



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

*INTRUSÕES OBSESSIVAS E OBSESSÕES  
CLÍNICAS: UM ESTUDO COMPARATIVO*

Joana Raquel Caciones Baião

Tese

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

Trabalho efectuado sob a orientação de: Prof.<sup>a</sup> Doutora Antónia Maria Jimenez  
Ros

2014



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

*INTRUSÕES OBSESSIVAS E OBSESSÕES  
CLÍNICAS: UM ESTUDO COMPARATIVO*

Joana Raquel Caciones Baião

Tese

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

Trabalho efectuado sob a orientação de: Prof.<sup>a</sup> Doutora Antónia Maria Jimenez  
Ros

2014

**Intrusões Obsessivas e Obsessões Clínicas: Um  
Estudo Comparativo**

“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.”

---

(Joana Raquel Caciones Baião)

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

## AGRADECIMENTOS

Achei pertinente começar de forma literária esta minha tese, pois nem só de coisas concretas se escreveram os últimos meses.

A caminhada feita foi, sem dúvida, uma das experiências mais enriquecedoras que tive no âmbito da formação académica, não desprezando, contudo, todo o trabalho desenvolvido anteriormente.

Aos que me acompanharam durante este percurso agradeço o apoio e a ajuda por me aguentarem euforias e desgostos.

À professora Antónia Ros, por ser a minha supervisora, me ter orientado nas minhas dúvidas durante a realização desta tese.

À Dr.<sup>a</sup> Ana Charraz, pelo seu companheirismo, disponibilidade e por ter sempre acreditado em mim.

À equipa do DPSM.

À minha mãe, à minha irmã e à minha avó, pelo incentivo a querer sempre mais e por possibilitarem todo o meu desenvolvimento e a concretização dos meus sonhos, sempre a abdicarem de algo para eu poder ter tudo.

À Andreia Pereira, por estar sempre presente nesta longa caminhada, dando-me o seu carinho, o seu ombro nos momentos mais sombrios.

À Bruna Nair, por demonstrar sempre aquela palavra “especial” que tão bem me conforta e por ela mesmo se ter tornado especial.

À Patrícia Alberto, que mostrou ser a minha grande amiga nesta caminhada, que me compreendeu em cada entrelinha minha e me enriqueceu enquanto pessoa. Fazendo-me rir quando mais precisei. Sem ela jamais teria conseguido.

Àquela estrelinha no céu que sempre me acompanha.

A todos aqueles que não estiveram presentes e que pensaram que eu não ia conseguir, obrigado por me darem, ainda, mais força para conseguir alcançar todos os meus objectivos.

Aos amigos que fui conhecendo e aos que se mantiveram, agradeço o vosso companheirismo e partilha de todos os bons momentos.

Obrigado por acreditarem em mim!

## RESUMO

O objectivo geral da presente investigação é comparar as obsessões (temas, frequência, incómodo causado), os estímulos que as desencadeiam, as avaliações que se fazem das mesmas, as estratégias que se utilizam para as controlar e as crenças metacognitivas acerca das obsessões e do fracasso para as controlar, entre indivíduos clínicos e indivíduos não-clínicos.

Recorreu-se a uma amostra de 28 pessoas, 14 participantes de amostra clínica (utentes do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Beja, com diagnóstico de Perturbação Obsessiva-Compulsiva sem comorbilidade ou com um grau muito ligeiro) e 14 participantes de amostra não-clínica (população sem qualquer diagnóstico psiquiátrico, com características sócio-demográficas similares à população clínica, em termos de idade, estado civil, habilitações literárias, profissão).

Na presente investigação foram aplicados, tanto à população clínica, como à não-clínica, 3 questionários: (1) um questionário sócio-demográfico, (2) o *The Thought Control Questionnaire* (TCQ; Wells, & Davies, 1994), adaptado ao português por Jiménez-Ros, A. (2011) e (3) o *The White Bear Suppression Inventory* (WBSI; Wegner, & Zanakos, 1994), adaptado ao português por Jiménez-Ros, A. (2011); e uma entrevista semi-estruturada com questões específicas sobre as obsessões. Através da entrevista semi-estruturada os indivíduos clínicos foram ainda questionados sobre o começo da psicopatologia.

Os resultados obtidos permitiram constatar que não existem diferenças significativas, entre os dois grupos, nas variáveis analisadas. A única diferença assinalada pode observar-se num dos factores do instrumento TCQ, o Controlo Social.

**Palavras-Chave:** Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Pensamentos Intrusivos, Obsessões, Intrusões, Contínuo.

## ABSTRACT

The main objective of the present investigation is to compare the obsessions (themes, frequency, nuisance caused), stimuli that trigger it, evaluations done from that, strategy that are been use to control it and the metacognitive beliefs about the obsessions and failure to control, between clinic and non-clinic individuals.

It had been used a sample of 28 people, 14 participants from the clinical sample (users of the Department of Psychiatry and Mental Health of Hospital de Beja, diagnosed with Obsessive Compulsive Disorder without comorbidity or with a very slight degree) and 14 non-clinical participants (population without any psychiatric diagnosis, with demographic characteristics similar to the clinical population in terms of age, marital status, educational level, profession).

In the present research were applied, such to clinic population, as to the non-clinical, 3 questionnaires: (1) A socio-demographic questionnaire, (2) The thought control questionnaire (TCQ; wells, & Davies, 1994), adapted to portuguese by Jiménez-Ros, A. (2011) and (3) *The White Bear Supression Inventory* (WBSI; Wegner, & Zanakos, 1994), adapted to portuguese by Jiménez-Ros, A. (2011); and a semi-structured interview with specific questions about the obsessions. Trough the semi-structured interview the clinic individuals have still been questioned about the beginning of their psychopathology.

The obtained results no significant differences between the two groups in the variables analyzed. The only difference could be observed in one of the factors of the instrument TCQ, social control.

**Keywords:** Obsessive-Compulsive Disorder, Intrusive Thoughts, Obsessions, Intrusions, Continuum.

# ÍNDICE

<b>1. Introdução.....</b>	<b>15</b>
<b>2. Metodologia .....</b>	<b>30</b>
2.1. Participantes .....	30
2.2. Instrumentos .....	30
a) Informação Pessoal.....	31
b) Informação Clínica.....	31
c) Entrevista Semi-Estruturada .....	31
d) TCQ.....	32
e) WBSI .....	33
2.3. Procedimentos.....	33
a)Recolha de Dados .....	33
b)Tratamento de Dados .....	33
<b>3. Resultados.....</b>	<b>35</b>
<b>4. Discussão .....</b>	<b>45</b>
<b>5. Conclusão.....</b>	<b>49</b>
<b>Referências .....</b>	<b>51</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>56</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Gráfico 3. 1.** – Frequências da questão: ‘Descreva-me como começou o seu problema. Houve algo que o desencadeasse?’ ..... 35

**Gráfico 3. 2.** – Frequências da questão: ‘Sentiu-se traído(a) por alguém na altura que começou?’ ..... 36

## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

<b>Ilustração 1 – Anatomia duma Obsessão Pura.....</b>	<b>21</b>
--	-----------

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 3. 1.</b> – Frequências da idade que a população tinha aquando dos comportamentos obsessivos-compulsivos. ....	35
<b>Tabela 3. 2.</b> – Teste não paramétrico para amostras independentes, teste de Mann-Whitney.....	37
<b>Tabela 3. 3.</b> – Frequências da população clínica e não clínica à questão: ‘Qual/Quais é/são o(s) seu(s) pensamento(s) intrusivo(s) principal(ais)?’ . ....	38
<b>Tabela 3. 4.</b> – Frequências da população clínica e não clínica à questão: ‘Quando os pensamentos surgem, algo os faz lembrar?’.....	38
<b>Tabela 3. 5.</b> – Frequências da população clínica e não clínica à questão: ‘Quando tem esse pensamento, qual o grau de incómodo que produz o seu aparecimento?’ . ....	39
<b>Tabela 3. 6.</b> – Frequências da população clínica e não clínica à questão: ‘Como o avalia: (1) o que pensa acerca desse pensamento quando o tem?; (2) o que pensa que pode acontecer por o ter?; e (3) que revela/diz esse pensamento acerca de si?’ . ....	40
<b>Tabela 3. 7.</b> – Frequências da população clínica e não clínica à questão: ‘Costuma tentar eliminar o pensamento da sua mente?’.....	40
<b>Tabela 3. 8.</b> – Frequências da população clínica e não clínica à questão: ‘O que é que faz quando surge o pensamento?’.....	41
<b>Tabela 3. 9.</b> – Frequências da população clínica e não clínica à questão: ‘Qual o efeito das suas acções?’ . ....	<b>Erro! Marcador não definido.1</b>
<b>Tabela 3. 10.</b> – Frequências da população clínica e não clínica à questão: ‘Acha que pelo facto de agir dessa forma consegue manter o pensamento afastado da sua mente durante mais tempo ou o pensamento volta com mais frequência do que antes?’.....	42

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I:</b> Carta de Pedido de Autorização .....	57
<b>Anexo II:</b> Resposta ao Pedido de Autorização .....	60
<b>Anexo III:</b> Consentimento Informado.....	62
<b>Anexo IV:</b> Informação Pessoal .....	65
<b>Anexo V:</b> Informação Clínica .....	69
<b>Anexo VI:</b> Entrevista Semi-Estruturada – Clínicos.....	71
<b>Anexo VII:</b> Entrevista Semi-Estruturada – Não-Clínicos.....	74
<b>Anexo VIII:</b> TCQ.....	77
<b>Anexo IX:</b> WBSI.....	80

## **Lista de Siglas**

**TCQ:** *The Thought Control Questionnaire.*

**WBSI:** *The White Bear Suppression Inventory.*

# 1. Introdução

*“Talvez não exista nada tão negativo e perigoso como o medo.”*

Jawaharlal Nehru

As perturbações de ansiedade encontram-se entre as doenças mais prevalentes e é demonstrado que estas reduzem extensamente a qualidade de vida dos pacientes (Niederauer, Braga, Souza, Meyer, & Cordioli, 2007).

