicide: Effects via DSM-5 PTSD Symptom Clusters. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 259-271. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9959-9>
- Calisto, L. S. J. (2011). *Indução de Contaminação Mental em vítimas de traição – numa amostra de indivíduos não clínicos* [Dissertação de Mestrado – Universidade do

Algarve]. Sapientia UALG.

<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/5969/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a Ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Coughtrey, A., Shafran, R., Knibbs, D. & Rachman, J. (2012). Mental contamination in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1* (4), 244-250. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.07.006>

De Silva, P. & Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 941-951. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00185-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00185-5)

Elliot, M. C., Radomsky, A. S. (2009). Analyses of mental contamination: Part I, experimental manipulations of morality. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 995-1003. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.03.004>

Fairbrother, N. & Rachman, S. (2004). Feelings of mental pollution subsequent to sexual assault. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 173-189. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00108-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00108-6)

Fairbrother, N., Newth, S.J. & Rachman, S. (2005). Mental Pollution: feelings of dirtiness without physical contact. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 121-130. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.005>

Ferreira-Santos, F., Martins, E. C. & Mauro, P. S. C. (2011). Escala de Sensibilidade ao Nojo – Revista, versões Português de Portugal (DS-R-pt) e Português do Brasil (DS-R-br). Laboratório de Neurospicofisiologia. *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto*. <http://www.fpce.up.pt/labpsi/index.php?page=12&level=2&lang=pt>.

Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmedm (2^a edição).

Gershuny, B.S., Baer, L., Parker, H., Gentes, E.L., Infield, A.L. & Jenike, M.A. (2008). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. *Depression and Anxiety, 25*, 69-71. <https://doi.org/10.1002/da.20284>

- Golding, J.M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence, 14* (2), 99-132.
<https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- Gothelf, D., Aharonovsky, O., Horesh, N., Carty, T. & Apter, A. (2004). Life events and Personality Factors in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder and Other Anxiety Disorders. *Comprehensive Psychiatry, 45* (3), 192-198.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.02.010>
- Haidt, J., McCauley, C., & Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences, 16*, 701-713.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. Retrieved from <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Helzer, J. E., Robins, L. N. & McEvoy, L. (1987). Post-Traumatic Stress Disorder in the General Population – Findings of the Epidemiologic Catchment Area Survey. *The New England Journal of Medicine, 317* (26), 1630 – 1634.
<https://doi.org/10.1056/NEJM198712243172604>
- Horowitz, M. J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. *Archives of General Psychiatry, 32*, 1457-1463
- Huppert, J. D., Moser, J. S., Gershuny, B. S., Riggs, D. S., Spokas, M., Filip, J., Hajcak, G., Parker, H. A., Baer, L. & Foa, E. B. (2005). The Relationship between obsessive-compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples. *Anxiety Disorders, 19*, 127-136. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.01.001>
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Christopher, N. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Labrador, F. J., Velasco, R. F. & González, P. P. R. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctimas de violencia de pareja con trastorno de estrés posttraumático. *Pensamiento Psicológico, 6* (13), 49-68. ISSN: 1657-8961. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112469005>

- Marcelino, D. & Gonçalves, S. P. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (1), 71-75.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.03.003>
- Mowrer, O.H. (1939) A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553–565. <https://doi.org/10.1037/h0054288>
- Olatunji, B. O. & Sawchuk, C. N. (2005). Disgust: Characteristic Features, Social Manifestations, and Clinical Implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (7), 932-962. <https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.7.932>
- Olatunji, B. O., Lohr, J.M., Sawchuk, C. N. & Tolin, D. F. (2007a). Multimodal assessment of disgust in contamination-related obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 263-276. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.004>
- Olatunji, B. O., Sawchuck, C.N., Arrindell, W. A. & Lohr, J. M. (2005a). Disgust sensitivity as a mediator of the sex differences in contamination fears. *Personality and Individual Differences* 38, 713-722. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.05.025>
- Olatunji, B. O., Williams, N. L., Lohr, J.M. & Sawchuk, C. N. (2005b). The structure of disgust: domain specificity in relation to contamination ideation and excessive washing. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1069-1086.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.002>
- Olatunji, B. O., Williams, N. L., Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., & Elwood, L. S. (2007b). The Disgust Scale: Item analysis, factor structure, and suggestions for refinement. *Psychological Assessment*, 19 (3), 281-297.
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.281>
- Olatunji, B.O., Sawchuk, C.N., Lohr, J.M. & Jong, P.J. (2004). Disgust domains in the prediction of contamination fear. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 93-104.
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00102-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00102-5)
- Parkinson, L., & Rachman, S. (1980). Speed of recovery from an uncontrived stress In Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10041-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10041-9)