A Perturbação Obsessiva Compulsiva é um dos transtornos mais frequentes na população. De acordo com o DSM-IV-TR (2002), esta perturbação é tão comum nos homens como nas mulheres, verificando-se que é mais comum nos rapazes do que nas raparigas quando o início se confirma na infância. A prevalência estimada é de 2,5% ao longo da vida nos adultos e de 1 a 2,3% em crianças ou adolescentes. Nos adultos parece haver uma associação da Perturbação Obsessiva-Compulsiva com a Perturbação Depressiva *Major*, outras Perturbações da Ansiedade (Fobia específica, Fobia Social, Perturbação de Pânico, Perturbação da Ansiedade Generalizada), Perturbações do Comportamento Alimentar e outras Perturbações da Personalidade (e.g., Perturbação Obsessiva-Compulsiva da Personalidade, Perturbação Evitante da Personalidade, Perturbação Dependente da Personalidade); já nas crianças, a associação é feita com Perturbações da Aprendizagem e Perturbações Disruptivas do Comportamento (DSM-IV-TR, 2002). As taxas de prevalência tendem a ser idênticas em muitas culturas mundiais.

A Perturbação Obsessivo Compulsiva caracteriza-se como sendo uma alteração neurobiológica que invade as mentes dos indivíduos de pensamentos indesejados (obsessão), que os ameaça caso não efectuem certos rituais repetitivos e sem sentido (compulsão). Embora sejam vários os sintomas que qualificam este transtorno, os mesmos podem alternar-se e transformar-se ao longo do percurso da doença e um só sintoma não é suficiente para diagnosticar esta patologia (Pedrick, & Hyman, 2003).

A definição de determinados conceitos mostra-se fundamental para a compreensão desta perturbação no seu todo, nomeadamente o de obsessão e compulsão.

A obsessão surge de forma repentina e interfere com o pensamento ou comportamento corrente produzindo, na sua generalidade e devido ao conteúdo repugnante e perturbador, um mal-estar no indivíduo (Rachman, 1997) que pode variar entre uma ligeira preocupação e uma ansiedade incapacitante (Pedrick, & Hyman, 2003). Estas obsessões tentam ser controladas, suprimidas ou neutralizadas pelo indivíduo de forma persistente, no entanto, estudos demonstram que essa tentativa tende a falhar na sua generalidade (Pedrick, & Hyman, 2003; Clark, & Purdon, 2009). Os pensamentos obsessivos são acompanhados de imagens visuais nítidas que reflectem o pensamento receado, enquanto que, os impulsos instigam, no indivíduo, o medo de perder o controlo. Os conteúdos mais típicos das obsessões estão relacionados com temas específicos como os de (1) contaminação e sujidade, (2) doenças, (3) infecções, (4) morte, (5) violência, (6) agressão, (7) dano e perigo, (8) religião e (9) aspectos morais e sexuais (Rachman, 1997). A obsessão gera no indivíduo um elevado nível de *stress* que é combatido, com frequência, através de um acto compulsivo com o objectivo primordial de controlar ou neutralizar a ansiedade sentida (Pedrick, & Hyman, 2003). Para o indivíduo que experiencia uma obsessão, o acto compulsivo vai evitar a realização de algum acontecimento temido (e.g., evitar um acidente, a morte de um ente querido, um dano ao próprio indivíduo) (Pedrick, & Hyman, 2003).

A compulsão pode, desta forma, ser descrita como a propensão íntima categórica que faz com que o indivíduo pratique uma determinada acção (DSM-IV-TR, 2002); estas podem espelhar-se em actos estereotipados, repetitivos e que o sujeito considera pouco aceitáveis ou excessivos (e.g., lavar as mãos de forma repetida e minuciosa, confirmar se a porta está ou não fechada um elevado número de vezes, a ordenação, entre outros) (Rachman, 1997), recusando-os num plano consciente (DSM-IV-TR, 2002). As compulsões podem não ser traduzidas em actos manifestos, algumas são encobertas e desenvolvem-se em termos mentais como rezar ou repetir mentalmente algumas frases (Rachman, 1997).

Deste modo, pode concluir-se que a Perturbação Obsessiva-Compulsiva é caracterizada por obsessões e compulsões que consomem tempo, que se mostram stressantes, interferem com a rotina, com as relações interpessoais e o funcionamento geral do sujeito (Pedrick, & Hyman, 2003). Estes comportamentos podem reduzir a ansiedade de forma momentânea, contudo mostram-se como disfuncionais relativamente ao funcionamento geral do sujeito. Levam, ainda, a que o indivíduo perca a sua capacidade de atenção e concentração, que resulta num mau

desempenho cognitivo. Indivíduos com Perturbação Obsessiva-Compulsiva tentam evitar objectos e situações que os levem a ter obsessões e compulsões e isso pode englobar um leque muito vasto de áreas, o que faz com que restrinja bastante a sua vida (DSM-IV-TR, 2002).

Nesta perturbação existem também os denominados comportamentos de neutralização. Estes são comportamentos de evitamento que têm como objectivo prevenir ou mitigar os efeitos antecipados de uma obsessão. A maior parte destes comportamentos não são observáveis, o que os torna inacessíveis e difíceis de trabalhar em contexto terapêutico. Este tipo de conduta distingue-se das compulsões, pois são escolhidos pelo indivíduo de forma deliberada e intencional e são utilizados selectivamente como forma de lidar com algumas obsessões concretas em circunstâncias específicas. São considerados como estratégias de controlo e reforçados e fortalecidos devido à sua efectividade a curto-prazo. Contudo, reforçam a crença de que é o acto de neutralizar que previne o acontecimento temido e acreditar que sem esse acto o mal-estar persistiria (Rachman, 1997).

Esta perturbação pode manifestar-se através de vários tipos mas o modo como os pensamentos e os comportamentos se apresentam aos indivíduos mostram-se consistentes. Existem 5 tipos básicos na Perturbação Obsessiva Compulsiva: (1) os que se lavam e os que se limpam (contaminação) – sofrem obsessões de uma possível contaminação por sujidade, germes, vírus ou substâncias estranhas, vivem com um medo constante de sofrer algum dano ou de causar prejuízo aos indivíduos à sua volta devido à acção destes agentes contaminadores; (2) os que ordenam (ordem/simetria) – crêem que devem organizar certos objectos de um determinado modo, referem que se sentem extremamente tensos caso sejam movidos, trocados ou ordenados de outra forma; (3) os obsessivos puros – experimentam pensamentos e imagens involuntários, intrusos e horríveis que de algum modo causam algum tipo de dano às pessoas próximas, em vez de praticarem certos rituais, normalmente dedicam-se a pensamentos repetitivos (e.g., contar, rezar, repetir certas palavras) para afastar os pensamentos geradores de ansiedade; (4) os acumuladores – recolhem objectos insignificantes e têm bastante dificuldade em desfazer-se de coisas que a maioria das pessoas considera insignificante; e (5) os que têm consciência obsessiva – centram-se em questões religiosas e morais e as suas compulsões podem implicar a oração e a procura de confirmação referente à ‘pureza’ moral das pessoas (Pedrick, & Hyman, 2003).

Uma categorização mais recente das dimensões pertencentes aos pensamentos intrusivos é a de: (1) agressão, (2) sexual, (3) religioso ou imoral, (4) simetria e ordem, (5) dúvidas, erros e necessidades de verificação, (6) contaminação e (7) superstição/pensamento mágico (Garcia-Soriano, Belloch, Morillo, & Clark, 2011).

Muitas das obsessões e compulsões descritas ocorrem em população não clínica no seu quotidiano. As obsessões e compulsões devem sempre ser contextualizadas no que diz respeito à cultura, religião, educação e história pessoal e apenas devem ser consideradas dentro de um diagnóstico de perturbação mental quando interferem, de alguma forma, com o bem-estar e funcionamento do sujeito. A maioria das pessoas executa algum comportamento de cariz repetitivo ou tem alguma preocupação excessiva, no entanto, no caso dos obsessivos-compulsivos estas acções são, geralmente, absurdas e irracionais, inapropriadas e embaraçosas (Pedrick, & Hyman, 2003).

Tendo em conta o impacto que esta perturbação tem no sujeito e a sua prevalência têm surgido diversas abordagens e modelos teóricos que pretendem explicar a génese da perturbação obsessivo-compulsiva. Os estudos desenvolvidos tentam, de alguma forma, chegar a conclusões consistentes sobre as diferentes dimensões deste transtorno, no entanto existem alguns pontos que não foram explorados o suficiente.

Estudos pioneiros (Rachman, & Silva, 1978) evidenciam que os pensamentos intrusivos, similares no que concerne ao conteúdo e forma em comparação com obsessões de cariz clínico, são experienciados por população considerada não clínica (em cerca de 80% da amostra). Em comparações entre a população clínica e não-clínica foram demonstradas diferenças na frequência, duração e intensidade dos pensamentos intrusivos.

Os modelos cognitivos basearam-se na premissa de que a interpretação que um indivíduo elabora sobre a normalidade do seu pensamento intrusivo é um factor central no desenvolvimento e manutenção da perturbação obsessivo-compulsiva. Segundo García-Soriano & Belloch (2013) as interpretações erradas dos pensamentos intrusivos obsessivos tornam-nos mais relevantes, emocionalmente perturbadores e com uma carga de interferência grande na vida do indivíduo, isto resulta num maior esforço para controlar os mesmos.

As obsessões na população clínica mostram-se mais agressivas e bizarras e os pensamentos intrusivos mais espontâneos em comparação com a população não-clínica. Indivíduos com esta perturbação tendem a possuir mais pensamentos intrusivos em termos de responsabilidade e controlo, o que foi ligado ao *stress* e à própria frequência dos pensamentos intrusivos. No entanto estratégias pouco produtoras foram relatadas por ambas as populações (e.g., evitamento) e de acordo com as diferenças observadas pode-se afirmar que a população clínica experiencia pensamentos intrusivos mais frequentemente que a população não-clínica (Berry, & Laskey, 2012).

Deste modo, parece haver diferenças no conteúdo, nos estímulos que as desencadeiam, nas avaliações e interpretações que se realizam das mesmas e nas estratégias utilizadas para as controlar, assim como nas crenças metacognitivas acerca do significado dos pensamentos e da dificuldade de os controlar. Estas crenças determinam a avaliação individual de pensamentos intrusivos, que por sua vez determina as subsequentes respostas cognitivo-comportamentais (Berry, & Laskey, 2012).

De acordo com os resultados do estudo levado a cabo por García-Soriano e Beloch (2013), é ressaltado que as diferenças em termos de conteúdo produzem uma distribuição e interferência emocional no quotidiano similar, no entanto são vistas diferenças nas estratégias de controlo utilizadas para os diferentes conteúdos.

De acordo com Salkovskis (1989) existe no indivíduo uma experiência prévia, uma experiência actual e a percepção de um problema por não ser uma pessoa cuidadosa o suficiente com os seus comportamentos e uma história de aprendizagem específica de códigos de comportamentos e responsabilidade. A partir daqui há a formação de suposições disfuncionais, que originam por sua vez um incidente crítico, subsequentemente à activação dessas suposições. Depois existe a conversão das obsessões consideradas normais como o principal foco de responsabilidade por parte do indivíduo; de seguida são formados os pensamentos e/ou imagens negativos automáticos o que tem como consequência uma neutralização que se desenvolve de forma progressiva. Este conjunto de factores cognitivos e comportamentais origina o desenvolvimento da perturbação obsessivo-compulsiva e a sua manutenção (Salkovskis, 1989).

Segundo o autor Rachman (1997) as obsessões são causadas por interpretações erradas catastróficas sobre o significado dos pensamentos intrusivos,

isto traduz que as obsessões persistem enquanto existir uma interpretação errónea. A partir desta teoria derivam considerações importantes como (1) a de que as pessoas que experienciam obsessões recorrentes têm mais probabilidade de atribuir um significado pessoal importante aos pensamentos intrusivos que as que não experienciam essas obsessões e (2) as pessoas que experienciam obsessões recorrentes tendem a interpretar os pensamentos intrusivos de uma forma exacerbada, estando na base das suas obsessões. Ou seja, os pensamentos intrusivos que sejam interpretados como pouco relevantes não farão parte das obsessões do indivíduo.

Existe então, de acordo com ambos os autores (Salkovskis, 1989; Rachman, 1997) um ciclo vicioso neurótico constituído pela intrusão, depois pela neutralização, pelo alívio consequente, pela posterior confirmação da crença que é reforçada através da repetição.

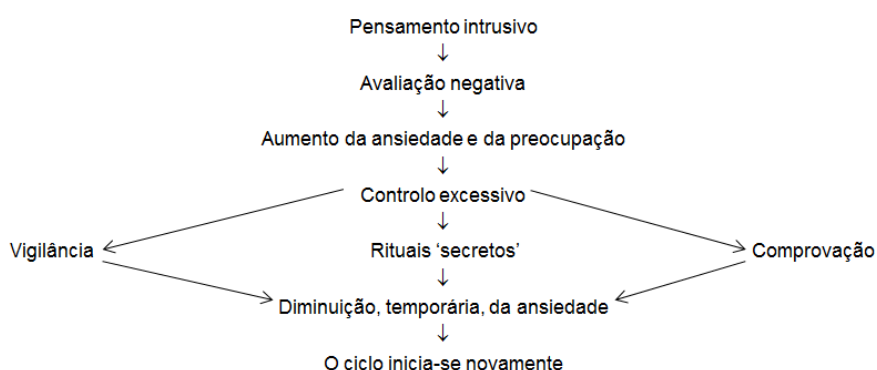
No entanto Rachman (1997) defende que este ciclo pode ser interrompido quando o impulso de neutralizar é bloqueado de forma repetida. Existem assim, duas hipóteses específicas: a de que o significado atribuído a uma obsessão permanece inalterado, o que aumentará minimamente, depois de serem repetidas neutralizações a seguir à obsessão e a de que o significado erróneo catastrófico dado a uma obsessão vai diminuir depois desta ser seguida por um bloqueio a todas as tentativas de neutralização.

Neste caso, interessa-me particularmente os obsessivos puros, uma vez que este tipo de transtorno obsessivo compulsivo implica principalmente cognições. Estes pensamentos aparecem como parte da própria mente e provocam um grande *stress*, medo e vergonha. Frequentemente, as pessoas que sofrem deste tipo, tendem a manter os seus pensamentos em segredo (Pedrick, & Hyman, 2003).

No que diz respeito à natureza das obsessões apresentam-se algumas observações genéricas: (1) pessoas com obsessões puras experimentam uma reacção anormal no processamento de pensamento, que para as outras pessoas é considerada normal – todas as pessoas já experimentaram pensamentos involuntários e intrusivos em alguma ocasião, o que as diferencia é que pessoas com obsessões puras parecem ter uma hipersensibilidade extrema a estes pensamentos raros, tentando evitar e suprimir, uma vez que causam mal-estar, fazendo assim, com que intensifiquem os pensamentos, entrando num ciclo obsessivo-compulsivo interminável;

(2) é muito improvável que pessoas com obsessões puras executem os actos e impulsos horríveis que aparecem na sua mente – normalmente estes pensamentos implicam imagens violentas ou de carácter sexual, o que faz com que estes sujeitos se preocupem por o excesso de pensamentos negativos, tendendo a ser perfeccionistas, rígidos, aplicando regras a tudo aquilo que pensam, fazem e dizem; (3) os rituais – para controlar a ansiedade e o mal-estar produzido pelos pensamentos, levam a cabo estratégias de neutralização que passam despercebidas para a maioria das pessoas (e.g., repetir em silêncio uma oração ou uma afirmação); e (4) os pensamentos intrusivos não significam nada – não são estes pensamentos que vão ditar o carácter da pessoa, os seus verdadeiros desejos ou intenções (Pedrick, & Hyman, 2003).

As estratégias de controlo, ou seja, os rituais, com o objectivo de reduzir a ansiedade, realmente resultam, só que provisoriamente. Depois, começa novamente o ciclo (figura 1) (Pedrick, & Hyman, 2003).



**Ilustração 1** - Anatomia duma Obsessão Pura.

Têm surgido, na literatura, vários estudos com a finalidade de examinar/estudar/compreender as obsessões nas suas diferentes dimensões. O foco destes estudos é bastante abrangente e pretende distinguir os diferentes tópicos que circundam as obsessões nomeadamente: (1) os temas, (2) a frequência, (3) o incómodo causado, (4) os estímulos que as desencadeiam, (5) as avaliações que se fazem das mesmas, (6) as estratégias que são utilizadas para as controlar, (7) as crenças metacognitivas acerca das obsessões e (8) o fracasso para as controlar em indivíduos clínicos e indivíduos não-clínicos.

A maioria das abordagens cognitivas para a compreensão e tratamento da Perturbação Obsessiva-Compulsiva parte da suposição de que quase todas as pessoas experimentam pensamentos intrusivos, imagens e impulsos indesejados

esporadicamente. São várias as teorias que defendem que estas 'invasões' não são problemáticas, a menos que sejam mal interpretadas. Estas conclusões provêm de estudos levados a cabo nos EUA, no Reino Unido e noutros países desenvolvidos. As primeiras investigações mostraram intrusões indesejadas na maioria dos participantes avaliados. Participaram no estudo 777 estudantes universitários de todo o mundo e foram avaliados de maneira a estimar a prevalência e a natureza das intrusões. Os resultados demonstraram que quase todos os participantes (93,6%) relataram ter pelo menos um pensamento intrusivo nos últimos 3 meses. Pensamentos intrusivos sobre dúvidas foram os mais relatados, enquanto que as intrusões repugnantes (e.g., sexual) foram as menos relatadas (Radomsky et al, 2013).

Em 2007, Morillo, Belloch e Garcia-Soriano realizaram uma investigação, na qual incluíram 31 indivíduos com Perturbação Obsessiva-Compulsiva, 22 indivíduos deprimidos, 31 indivíduos ansiosos e 30 indivíduos sem qualquer diagnóstico. Com esta investigação pretendiam examinar a frequência, o conteúdo, o impacto social, as consequências, as avaliações cognitivas e estratégias de controlo dos pensamentos intrusivos. Factores como a frequência, o desconforto e o não controlo dos pensamentos intrusivos eram específicos para indivíduos Obsessivos-Compulsivos. As avaliações disfuncionais, (preocupação de que o pensamento se pudesse tornar real e a relevância de controlar os pensamentos) mostraram ser um factor específico dos participantes Obsessivos-Compulsivos. Participantes Obsessivos-Compulsivos e depressivos partilhavam algumas avaliações (culpa, inaceitabilidade, perigo). Indivíduos Obsessivos-Compulsivos mostraram ainda usar mais o controlo do pensamento.