- Phillips, M. L., Senior, C., Fahy, T., & David, A. S. (1998). Disgust - the forgotten emotion of psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 373–375.
<https://doi.org/10.1192/bjp.172.5.373>
- Rachman, S. (1994). Pollution of the mind. *Behaviour Research and Therapy*, *32* (3), 311–314.[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90127-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90127-9)
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *35* (9), 793-802. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00040-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00040-5)
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 385-401. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10041-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10041-9)
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1227-1255. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.009>
- Rachman, S. (2006). *The fear of contamination: assessment and treatment*. Oxford University Press: Oxford.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall in Olatunji, B. O., Lohr, J.M., Sawchuk, C. N. & Tolin, D. F. (2007a). Multimodal assessment of disgust in contamination-related obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 263-276.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.004>
- Riggs, D.S. (2000). Treatment of Concurrent PTSD and OCD: A commentary on the Case of Howard. *Cognitive and Behavioral Practice* *7*, 130-132.
[https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80015-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80015-2)
- Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F. & Maina, G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Research* *197*, 259-264.<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.005>
- Sasson, Y., Dekel, S., Nacasch, N., Chopra, M., Zinger, Y., Amital, D. & Zohar, J. (2005). Posttraumatic obsessive-compulsive disorder: A case series. *Psychiatry Research* *135*, 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.05.026>
- Secretariado da Comissão da Igualdade e Não Discriminação (2012) *Livre do medo livre da violência - Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à*

Violência contra as mulheres e a Violência Doméstica (Convenção de Istambul).

Conselho da Europa.

Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., Hakstian, A. R. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behaviour Research & Therapy*, 42, 1289-1314. <https://doi.org/doi:10.1016/j.brat.2003.08.007>

Tjaden, P. & Thoennes, N. (2000). Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence – Findings from the national violence against women survey. U.S. *Department of Justice Office of Justice Programs*.

<http://www.ncjrs.gov/App/abstractdb/AbstractDBDetails.aspx?id=181867>

Tolin, D. F., Worhunsky, P. & Maltby, N. (2004). Sympathetic magic in contamination-related OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 193-205. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.009>

Tybur, J.M., Lieberman, D. & Griskevicius, V. (2009). Microbes, Mating, and Morality: Individual Differences in Three Functional Domains of Disgust. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97 (1), 103-122. <https://doi.org/10.1037/a0015474>

Vilariño, M., Amado, B.G., Vázquez, M. J. & Arce, R. (2018). Psychological Harm in Women Victims of Intimate Partner Violence: Epidemiology and Quantification of Injury in Mental Health Markers. *Psychosocial Intervention*, 27 (3), 145-152.

<https://doi.org/10.5093/pi2018a23>

Weathers F. W, Litz B. T., Herman D. S, Huska J. A & Keane T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity and diagnostic utility. In: 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, Texas.

International Society for Traumatic Stress Studies.

Woody, S. R. & Teachman, B.A. (2000). Intersection of Disgust and Fear: Normative and Pathological Views. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7 (3), 291-311.

<https://doi.org/10.1093/clipsy/7.3.291>

Woody, S. R. & Tolin, D. F. (2002). The relationship between disgust sensitivity and avoidant behavior: Studies of clinical and nonclinical samples. *Anxiety Disorders*, 16, 543-559. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00173-1](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00173-1)

Anexos

Anexo A – Características Sociodemográficas dos Participantes

Tabela 10.

Características sociodemográficas dos participantes

| Características Sociodemográficas | N | % |
|-----------------------------------|----|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 2 | 3.9 |
| Feminino | 49 | 96.1 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro/a | 14 | 27.5 |
| Casado/a | 7 | 13.7 |
| Divorciado/a | 13 | 25.5 |
| União de Facto | 4 | 7.8 |
| Relacionamento Romântico | 13 | 25.5 |
| Nacionalidade | | |
| Portuguesa | 48 | 94.1 |
| Brasileira | 2 | 3.9 |
| Angolana | 1 | 2 |
| Região de Residência | | |
| Alentejo | 2 | 3.9 |
| Algarve | 24 | 47.1 |
| Lisboa | 12 | 23.5 |
| Norte | 13 | 25.5 |
| Habilitações Literárias | | |
| 2ºCiclo | 2 | 3.9 |
| 3ºCiclo | 5 | 9.8 |
| Secundário | 12 | 23.5 |
| Licenciatura | 17 | 33.3 |
| Bacharelato | 2 | 3.9 |
| Pós-graduação | 5 | 9.8 |
| Mestrado | 8 | 15.7 |

Nota. N = 51; % = percentagem.

Anexo B

Questionário de Dados Sociodemográficos:

Idade: _____

Sexo:

Feminino

Masculino

Nacionalidade: _____

Região de Residência (Algarve, Alentejo...) _____

Estado civil:

Solteiro/a

Viúvo/a

Casado/a

Relacionamento Romântico

Divorciado/a

| | |
|--|--|
| 1º ciclo do ensino primário (Até ao 4ºano) | |
| 2º ciclo do ensino básico (Até ao 6ºano) | |
| 3º ciclo do ensino básico (Até ao 9º ano) | |
| Ensino Secundário (12º ano) | |
| Curso tecnológico/profissional | |
| Licenciatura | |
| Bachelorato | |
| Mestrado | |
| Pós-graduação | |
| Doutoramento | |

Curso:

Profissão:

Já alguma vez sofreu de violência por parte do seu parceiro?

Sim

Não

Se sim, por quem? (Namorado/a, Marido, Esposa)

Que tipo de violência?

Física

Económica

Social

Perseguição

Sexual

Psicológica

Há quanto tempo foi o último episódio?

Quanto tempo durou a situação de vitimação? (dias, anos, meses...)

Anexo C

Inventário de Obsessões-Compulsões de Vancouver (VOCI)

Por favor, assinale a opção que melhor descreve em que medida as seguintes afirmações são verdadeiras para si. Responda rapidamente sem se deter demasiado em cada afirmação.