A Perturbação Obsessiva-Compulsiva é uma doença heterogénea que apresenta sintomas como: (1) pensamentos inaceitáveis, (2) simetria, entre outros. Pesquisadores começaram a examinar a natureza ideográfica dos sintomas desta Perturbação. As crenças obsessivas são frequentemente implicadas no desenvolvimento e manutenção da desordem, porém, grande parte do aumento da gravidade dos sintomas não é explicada por estas crenças. Esta pesquisa pretende examinar qual o papel das emoções da Perturbação Obsessiva-Compulsiva, uma vez que nenhum estudo investigou as crenças acerca das emoções (ou seja, a emoção da avaliação). Neste estudo participaram 44 indivíduos, os quais preencheram instrumentos de gravidade, crenças obsessivas e emoção. Os resultados indicaram que as crenças obsessivas e emoção perante a avaliação foram correlacionais com cada um dos sintomas (Smith, Wetterneck, Hart, Short, & Björgvinsson, 2012).

Novara e colaboradores (2009) realizaram uma investigação longitudinal (um, três e cinco anos) na qual pretendiam avaliar os sintomas da Perturbação Obsessiva-Compulsiva e as crenças relacionadas. Assim, recorreram a uma amostra não-clínica de 99 estudantes universitários. Os resultados revelaram uma estreita relação entre crenças disfuncionais e a sintomatologia obsessiva-compulsiva, ou seja, quanto mais relevância é dada às crenças e aos pensamentos intrusivos, maior é a probabilidade/possibilidade de ocorrência de sintomas.

Existem diversos factores que têm sido relacionados com a perturbação obsessivo-compulsiva, como estímulos desencadeadores. A traição mostra-se como um desses factores devido ao seu cariz traumático, stressante, difusor e duradouro. A traição pode causar uma contaminação mental e o traidor é considerado comumente uma fonte de contaminação. O tipo de traição vivido pelo sujeito também vai influenciar a sua interpretação e obsessões/compulsões posteriores; quando existe a divulgação de informações confidenciais isso causa sofrimento, existem pensamentos punitivos e sentimentos de raiva; quando há uma situação de infidelidade gera-se o choque, o sentimento de perda e raiva, a angústia, a ruminação e a dúvida sobre si mesmo; quando existe uma falha na assistência que esperamos ter, esta vai causar sofrimento, descrença, ruminações e sentimentos de raiva; quando existe uma situação de desonestidade isto provoca raiva, angústia e pensamentos punitivos. Nos estágios iniciais do tratamento desta perturbação os pacientes devem dar atenção a eventos na sua vida em que se tenham sentido humilhados ou degradados e compreender se isso teve ou não influência no seu comportamento compulsivo actual; apenas gradualmente os pacientes reconhecem que as traições passadas desempenham um papel relevante no *stress* sentido na actualidade (Rachman, 2009).

A Teoria Cognitivo-Comportamental da Perturbação Obsessiva-Compulsiva propõe que um dos factores do comportamento obsessivo é a maneira como os pensamentos intrusivos são interpretados. Uma investigação efectuada por Salkovskis e colaboradores (2000) pretendia verificar a ligação entre os sintomas clínicos (ansiedade, depressão e obsessividade), responsabilidade e crenças. Os resultados mostraram que crenças de responsabilidade são importantes na experiência de problemas obsessivos.

Rosso, Albert, Asinari, Filippo e Maina (2012) preocuparam-se em perceber qual o papel dos eventos de vida stressantes na génese da Perturbação Obsessiva-Compulsiva. O estudo envolveu 329 participantes. 200 participantes (60,8%,

significativamente associada ao sexo feminino) referem haver pelo menos uma ocorrência 12 meses antes do início da Perturbação. Ao longo da análise foram identificados três eventos traumáticos específicos: (1) hospitalização de um familiar, (2) doença física e (3) perda de alguém significativo. Estes eventos surgem associados a vários comportamentos: (1) simetria, (2) repetição, (3) ordenação, (4) organização, (5) contagem e (6) verificação.

Janeck, Calamari, Rieman e Heffelfinger (2003) investigaram até que ponto a avaliação de pensamentos e crenças negativas são considerados mecanismos centrais nos modelos cognitivos da Perturbação Obsessiva-Compulsiva, pois parece que só a dimensão metacognitiva diferencia pacientes com Perturbação Obsessiva-Compulsiva de pacientes com Perturbação de Ansiedade Generalizada. Recorreram a uma amostra de 80 participantes, com uma média de idades de 40 anos. Os resultados evidenciaram que a tendência de reflectir excessivamente sobre os pensamentos intrusivos pode aumentar as avaliações negativas destes mesmos pensamentos, fomentando o excesso de importância das crenças e consequentemente aumentar a probabilidade de desenvolver a Perturbação Obsessiva-Compulsiva.

Os autores Berry e Laskey (2012) defendem que a interpretação de pensamentos intrusivos normais por parte do indivíduo detém um grande peso sobre o desenvolvimento e manutenção desta perturbação indo de encontro ao que as teorias cognitivas postulam. De acordo com estes autores a avaliação que é realizada sobre os pensamentos intrusivos pode aumentar a frequência dos mesmos o que se relaciona de forma directa com a perturbação obsessivo-compulsiva. No entanto, deve ser ressaltado que existem diferenças na frequência de pensamentos, no conteúdo dos mesmos, na sua avaliação e resposta entre a população clínica e não clínica. A população clínica mostra pensamentos mais agressivos/violentos e bizarros em comparação com a população não clínica. Os indivíduos clínicos apresentam uma maior tendência para avaliar os seus pensamentos intrusivos em termos de responsabilidade e controlo, o que pode ser relacionado com a aflição e a frequência dos pensamentos.

O indivíduo, quando é invadido por um pensamento de cariz intrusivo, involuntário, tenta controlar a ansiedade que este pensamento despoleta e para isso recorre a diversas estratégias de controlo. Foram identificadas como estratégias de controlo de pensamento a reavaliação, o castigo, o controlo social, a preocupação e a

distracção (Alimoradi, & Fatehi, 2011). Em estudos comparativos entre população não clínica e população clínica é demonstrado pelos resultados obtidos que a população clínica recorre mais a estratégias de controlo de pensamento de castigo, preocupação, reavaliação e controlo social, enquanto que a população normal recorre mais a estratégias de distracção (Abramowitz, Whiteside, Kalsy, & Tolin, 2003).

Indo de encontro aos autores anteriores, o estudo desenvolvido por Alimoradi & Fatehi (2011) demonstrou, também, existirem diferenças consideradas significativas entre população não clínica e população clínica (pacientes com perturbação obsessivo-compulsiva) no que concerne à distracção, ao castigo, à reavaliação, à preocupação e ao controlo social.

Salkovskis, Westbrook, Davis, Jeavons e Gledhill (1997) executaram uma pesquisa, na qual recorreram a uma grande amostra de indivíduos não-clínicos que relataram experienciar com frequência pensamentos intrusivos. Os participantes foram colocados aleatoriamente em uma das duas condições: (1) ouviam uma gravação de forma repetida que incluía os seus pensamentos intrusivos; (2) ou eram obrigados a neutralizar ou a distrair-se por igual período dos pensamentos intrusivos. Nas duas condições puderam registar-se pontuações de desconforto, contudo os resultados expuseram que os participantes que tentaram neutralizar os pensamentos intrusivos sentiram um maior desconforto, uma vez que foram associados com apresentações subsequentes dos mesmos pensamentos, quando comparados com o grupo que usou a estratégia de distracção. Deste modo, a actividade neutralizante pode estar associada a um mecanismo de auto-perpetuação em pacientes obsessivos, podendo ser um factor chave na manutenção de comportamentos obsessivos aparentes ou ocultos.

Na mesma linha de investigação, mais tarde, Tolin, Abramowitz, Preworski e Foa (2002) realizaram um estudo com 15 indivíduos com Perturbação Obsessiva-Compulsiva e dois grupos de controlo, (1) 15 indivíduos com ausência de história de tratamento psiquiátrico e (2) 16 indivíduos com diagnóstico primário de Fobia Social, com o objectivo de analisar a supressão do pensamento, através da não lembrança do urso branco. Os resultados mostraram que os indivíduos com Perturbação Obsessiva-Compulsiva ao tentarem suprimir o pensamento, levou com que existisse um aumento na frequência do pensamento, em comparação com os outros indivíduos.

Mais tarde, Belloch, Morillo e Giménez (2004) com o mesmo objectivo que o estudo anterior, concretizaram um estudo em que 87 estudantes de Psicologia (73 do sexo feminino e 14 do sexo masculino) com uma média de idades de 23 anos, foram aleatoriamente designados para um dos quatro grupos: (1) suprimir pensamentos neutros; (2) suprimir pensamentos intrusivos; (3) não suprimir pensamentos neutros; e (4) não suprimir pensamentos intrusivos. Os resultados evidenciaram que os esforços de supressão, independentemente do seu conteúdo, tiveram piores resultados do que os grupos que não tinham que suprimir os pensamentos.

Rassin e Diepstraten (2003) efectuaram uma pesquisa, na qual incluíram 47 participantes, com uma média de idades de 34 anos, diagnosticados com Perturbação Obsessiva-Compulsiva. A supressão de pensamento tem sido descrita como uma estratégia inadequada no caso de pensamentos intrusivos, pois parece resultar em mais pensamentos do que em menos. A explicação tem passado pela dificuldade de distração do pensamento. Assim, esta pesquisa teve como objectivo examinar qual das estratégias de controlo da mente, os participantes usam para suprimir pensamentos intrusivos. Os resultados sugerem que o mecanismo de supressão do pensamento pode não ser a distração, mas sim a auto-punição.

A literatura sugere que suprimir pensamentos intrusivos não é possível, leva a um aumento subsequente da frequência dos pensamentos reprimidos, aumentando os níveis de angústia. Uma vez que a supressão do pensamento pode ter efeitos negativos, uma alternativa é sugerida, a aceitação. Deste modo, Marcks e Woods (2005) realizaram um estudo no qual obtiveram como resultados, que aqueles que tentam suprimir os pensamentos intrusivos eram incapazes de fazê-lo e a sua angústia aumentava de forma considerável, enquanto que os que eram instruídos a usar uma estratégia baseada na aceitação, experimentavam uma diminuição do nível de desconto.