| | Nada | Pouco | Algum | Muito | Imenso |
|---|------|-------|-------|-------|--------|
| 1. Sinto-me compelido/a a verificar as cartas vezes sem conta antes de as enviar. | | | | | |
| 2. Sinto-me muitas vezes perturbado/a por pensamentos indesejados de usar uma arma afiada | | | | | |
| 3. Sinto-me muito sujo/a depois de tocar em dinheiro. | | | | | |
| 4. Para mim é muito difícil tomar até as decisões mais simples | | | | | |
| 5. Sinto-me compelido/a a ser absolutamente perfeito/a. | | | | | |
| 6. Experiencio repetidamente o mesmo pensamento ou imagem indesejada de um acidente. | | | | | |
| 7. Repetidamente verifico e volto a verificar coisas como torneiras e interruptores depois de os desligar. | | | | | |
| 8. Uso uma quantidade excessiva de desinfetantes para manter a minha casa e a mim próprio/a a salvo de germes. | | | | | |
| 9. Sinto-me frequentemente compelido/a a memorizar coisas banais (ex: número de matrículas, instruções nos rótulos). | | | | | |
| 10. Tenho problemas para realizar as atividades domésticas normais porque a minha casa está atafalhada com coisas que acumulo | | | | | |
| 11. Depois de decidir algo, normalmente fico muito tempo preocupado/a com a minha decisão. | | | | | |
| 12. Considero que quase todos os dias sou perturbado/a por pensamentos desagradáveis que surgem na minha mente contra a minha vontade | | | | | |
| 13. Dispenso demasiado tempo a lavar as minhas mãos. | | | | | |
| 14. Muitas vezes tenho dificuldade em terminar uma tarefa porque tento fazer tudo perfeito | | | | | |
| 15. Tocar na sola dos meus sapatos deixa-me muito ansioso/a. | | | | | |
| 16. Sou muitas vezes perturbado por pensamentos ou imagens indesejadas de atos sexuais. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 17. Fico muito ansioso/a quando tenho de tomar até a mais pequena decisão | | | | | |
| 18. Sinto-me compelido a seguir uma rotina muito estrita quando faço coisas do dia a dia | | | | | |
| 19. Sinto-me perturbado/a se a minha mobília ou outros bens não estiverem sempre exatamente na mesma posição | | | | | |
| 20. Verifico repetidamente se as minhas portas ou janelas estão trancadas, mesmo que tente resistir ao impulso de o fazer. | | | | | |
| 21. Para mim é muito difícil tocar em lixo ou caixotes do lixo. | | | | | |
| 22. Fico muito perturbado/a quando penso em deitar algo fora. | | | | | |
| 23. Preocupo-me excessivamente com germes e doenças. | | | | | |
| 24. Atraso-me frequentemente porque não consigo realizar as tarefas do dia a dia a tempo. | | | | | |
| 25. Evito usar telefones públicos devido a uma possível contaminação | | | | | |
| 26. Fico embaraçado/a por convidar pessoas para irem a minha casa porque está cheia de coisas inúteis que tenho vindo a guardar | | | | | |
| 27. Experiencio repetidamente o mesmo pensamento ou imagem perturbadora sobre a morte. | | | | | |
| 28. Sou frequentemente perturbado/a por pensamentos ou imagens indesejadas de deixar escapar obscenidades ou insultos em público | | | | | |
| 29. Preocupo-me demasiado por poder estar a aborrecer as pessoas | | | | | |
| 30. Sinto-me frequentemente assustado/a por impulsos indesejados de conduzir ou correr no meio do tráfego. | | | | | |
| 31. Quase sempre faço contagens enquanto faço uma tarefa de rotina | | | | | |
| 32. Sinto-me muito contaminado/a se tocar num animal. | | | | | |
| 33. Um dos meus maiores problemas é a verificação repetitiva. | | | | | |
| 34. Experiencio frequentemente pensamentos perturbadores e indesejados sobre a perda de controlo. | | | | | |
| 35. Para mim é quase impossível decidir o que manter e o que deitar fora. | | | | | |
| 36. Sinto-me fortemente compelido/a a fazer contagens de coisas | | | | | |
| 37. Verifico repetidamente se o meu fogão está desligado, mesmo que tente resistir ao impulso de o fazer. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 38. Fico muito perturbado/a se não conseguir cumprir a rotina de me deitar exatamente da mesma forma todas as noites | | | | | |
| 39. Tenho muito medo de ter até o mínimo contacto com secreções corporais (sangue, urina, suor, etc.). | | | | | |
| 40. Sou frequentemente perturbado/a por impulsos indesejados de magoar outras pessoas. | | | | | |
| 41. Dispensio muito tempo todos os dias a verificar as coisas vezes sem conta | | | | | |
| 42. Causa-me problemas deitar algo fora, por medo de estar a desperdiçar. | | | | | |
| 43. Frequentemente tenho de verificar variadas vezes coisas como interruptores, torneiras, aparelhos e portas | | | | | |
| 44. Um dos meus maiores problemas é que estou excessivamente preocupado/a com as limpezas. | | | | | |
| 45. Sinto-me compelido a guardar durante muito tempo demasiadas coisas como revistas velhas, jornais e recibos porque tenho receio de precisar delas no futuro. | | | | | |
| 46. Experiencio repetidamente pensamentos perturbadores e inaceitáveis de natureza religiosa. | | | | | |
| 47. Tendo a atrasar-me no meu trabalho porque repito a mesma coisa vezes sem conta. | | | | | |
| 48. Tento não tomar decisões, porque tenho muito medo de errar | | | | | |
| 49. Experiencio muitas vezes pensamentos perturbadores e indesejados sobre doenças. | | | | | |
| 50. Receio utilizar casas de banho públicas, mesmo quando estão bem cuidadas, devido à minha preocupação com os germes. | | | | | |
| 51. Apesar de tentar resistir, sinto-me compelido/a a acumular uma grande quantidade de coisas que na verdade nunca utilizo. | | | | | |
| 52. Experiencio repetidamente pensamentos imorais perturbadores e indesejados. | | | | | |
| 53. Um dos meus maiores problemas é prestar demasiada atenção aos detalhes. | | | | | |
| 54. Sou frequentemente perturbado/a por impulsos indesejados de me magoar a mim mesmo/a | | | | | |

Anexo D

Escala de Sensibilidade de Contaminação (S-CTN)

De seguida apresenta-se uma lista de afirmações. Por favor, selecione o número que melhor descreva em que medida discorda ou concorda com as mesmas. Não existem respostas certas ou erradas pelo que lhe pedimos que seja o mais sincero/a e espontâneo/a possível.

| | Discordo Fortemente | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo Fortemente |
|---|--------------------------------|-----------------|--|-----------------|--------------------------------|
| 1. Aterroriza-me quando sinto as minhas mãos pegajosas. | | | | | |
| 2. Quando está algo de errado com o meu estômago, fico preocupado/a com a possibilidade de estar seriamente doente. | | | | | |
| 3. Fico aterrorizado/a quando me sinto sujo/a por dentro. | | | | | |
| 4. Consigo sempre cheirar se alguma coisa estiver a apodrecer. | | | | | |
| 5. É sempre importante para mim lavar-me até estar absolutamente limpo/a. | | | | | |
| 6. Quando não consigo livrar-me da preocupação com a contaminação fico nervoso/a por poder estar a ficar louco/a. | | | | | |
| 7. Tocar em roupas que pertencem a alguém que detesto pode deixar-me nervoso/a. | | | | | |
| 8. Comer fruta ou vegetais que não são orgânicos faz-me sentir tenso/a e nervoso/a. | | | | | |
| 9. Afasto-me de pessoas que pareçam doentes | | | | | |
| 10. Para mim, cheiros desagradáveis são extremamente enjoativos. | | | | | |
| 11. Aterroriza-me quando me sinto sujo/a debaixo da minha pele. | | | | | |
| 12. É importante para mim manter-me longe de pessoas esquisitas ou mentalmente instáveis. | | | | | |
| 13. Aterroriza-me quando sinto a minha pele irritada | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 14. Quando me sinto contaminado/a fico nervoso/a por poder estar a ficar mentalmente instável. | | | | | |
| 15. Para mim é muito mais seguro comer fruta à qual se possa tirar a pele. | | | | | |
| 16. Apanho doenças muito mais facilmente do que as outras pessoas. | | | | | |
| 17. As pessoas notam quando me sinto contaminado/a. | | | | | |
| 18. Fico muito nervoso/a se uma pessoa esquisita ou mentalmente instável se aproxima de mim. | | | | | |
| 19. Vejo logo quando a comida não é completamente fresca. | | | | | |
| 20. Sou extremamente sensível a sabores. | | | | | |
| 21. Aterroriza-me quando me sinto contaminado/a. | | | | | |
| 22. Preocupa-me apanhar alguma doença sempre que visito um hospital. | | | | | |
| 23. Sensações não usuais na minha pele deixam-me muito nervoso/a. | | | | | |
| 24. Sou extremamente sensível a cheiros | | | | | |

Anexo E

Escala de Sensibilidade ao Nojo (DS-R-PT)

Por favor, selecione até que ponto está de acordo com cada uma das afirmações seguintes, ou quão verdadeira ela é aplicada a si.