Abramowitz, Whiteside, Kalsy e Tolin (2003) concretizaram um estudo, no qual participaram 28 indivíduos com o diagnóstico de Perturbação Obsessiva-Compulsiva, 12 indivíduos com Ataques de Pânico e 25 indivíduos sem qualquer diagnóstico psiquiátrico. Com este estudo pretendia-se comparar as estratégias utilizadas para controlar o pensamento dos 3 grupos. Os resultados mostraram que os pacientes com Perturbação Obsessiva-Compulsiva relatavam ser mais preocupados e usarem mais frequentemente a punição aquando dos pensamentos intrusivos.

Estratégias de controlo estão implicadas no desenvolvimento e manutenção da Perturbação Obsessiva-Compulsiva. Fergus e Wu (2010) realizaram um estudo, onde examinaram se a preocupação é relevante para o desenvolvimento da Perturbação Obsessiva-Compulsiva. Os investigadores usaram uma amostra de 376 sujeitos não-clínicos. Pretendiam verificar se existia interacção entre a preocupação e as crenças obsessivas (perfeccionismo, responsabilidade/ameaça, importância/controlo dos pensamentos), de maneira a prever a ocorrências de pensamento intrusivos. Os resultados mostraram que a preocupação não interagiu com as crenças obsessivas, mas sim com as dimensões das crenças, ou seja, o perfeccionismo, responsabilidade/ameaça e importância/controlo dos pensamentos.

Bruin, Muris e Rassin (2007) realizaram um estudo, no qual recorreram a uma amostra de sujeitos não-clínicos, em que pretendiam analisar metacognições: (1) auto-consciência (consciência dos próprios pensamentos); (2) preocupações (avaliação negativa de pensamentos intrusivos); e (3) supressão de pensamento (tentativas conscientes para evitar pensamentos indesejados). Pretendia-se, ainda, verificar se existia alguma associação com a organização, os sintomas de preocupação e pensamentos obsessivos. Os resultados mostraram que as variáveis relacionavam-se positivamente. A auto-consciência e as preocupações devem ser vistos como factores distintos; as preocupações correlacionaram-se significativamente com sintomas de preocupação e pensamentos obsessivos; preocupação e supressão de pensamento são preditores únicos de sintomas de preocupação; e auto-consciência e preocupações são os únicos preditores de pensamentos obsessivos.

Um estudo realizado por Julien, O'connor e Aardema (2007) pretendia analisar os resultados empíricos sobre duas premissas chave do modelo de avaliação da Perturbação Obsessiva-Compulsiva: (1) a população não-clínica experimenta pensamentos intrusivos que são semelhantes em forma e em conteúdo às obsessões; e (2) os pensamentos intrusivos desenvolvem-se para obsessões devido à sua avaliação segundo as crenças disfuncionais. Há suporte empírico para estas conclusões, contudo, as amostras utilizadas não são representativas da população em geral. Existem factores que se relacionam de forma sistemática, mas não são específicos o suficiente para excluir outros tipos de pensamentos intrusivos: (1) pensamentos automáticos negativos ou (2) preocupações; nem são representativos de todos os tipos de obsessões. Normalmente, quando a angústia é geralmente controlada, os indivíduos que participam em provas de Perturbação Obsessiva-Compulsiva não mostram crenças obsessivas mais fortes que os participantes

ansiosos. Não está claro, que as avaliações disfuncionais dos pensamentos intrusivos levam a que se transformem em obsessões.

De acordo com a literatura existem três estratégias frequentemente reportadas por população clínica e não clínica que são utilizadas de forma a controlar e/ou neutralizar pensamentos indesejados: o castigo, a preocupação e a supressão de pensamento crónica (García-Soriano & Belloch, 2013).

No estudo de Berry & Laskey (2012) foi verificado que existem resultados similares no que diz respeito às estratégias de resposta perante um pensamento intrusivo quando é comparado um grupo clínico e um não clínico.

Investigar o papel das crenças metacognitivas envolvidas no modelo da Perturbação Obsessiva-Compulsiva, foi o objectivo de um estudo efectuado por Solem, Myers, Fisher, Vogel e Wells (2010). As crenças metacognitivas e as crenças acerca de rituais foram correlacionadas positivamente com sintomas obsessivos compulsivos, numa amostra de 326 indivíduos, em que 269 participantes pertenciam a um grupo de controlo e 57 participantes pertenciam ao grupo de indivíduos com Perturbação Obsessiva-Compulsiva. O grupo obsessivo-compulsivo mostrou mais sintomas obsessivos-compulsivos, assim como mais metacognições do que o grupo de controlo.

Tendo em consideração os resultados obtidos até agora pelos diferentes autores e as comparações realizadas entre populações clínicas e não clínicas mostra-se importante explorar estas conclusões em alguns aspectos. É importante compreender se existem diferenças que possam ser consideradas significativas no que diz respeito às obsessões ou pensamentos intrusivos e compulsões com diferentes populações e metodologias. Assim, esta investigação tem como objectivo geral comparar as obsessões (temas, frequência, incómodo causado), os estímulos que as desencadeiam, as avaliações que se fazem das mesmas, as estratégias que se utilizam para as controlar e as crenças metacognitivas acerca das obsessões e do fracasso para as controlar, entre indivíduos clínicos e indivíduos não-clínicos.

No que diz respeito aos objectivos específicos, a presente investigação pretende: (1) explorar e comparar as obsessões – temas, frequência e incómodo causado –, entre indivíduos clínicos e indivíduos não clínicos; (2) explorar e comparar se existem ou não estímulos que despoletam as obsessões, entre indivíduos clínicos e indivíduos não clínicos; (3) explorar e comparar as avaliações que se realizam das

obsessões – sentimento de culpa, preocupação que possa condicionar os actos ou que possa acontecer na vida real, dificuldade de eliminação quando aparece, ser ou não aceitável, probabilidade de se tornar real, importância de controlar ou eliminar, o facto de a experiência implicar danos ou perigo para o próprio ou para os outros, sentimento de responsabilidade pelo dano infringido ao próprio ou aos outros, desejo de evitar situações que possam provocar a intrusão –, entre indivíduos clínicos e indivíduos não clínicos; (4) explorar e comparar as estratégias que se utilizam para controlar as obsessões, entre indivíduos clínicos e indivíduos não clínicos; (5) explorar e comparar as crenças metacognitivas acerca da obsessão, entre indivíduos clínicos e indivíduos não clínicos; e (6) explorar e comparar o fracasso experienciado quando existe uma tentativa de controlo das obsessões, entre indivíduos clínicos e indivíduos não clínicos.

## **2. Metodologia**

### **2.1. Participantes**

Recorreu-se a uma amostra de 28 pessoas, 14 participantes de amostra clínica (utentes do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Beja, com diagnóstico de Perturbação Obsessiva-Compulsiva sem comorbilidade ou com um grau muito ligeiro) e 14 participantes de amostra não-clínica (população sem qualquer diagnóstico psiquiátrico, com características sócio-demográficas similares à população clínica, em termos de idade, estado civil, habilitações literárias, profissão). 19 dos participantes eram do sexo feminino e 9 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 66 anos, com um valor médio de  $35,8 \pm 14,1$ .

Relativamente ao estado civil da amostra, 71,4% é solteiro, 25% casado e 3,6% vive em união de facto.

No que concerne às habilitações literárias, 7,1% possui o ensino básico, 7,1% o 3.º ciclo, 10,7% o ensino secundário por completar, 50% o ensino secundário completo, 10,7% a licenciatura completa ou por completar, 10,7% o mestrado completo ou por completar e os restantes 3,6% o doutoramento por completar.

### **2.2. Instrumentos**

Na presente investigação foram aplicados, tanto à população clínica, como à não-clínica, 3 questionários: (1) um questionário sócio-demográfico, (2) o *The Thought Control Questionnaire* (TCQ; Wells, & Davies, 1994), adaptado ao português por Jiménez-Ros, A. (2011) e (3) o *The White Bear Suppression Inventory* (WBSI; Wegner, & Zanakos, 1994), adaptado ao português por Jiménez-Ros, A. (2011); e uma entrevista semi-estruturada com questões específicas sobre as obsessões. Através da entrevista semi-estruturada os indivíduos clínicos foram ainda questionados sobre o começo da psicopatologia.

Recorri, também, ao ficheiro clínico de todos os utentes (população clínica) de maneira a recolher dados sobre o tempo de diagnóstico, comorbilidade e medicação.

### **a) Informação Pessoal (Anexo IV)**

O questionário relativo à informação pessoal divide-se em 6 itens relativos à caracterização dos sujeitos: (1) género (masculino ou feminino); (2) naturalidade (norte, centro, sul ou ilhas); (3) idade; (4) estado civil (solteiro, casado, união de facto, divorciado ou viúvo); (5) habilitações literárias (1.º ciclo, 2.º ciclo, 3.º ciclo, ensino secundário, licenciatura, mestrado ou doutoramento); e (6) profissão.

### **b) Informação Clínica (Anexo V)**

A informação clínica divide-se em 3 itens que dizem respeito à história psicopatológica dos indivíduos clínicos, que passou pela consulta do ficheiro clínico: (1) medicação, (2) tempo de diagnóstico e (3) comorbilidade.

### **c) Entrevista Semi-Estruturada (Anexo VI e VII)**

A entrevista semiestrutura distribuiu-se por 5 + 11 itens (respostas directas). De maneira a analisar as respostas dos participantes, depois de analisadas as entrevistas, foram feitas categorias de maneira e agrupar respostas.