0= Discordo fortemente (muito falso acerca de mim)

1= Discordo moderadamente (algo falso acerca de mim)

2= Não concordo nem discordo

3= Concordo moderadamente (algo verdadeiro acerca de mim)

4= Concordo fortemente (muito verdadeiro acerca de mim)

| | 0= Discordo fortemente | 1= Discordo moderada mente | 2=Não concordo nem discordo | 3=Concordo moderada mente | 4= Concordo Fortemente |
|---|---|---|--|--|---|
| 1. Em algumas circunstâncias, eu talvez estivesse disposto/a a tentar comer carne de macaco | | | | | |
| 2. Eu ficaria incomodado/a se estivesse numa aula de ciências e visse uma mão humana preservada dentro de um frasco. | | | | | |
| 3. Incomoda-me ouvir alguém limpar a garganta cheira de muco (pigarrar). | | | | | |
| 4. Eu nunca deixo que qualquer parte do meu corpo toque no assento da sanita em casas de banho públicas. | | | | | |
| 5. Eu tomaria um caminho mais longo para evitar ter de atravessar um cemitério. | | | | | |
| 6. Ver uma barata na casa de outra pessoa não me incomoda. | | | | | |
| 7. Incomodar-me-ia tremendamente tocar num corpo morto. | | | | | |
| 8. Se vejo alguém vomitar, fico maldisposto/a do estômago. | | | | | |
| 9. Eu provavelmente não iria ao meu restaurante favorito se descobrisse que o cozinheiro de serviço tinha uma constipação. | | | | | |
| 10. Não me perturbaria de modo algum ver uma pessoa com um olho de vidro tirar o olho da cavidade ocular. | | | | | |
| 11. Eu ficaria incomodado/a se visse uma ratazana a correr a cruzar o meu caminho num parque. | | | | | |
| 12. Eu preferia comer um pedaço de fruta a um pedaço de papel. | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| 13. Mesmo que tivesse fome, não tomaria uma taça da minha sopa preferida se tivesse sido mexida com um mata-moscas usado, mas que foi lavado cuidadosamente | | | | | |
| 14. Ficaria incomodado/a por dormir num bom quarto de hotel se soubesse que um homem tinha morrido de ataque cardíaco nesse quarto na noite anterior. | | | | | |

Quão nojenta seria para si cada uma das seguintes experiências? Por favor, selecione para indicar a sua resposta:

- 0=** Nada nojenta
- 1=** Ligeiramente nojenta
- 2=** Moderadamente nojenta
- 3=** Muito nojenta
- 4=** Extremamente nojenta

| | 0= Discordo fortemente | 1= Discordo moderada mente | 2=Não concordo em discordo | 3=Concordo moderada mente | 4= Concordo Fortemente |
|---|---|---|---|--|---|
| 15. Vê larvas num pedaço de carne num caixote do lixo na rua. | | | | | |
| 16. Vê uma pessoa a comer uma maçã com faca e garfo. | | | | | |
| 17. Enquanto caminha por um túnel por baixo de uma linha férrea sente o cheiro de urina. | | | | | |
| 18. Depois de tomar um gole de sumo, apercebe-se que bebeu do copo por onde uma pessoa sua conhecida esteve a beber. | | | | | |
| 19. O gato do seu amigo morre e você tem de pegar no corpo morto com as suas mãos nuas. | | | | | |
| 20. Vê alguém pôr ketchup em gelado de baunilha e comê-lo | | | | | |
| 21. Vê um homem com os seus intestinos expostos após um acidente. | | | | | |
| 22. Descobre que um amigo/a seu/sua apenas muda de roupa interior uma vez por semana. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 23. Um amigo/a oferece-lhe um pedaço de chocolate em forma de cocó de cão | | | | | |
| 24. Acidentalmente toca nas cinzas de uma pessoa que foi cremada | | | | | |
| 25. Está prestes a beber um copo de leite quando lhe cheira que está estragado. | | | | | |
| 26. Como parte de uma aula de educação sexual, é-lhe pedido para encher de ar com a boca um preservativo novo não lubrificado. | | | | | |
| 27. Está a caminhar descalço/a em betão e pisa uma minhoca. | | | | | |

Anexo F

Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version

(PCL-C)

Mantenha concentrada a sua atenção no acontecimento traumático que vivenciou. Por favor, leia cada frase que se segue e assinale em que medida ficou incomodado com essa situação, nos tempos seguintes/posteriores a esse acontecimento. Para tal assinale a opção que melhor corresponde à sua opinião para cada questão.

| | Nada | Um Pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |
|---|------|----------|---------------|----------|--------------|
| 1. Recordações, pensamentos e imagens perturbadoras e repetitivas referentes àquele acontecimento? | | | | | |
| 2. Sonhos perturbadores e repetitivos referentes àquele acontecimento? | | | | | |
| 3. Agir ou sentir-se subitamente como se aquele acontecimento estivesse a acontecer de novo (como se o estivesse a reviver)? | | | | | |
| 4. Sentir-se muito preocupado(a) quando algo o(a) relembra aquele acontecimento? | | | | | |
| 5. Ter reações físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando algo o(a) relembra aquele acontecimento? | | | | | |
| 6. Evitar pensar ou falar sobre aquele acontecimento, evitar ter sentimentos relacionados com esse acontecimento traumático? | | | | | |
| 7. Evitar atividades ou situações porque elas lhe lembram aquele acontecimento? | | | | | |
| 8. Ter dificuldade em lembrar aspetos importantes daquele acontecimento? | | | | | |
| 9. Perder o interesse por atividades de que antes costumava gostar? | | | | | |
| 10. Sentir-se distante ou isolado(a) das outras pessoas? | | | | | |
| 11. Sentir-se emocionalmente adormecido(a) ou incapaz de sentir afeto pelas pessoas que lhe são próximas? | | | | | |
| 12. Sentir que a sua vida futura vai acabar cedo? | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 13. Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir? | | | | | |
| 14. Sentir-se irritável ou ter ataques de fúria? | | | | | |
| 15. Ter dificuldade em concentrar-se? | | | | | |
| 16. Estar “super-alerta” ou hipervigilante ou em guarda? | | | | | |
| 17. Sentir-se sobressaltado(a) ou facilmente alarmado(a)? | | | | | |

Anexo G

Critérios de diagnóstico para Perturbação Pós-Stress Traumático [F48.1] DSM-IV

A. A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições seguintes estiveram presentes:

- 1) A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outros
- 2) A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desproteção ou horror. **Nota:** em crianças isto pode ser expresso por comportamento agitado ou desorganizado

B. O acontecimento traumático é reexperienciado de modo persistente de 1 (ou mais) dos seguintes modos:

1) lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções. **Nota:** em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspetos do acontecimento traumático são expressos;

2) sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento. **Nota:** em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível

3) atuar ou sentir como se o acontecimento estivesse a ocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicados). **Nota:** em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático;

4) mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático

5) reatividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspetos do acontecimento traumático.

C. Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reatividade geral (ausente antes do trauma), indicada por 3 (ou mais) dos seguintes itens:

1) esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma;

2) esforços para evitar atividades, lugares ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma

3) incapacidade para lembrar aspetos importantes do trauma;

4) interesse ou participação em atividades significativas fortemente diminuídos;

5) sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros;

6) gama de afetos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros);

7) expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um desenvolvimento normal de vida)

D. Sintomas persistentes de aumento da ativação (ausentes antes do trauma), indicados por 2 (ou mais) dos seguintes itens:

1) dificuldades em adormecer ou permanecer a dormir;

2) irritabilidade ou acessos de cólera;

3) dificuldades de concentração;

4) hipervigilância;

5) resposta de alarme exagerada.

Duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) superior a 1 mês.