Uma primeira parte que foi apenas aplicada à população clínica (5 itens): (1) o que desencadeou o problema [sim – mudança na rotina (e.g., estudar, sair de casa, gravidez; não)]; (2) que idade tinha; (3) se se sentiu traído por alguém quando o problema teve origem (sim, não); (4) como avaliou o pensamento [(4.1.) o que pensou acerca desse pensamento, (4.2.) o que pensou acerca de ter tido esse pensamento e (4.3.) que revelava esse pensamento acerca de si] (responsabilidade excessiva, sobrestimação do perigo, intolerância à incerteza, sobrestimação da importância do pensamento, importância de suprimi-lo ou controla-lo, perfeccionismo); e (5) que consequências podem derivar-se do pensamento (análise qualitativa). A segunda parte foi aplicada tanto à população clínica, como à não-clínica e passou por 11 itens: (1) identificação dos temas, conteúdos dos pensamentos intrusivos principais (contaminação, dúvidas, simetria/ordem, agressão, sexo, acumulação, religião, somáticas, outras); (2) se quando os pensamentos surgem há algo que os faz lembrar ou surgem sozinhos (acontecimento, sozinhas); (3) descrição do último pensamento (análise qualitativa); (4) grau de incómodo que produz o seu aparecimento (escala analógica visual, em que um extremo se caracteriza por ‘nada incómodo’ e o outro

extremo por 'extremamente incómodo'; (5) como avaliou o pensamento [(5.1.) o que pensou acerca desse pensamento, (5.2.) o que pensou acerca de ter tido esse pensamento e (5.3.) que revelava esse pensamento acerca de si)]; (6) se costuma eliminar o pensamento (responsabilidade excessiva, sobrestimação do perigo, intolerância à incerteza, sobrestimação da importância do pensamento, importância de suprimi-lo ou controlá-lo, perfeccionismo); (7) o que pode acontecer se não o conseguir eliminar (análise qualitativa); (8) o que é que faz quando surge o pensamento – comportamento, cognitivo (compulsão, neutralização, procura de reasseguração, comportamentos de escape e evitamento, estratégias de controlo do pensamento); (9) qual o efeito dessas acções [Escala de Likert, em que 1 se caracteriza por 'nunca obtenho sucesso' e 5 por 'obtenho sempre sucesso']; (10) se acha que pelo facto de agir dessa forma consegue manter os pensamentos afastados durante mais tempo da sua mente ou se voltam com mais frequência do que antes (afastado mais tempo, volta com mais frequência); e (11) como se sente quando tenta controlar o pensamento (análise qualitativa) (Clark, & Purdon, 2009).

#### **d) TCQ (Anexo VIII)**

O TCQ [*The Thought Control Questionnaire*; Wells, & Davies, 1994]; adaptado ao português por Jiménez-Ros, A. (2011)] é um questionário que recolhe a uma listagem de 30 técnicas ou estratégias que se utilizam geralmente para controlar pensamentos desagradáveis e/ou indesejados em forma de frases ou imagens que podem ser difíceis de controlar. Pede-se ao participante que indique a frequência com que utiliza essa técnica, sem que fique muito tempo a pensar em cada uma delas. A escala de likert utilizada subdivide-se em 4 pontos: (1) nunca utilizo esta estratégia, (2) utilizo-a às vezes, (3) utilizo-a frequentemente e (4) utilizo-a quase sempre.

Este instrumento divide-se em 5 factores: (1) distração, (2) reavaliação, (3) preocupação, (4) castigo e (5) controlo social. Os resultados da sub-escala distração (1, 9, 16, 19, 21 e 30), reavaliação (3, 10, 14, 20, 23 e 27), preocupação (4, 7, 18, 22, 24 e 26) e castigo (2, 6, 11, 13, 15 e 28) obtêm-se através da soma das pontuações directas. Os resultados da escala controlo social obtêm-se somando as pontuações inversas dos itens (5, 8 e 12) e directas dos três restantes (17, 25 e 29).

## **e) WBSI (Anexo IX)**

O WBSI [*The White Bear Suppression Inventory*; Wegner, & Zanakos, 1994]; adaptado ao português por Jiménez-Ros, A. (2011)] é um questionário que recolhe a uma listagem de 15 pensamentos, ideias ou imagens inoportunas que podem ser difíceis de controlar. Pede-se ao participante que indique o grau de concordância com cada uma delas. A escala utilizada subdivide-se em 5 pontos: (1) completamente em desacordo; (2) bastante em desacordo; (3) nem de acordo, nem em desacordo; (4) bastante de acordo; e (5) completamente de acordo.

A pontuação total oscila entre 15 e 75, quanto maior é a pontuação total, maior é a tendência para suprimir.

## **2.3. Procedimentos**

### **a) Recolha de Dados**

A informação dos participantes foi recolhida através de uma entrevista semiestruturada e dos questionários acima referidos, que foi gravada, de maneira a que não houvesse perda de dados significativos e fundamentais para a investigação. As entrevistas foram realizadas no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Beja.

Os participantes foram informados acerca do objectivo da investigação e do procedimento de recolha de dados, juntamente com todas as instruções necessárias.

### **b) Tratamento de Dados**

A análise dos dados recolhidos através dos instrumentos acima identificados implicou o recurso a um programa estatístico, o SPSS<sup>1</sup>. Aqui, foram inseridos todos os dados explanados nos questionários e posteriormente foram analisados.

Recorreu-se à estatística descritiva (média, desvio-padrão) para a descrição da amostra e exploração das variáveis em estudo, às frequências para comparar os dados da entrevista dos participantes clínicos e dos não-clínicos e à comparação de

---

<sup>1</sup> SPSS: Statistical Package for Social Sciences, versão 20, para Windows.

médias (U de *Mann-Whitney* – teste paramétrico) para a comparação de amostras independentes com dimensões inferiores a 30 sujeitos.

### 3. Resultados

#### a) Análise Quantitativa

Aqui, pretende-se descrever os principais resultados obtidos. A descrição dos mesmos será realizada tendo em atenção os instrumentos utilizados.

Foi perguntado à população clínica se houve algum acontecimento que desencadeasse o aparecimento da sua Perturbação Obsessiva-Compulsiva. 64,3% dos participantes clínicos apontaram algum acontecimento como factor desencadeador. Os acontecimentos passaram por mudanças na rotina, como: (1) ir estudar para fora, (2) mudar de casa, (3) gravidez (gráfico 3.1.).



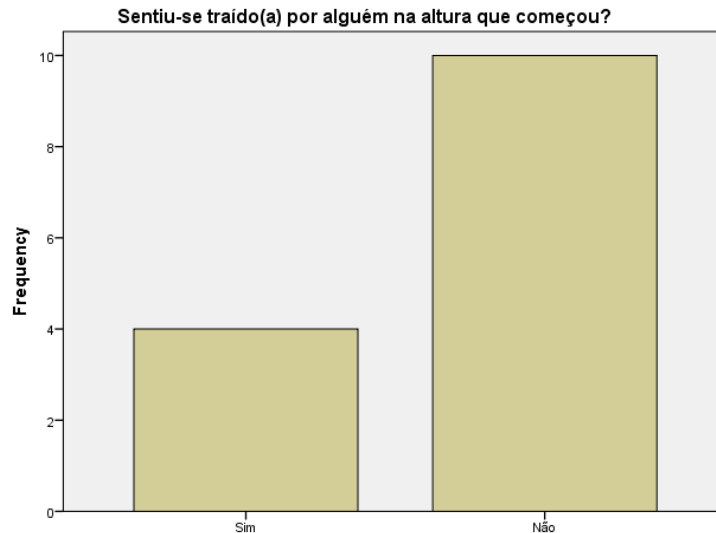
Gráfico 3. 1. - Frequências da questão: 'Descreva-me como começou o seu problema. Houve algo que o desencadeasse?'.

No que é referente à idade que a população clínica tinha quando os comportamentos obsessivos-compulsivos começaram a aparecer, verifica-se uma média de 26 anos  $\pm$  17,5, com uma idade mínima de 6 anos e a máxima de 63 (tabela 3.1.).

Que idade tinha?	
<b>Média</b>	26,0714
<b>Desvio padrão</b>	17,45969
<b>Valor máximo</b>	6
<b>Valor mínimo</b>	63

Tabela 3. 1. – Frequências da idade que a população tinha aquando dos comportamentos obsessivos-compulsivos.

Relativamente à questão realizada à população clínica: 'sentiu-se traído(a) por alguém na altura que começou?', pode observar-se que 28,6% dos participantes mencionam sentir-se traídos, enquanto que os restantes 71,4% não (gráfico 3.2.).



**Gráfico 3. 2.** – Frequências da questão: 'Sentiu-se traído(a) por alguém na altura que começou?'.

No que se refere às questões realizadas aos dois grupos, foi realizado o teste de Mann-Whitney, uma vez que é a alternativa mais comum aos testes  $t$  para amostras independentes. Pode utilizar-se este teste para aceitar a hipótese nula que afirma que as médias da população são as mesmas para os dois grupos, sendo que a hipótese número 1, será que a média é diferente.

Foi ainda realizada a análise factorial dos dois grupos, de maneira a avaliar quais as frequências de resposta dos dois grupos.

	<b>Significância: Mann-Whitney U</b>
<b>Qual/Quais é/são o(s) seu(s) pensamento(s) principal(ais)?</b>	,456
<b>Quando as obsessões surgem, algo as faz lembrar?</b>	,264
<b>Quando tem esse pensamento, qual o grau de incómodo que produz o seu aparecimento?</b>	,481
<b>Como o avalia: (1) o que pensa acerca desse pensamento quanto o tem?</b>	,117
<b>Costuma tentar eliminar o pensamento da sua mente?</b>	,317
<b>O que é que faz quando surge o</b>	,238

<b>pensamento?</b>	
<b>Qual o efeito dessas acções?</b>	,527
<b>Acha que pelo facto de agir dessa forma consegue manter o pensamento afastado da sua mente durante mais tempo ou o pensamento volta como mais frequência do que antes?</b>	,121
<b>TCQ</b>	,462
<b>Factores do TCQ:</b>	
<b>Distracção</b>	,278
<b>Revalorização</b>	,406
<b>Preocupação</b>	,926
<b>Castigo</b>	,380
<b>Controlo Social</b>	,045
<b>WBSI</b>	

Tabela 3. 2. – Teste não paramétrico para amostras independentes, teste de Mann-Whitney.

Na questão ‘Qual/Quais é/são o(s) seu(s) pensamento(s) principal(ais)?’, como  $p\text{-value} = 0,456 \geq 0,05 = \alpha$ , conclui-se que não há diferença significativa entre as obsessões principais da população clínica e da população não-clínica (tabela 3.2.).

Em relação à análise factorial, pode ver-se que a população clínica aponta todo o tipo de obsessões, enquanto que a população não clínica distribui-se essencialmente pelas dúvidas (42,9%) e pelas obsessões somáticas (28,6%) (tabela 3.3.).

	<b>Qual/Quais é/são o(s) seu(s) pensamento(s) intrusivo(s) principal(ais)?</b>			
	<b>População Clínica</b>		<b>População Não-Clínica</b>	
	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Contaminação</b>	2	14,3	1	7,1
<b>Dúvidas</b>	1	7,1	6	42,9
<b>Simetria/Ordem</b>	2	14,3	---	---
<b>Agressão</b>	2	14,3	2	14,3
<b>Sexo</b>	2	14,3	1	7,1
<b>Religião</b>	2	14,3	---	---
<b>Somáticas</b>	1	7,1	4	28,6

Outras

2

14,3

---

---

**Tabela 3. 3.** - Frequências da população clínica e não clínica à questão: 'Qual/Quais é(s) seu(s) pensamento(s) intrusivo(s) principal(ais)?'.

Na questão 'Quando as obsessões surgem, algo as faz lembrar?', como  $p\text{-value} = 0,264 \geq 0,05 = \alpha$  (tabela 3.2.), conclui-se que não há diferença significativa na resposta entre a população clínica e a população não clínica.

Relativamente à análise factorial, praticamente não se observam diferenças entre os dois grupos, sendo que na população clínica 42,9% dos participantes apontam que há alguma coisa que leva a que as obsessões surjam e os restantes 57,1% mencionam que nada as faz surgir. Na população não-clínica 64,3% revela que algo despoleta o seu aparecimento e 35,7% que nada leva ao seu surgimento (tabela 3.4).

Quando os pensamentos surgem, algo os faz lembrar?				
População Clínica			População Não-Clínica	
	Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)
<b>Acontecimento</b>	6	42,9	9	64,3
<b>Sozinhos</b>	8	57,1	5	35,7

**Tabela 3. 4.** - Frequências da população clínica e não clínica à questão: 'Quando os pensamentos surgem, algo os faz lembrar?'.

Na questão 'Quando tem esse pensamento, qual o grau de incómodo que produz o seu aparecimento?', como  $p\text{-value} = 0,481 \geq 0,05 = \alpha$  (tabela 3.2.), conclui-se que não há diferença significativa do grau de incómodo vivenciado entre a população clínica e a população não clínica.

No que concerne à análise factorial, pode-se verificar que na população clínica, grande parte dos participantes aponta o surgimento do pensamento como extremamente incómodo, enquanto que a população não clínica se distribui uniformemente pelos diferentes graus (tabela 3.5).

Quando tem esse pensamento, qual o grau de incómodo que produz o seu aparecimento?	
População Clínica	População Não-Clínica

	Frequência	Percentagem (%)	Frequência	Percentagem (%)
<b>Nada</b>				
<b>incómodo (1)</b>	---	---	---	---
<b>2</b>	---	---	---	---
<b>3</b>	1	7,1	---	---
<b>4</b>	2	14,3	2	14,3
<b>5</b>	---	---	3	21,4
<b>6</b>	2	14,3	2	14,3
<b>7</b>	2	14,3	1	7,1
<b>8</b>	1	7,1	2	14,3
<b>9</b>	---	---	1	7,1
<b>Extremamente</b>				
<b>incómodo (10)</b>	6	42,9	3	21,4

**Tabela 3. 5.** - Frequências da população clínica e não clínica à questão: 'Quando tem esse pensamento, qual o grau de incómodo que produz o seu aparecimento?'.

Na questão 'Como o avalia: (1) o que pensa acerca desse pensamento quanto o tem?; (2) o que pensa que pode acontecer por o ter?; e (3) que revela/diz esse pensamento acerca de si?', como  $p\text{-value} = 0,117 \geq 0,05 = \alpha$  (3.2.), conclui-se que não há diferença significativa ao nível da avaliação face ao pensamento entre a população clínica e a população não clínica.

Na análise factorial, verifica-se que tanto a população clínica (85,7%) como a população não clínica (71,4%) referem atribuir demasiada relevância ao pensamento (tabela 3.6).

<b>Como o avalia: (1) o que pensa acerca desse pensamento quanto o tem?; (2) o que pensa que pode acontecer por o ter?; e (3) que revela/diz esse pensamento acerca de si?</b>				
	<b>População Clínica</b>		<b>População Não-Clínica</b>	
	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Sobrestimação da importância do pensamento</b>	12	85,7	10	71,4
<b>Importância de suprimi-lo ou controlá-lo</b>	1	7,1	---	---
<b>Perfeccionismo</b>	1	7,1	---	---
<b>Responsabilidade de excessiva</b>	---	---	1	7,1
<b>Sobrestimação do perigo</b>	---	---	2	14,3

**Tabela 3. 6.4** - Frequências da população clínica e não clínica à questão: 'Como o avalia: (1) o que pensa acerca desse pensamento quando o tem?; (2) o que pensa que pode acontecer por o ter?; e (3) que revela/diz esse pensamento acerca de si?'

Na questão 'Costuma tentar eliminar o pensamento da sua mente?', como  $p\text{-value} = 0,317 \geq 0,05 = \alpha$  (tabela 3.2.), conclui-se que não há diferença significativa na resposta à questão entre a população clínica e a população não clínica.

A análise factorial demonstra que quase não há diferenças, uma vez ambos os grupos tentam eliminar o pensamento da sua mente, à excepção de 7,1% na população não clínica (tabela 3.7.).

<b>Costuma tentar eliminar o pensamento da sua mente?</b>				
	<b>População Clínica</b>		<b>População Não-Clínica</b>	
	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Sim</b>	14	100	13	92,9
<b>Não</b>	---	---	1	7,1

**Tabela 3. 7.** - Frequências da população clínica e não clínica à questão: 'Costuma tentar eliminar o pensamento da sua mente?'

Na questão 'O que é que faz quando surge o pensamento?', como  $p\text{-value} = 0,238 \geq 0,05 = \alpha$  (tabela 3.2.), conclui-se que não há diferença significativa na atitude face ao pensamento entre a população clínica e a população não clínica.

A análise factorial mostra que os dois grupos revelam maioritariamente comportamentos de escape e evitamento. A população clínica revela ainda comportamentos compulsivos, enquanto que a população não clínica não (tabela 8).

<b>O que é que faz quando surge o pensamento?</b>				
	<b>População Clínica</b>		<b>População Não-Clínica</b>	
	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Compulsão</b>	2	14,3	---	---
<b>Procura de reasseguração</b>	1	7,1	1	7,1
<b>Comportamentos de escape e evitamento</b>	10	71,4	11	78,6
<b>Estratégias de controlo de pensamento</b>	1	7,1	2	14,3

**Tabela 3. 5.** - Frequências da população clínica e não clínica à questão: 'O que é que faz quando surge o pensamento?'.

Na questão 'Qual o efeito dessas acções?', como  $p\text{-value} = 0,527 \geq 0,05 = \alpha$  (tabela 3.2.), conclui-se que não há diferença significativa na resposta a esta questão, entre a população clínica e a população não clínica.

Na análise factorial pôde-se certificar que não há diferenças entre os dois grupos (tabela 3.9.).

<b>Qual o efeito dessas acções?</b>				
	<b>População Clínica</b>		<b>População Não-Clínica</b>	
	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Nunca obtenho sucesso</b>	---	---	1	7,1
<b>Às vezes obtenho sucesso</b>	2	14,3	1	7,1
<b>Frequentemente</b>	6	42,9	4	28,6

<b>obtenho sucesso</b>				
<b>Quase sempre</b>	5	35,7	6	42,9
<b>obtenho sucesso</b>				
<b>Obtenho sempre</b>	1	7,1	2	14,3
<b>sucesso</b>				

**Tabela 3.9.** - Frequências da população clínica e não clínica à questão: 'Qual o efeito das suas acções?'.

Na questão 'Acha que pelo facto de agir dessa forma consegue manter o pensamento afastado da sua mente durante mais tempo ou o pensamento volta como mais frequência do que antes?', como  $p\text{-value} = 0,121 \geq 0,05 = \alpha$  (tabela 3.2.), conclui-se que não há diferença significativa na resposta a esta questão entre a população clínica e a população não clínica.

Através da análise factorial, pode observar-se que a população clínica se divide igualmente entre as duas respostas possíveis, enquanto que a população não clínica (78,6%) maioritadamente revela que consegue manter o pensamento afastado por mais tempo (tabela 3.10.).

<b>Acha que pelo facto de agir dessa forma consegue manter o pensamento afastado da sua mente durante mais tempo ou o pensamento volta com mais frequência do que antes?</b>				
	<b>População Clínica</b>		<b>População Não-Clínica</b>	
	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Afastado mais tempo</b>	7	50	11	78,6
<b>Volta com mais frequência</b>	7	50	3	21,4

**Tabela 3. 6.** - Frequências da população clínica e não clínica à questão: 'Acha que pelo facto de agir dessa forma consegue manter o pensamento afastado da sua mente durante mais tempo ou o pensamento volta com mais frequência do que antes?'.

No que diz respeito ao TCQ, como  $p\text{-value} = 0,462 \geq 0,05 = \alpha$  (tabela 3.26.), deve-se aceitar a hipótese nula, ou seja a igualdade das médias. Conclui-se que não há diferença significativa entre a frequência com que utilizam técnicas ou estratégias para controlar pensamentos desagradáveis e/ou indesejados entre a população clínica e a população não-clínica.

Relativamente aos factores do TCQ (tabela 3.27.), pode-se constatar que: (1) distração - como  $p\text{-value} = 0,278 \geq 0,05 = \alpha$ , deve-se aceitar a hipótese nula, ou seja a igualdade das médias, conclui-se que não há diferença significativa no factor distração entre a população clínica e a população não-clínica; (2) revalorização - como  $p\text{-value} = 0,406 \geq 0,05 = \alpha$ , deve-se aceitar a hipótese nula, ou seja a igualdade das médias, conclui-se que não há diferença significativa no factor revalorização, entre a população clínica e a população não-clínica; (3) preocupação - como  $p\text{-value} = 0,926 \geq 0,05 = \alpha$ , deve-se aceitar a hipótese nula, ou seja a igualdade das médias, conclui-se que não há diferença significativa no factor preocupação, entre a população clínica e a população não-clínica; (4) castigo - como  $p\text{-value} = 0,380 \geq 0,05 = \alpha$ , deve-se aceitar a hipótese nula, ou seja a igualdade das médias, conclui-se que não há diferença significativa no factor castigo, entre a população clínica e a população não clínica; e (5) controlo social - como  $p\text{-value} = 0,045 \leq 0,05 = \alpha$ , deve-se rejeitar a hipótese nula, ou seja a diferença das médias, conclui-se que há diferença significativa no factor controlo social, entre a população clínica e a população não clínica.

No que concerne ao WBSI, como  $p\text{-value} = 0,081 \geq 0,05 = \alpha$  (tabela 3.28.), deve-se aceitar a hipótese nula, ou seja a diferença das médias, conclui-se que não há diferença significativa no grau de concordância de pensamentos, ideias ou imagens inoportunas que podem ser difíceis de controlar, entre a população clínica e a população não clínica.

## **b) Análise Qualitativa**

Na questão “Que consequências podem derivar-se desse pensamento?”, verificou-se que a população clínica atribui, de uma forma geral, mal para si próprio e mal para a família ou pessoas significativas. Na população não-clínica não foram identificadas quaisquer consequências.

Quanto à questão “Descreva-me a última vez que surgiu”, tanto a população clínica, como a população não-clínica focaram-se principalmente em termos temporais e não em termos descritivos da experiência em si. Na população clínica os pensamentos surgem todos os dias ou pelo menos uma vez por semana, enquanto que na população não clínica os pensamentos surgem raramente.

No que é relativo à questão “Como se sente quando tenta controlar o pensamento”, a população clínica, na sua maioria, refere que se sente bem, uma vez

que sentem que estão a fazer algo correcto. A população não-clínica refere que se sente ansiosa, perturbada, fragilizada.

## 4. Discussão

No presente capítulo discutem-se os resultados obtidos na presente investigação tendo como base os objectivos previamente formulados, os resultados de outras investigações e os princípios fundamentais das perspectivas conceptuais do enquadramento teórico. Pretende-se que os resultados apurados possam esclarecer investigadores e profissionais de saúde acerca destes factores.

O primeiro objectivo da presente investigação consistia em explorar e comparar as obsessões – temas, frequência e incómodo causado –, entre indivíduos clínicos e indivíduos não clínicos.

No que se refere aos dados obtidos da comparação de médias entre os dois grupos (clínicos e não clínicos), os resultados obtidos permitiram constatar que não há diferenças significativas nas duas amostras. Por outro lado, através da análise factorial, verificam-se algumas diferenças. Estes valores, não se revelaram totalmente inconscientes com as expectativas iniciais, uma vez que a amostra é muito reduzida. De facto, perspectivava-se que os factores avaliados não apresentassem muitas semelhanças entre si. Assim, assumindo que os pensamentos intrusivos são experienciados quer pela população clínica quer pela população não clínica (Rachman, & Silva, 1978), pode-se afirmar que a população clínica experiencia pensamentos intrusivos mais frequentemente que a população não clínica (Berry, & Laskey, 2012). Os resultados obtidos, analisados no presente estudo, evidenciaram que os dois grupos vivenciam pensamentos intrusivos, porém a população clínica refere ser assolada todos os dias, enquanto que a população não clínica raramente. Um outro estudo (Radomsky et al, 2013) revela que numa amostra de 777 participantes (93,6%) relatou ter pelo menos um pensamento intrusivo nos últimos 3 meses. Em termos dos temas das obsessões seria de esperar que a população clínica apontasse conteúdos mais bizarros e agressivos, segundo Berry e Laskey (2012), o que não se verificou. Por outro lado, Radomsky e colaboradores (2013) fornecem dados de um estudo, no qual, os participantes (não clínicos) relatam maioritariamente pensamentos intrusivos sobre dúvidas, o que se verificou nesta investigação (42,9%). Factores como a frequência e o incómodo causado são específicos para indivíduos Obsessivos-Compulsivos (Morillo, Belloch, & Garcia-Soriano, 2007). Por último, no que se refere ao incómodo causado, os dados sugerem que a população clínica tende a sentir-se extremamente incomodada (42,9%).

O segundo objectivo do presente estudo consistia em explorar se existem ou não estímulos que despoletam as obsessões.

Em termos globais, constata-se que a população clínica (64,3%) menciona factores relacionados com mudanças de rotina (e.g., mudar de casa, ir estudar para fora, engravidar) e 28,4% da amostra refere ainda ter-se sentido traído aquando do aparecimento da patologia. Rachman (2009) refere que a traição mostra-se como um dos factores desencadeadores, devido ao seu cariz traumático, stressante, difusor e duradouro, menciona ainda que apenas gradualmente os pacientes reconhecem que as traições passadas desempenham um papel relevante no *stress* sentido na actualidade. Este estudo acaba por ir de encontro aos resultados desta investigação, uma vez que há participantes que apontam a traição como um factor desencadeador. Salkovskis e colaboradores (2000) mostraram que crenças de responsabilidade são importantes na experiência de problemas obsessivos. Este estudo pode ser associado aqui, uma vez que factores como a gravidez e ir estudar para fora, são vistos como responsabilidades. Rosso, Albert, Asinari, Filippo e Maina (2012), realizaram um estudo, onde referem haver pelo menos um evento de vida stressante, 12 meses antes do início da Perturbação.

O terceiro objectivo passou por explorar e comparar as avaliações que se realizam das obsessões – sentimento de culpa, preocupação que possa condicionar os actos ou que possa acontecer na vida real, dificuldade de eliminação quando aparece, ser ou não aceitável, probabilidade de se tornar real, importância de controlar ou eliminar, o facto de a experiência implicar danos ou perigo para o próprio ou para os outros, sentimento de responsabilidade pelo dano infringido ao próprio ou aos outros, desejo de evitar situações que possam provocar a intrusão –, entre indivíduos clínicos e indivíduos não clínicos. Conclui-se que não há diferença significativa ao nível da avaliação face ao pensamento entre a população clínica e a população não clínica (teste de Mann-Whitney). Na análise factorial, verifica-se que tanto a população clínica (85,7%) como a população não clínica (71,4%) referem atribuir demasiada relevância ao pensamento. Janeck, Calamari, Rieman e Heffelfinger (2003) evidenciaram que a tendência de reflectir excessivamente sobre os pensamentos intrusivos pode aumentar as avaliações negativas destes mesmos pensamentos, fomentando o excesso de importância das crenças e conseqüentemente aumentar a probabilidade de desenvolver a Perturbação Obsessiva-Compulsiva. Os autores Berry e Laskey (2012) defendem que a interpretação de pensamentos intrusivos normais por parte do indivíduo detém um grande peso sobre o desenvolvimento e manutenção desta perturbação indo de encontro ao que as teorias cognitivas

postulam. De acordo com estes autores a avaliação que é realizada sobre os pensamentos intrusivos pode aumentar a frequência dos mesmos o que se relaciona de forma directa com a perturbação obsessivo-compulsiva. Na mesma linha das investigações anteriores, Novara e colaboradores (2009) mencionam que quanto mais relevância é dada às crenças e aos pensamentos intrusivos, maior é a probabilidade/possibilidade de ocorrência de sintomas

O quarto objectivo da presente investigação consistia em explorar e comparar as estratégias que se utilizam para controlar as obsessões, entre indivíduos clínicos e indivíduos não clínicos.

De maneira a obter estes dados na presente investigação, além de delineadas as questões, também foi utilizado o instrumento TCQ, o qual foi analisado na sua globalidade e através dos seus 5 factores.

Os resultados da investigação de Berry e Laskey (2012) verificaram que existem resultados similares no que diz respeito às estratégias de resposta perante um pensamento intrusivo quando é comparado um grupo clínico com um não clínico. Nesta investigação, estes resultados confirmam-se, uma vez que ambos os grupos mostram maioritariamente comportamentos de escape e evitamento quando estão perante estes pensamentos. No que diz respeito aos resultados obtidos através do TCQ, não se verificaram diferenças significativas na globalidade do teste. Contudo, o factor controlo social, quando comparadas as médias dos dois grupos, revelou diferenças significativas. Não permitindo realizar associação com a informação encontrada, uma vez que a literatura indica que estudos comparativos entre a população clínica e a não clínica demonstram que a população clínica recorre mais a estratégias de controlo de pensamento de castigo, preocupação, reavaliação e controlo social, enquanto que a população não clínica recorre mais a estratégias de distração (Abramowitz, Whiteside, Kalsy, & Tolin, 2003).

O quinto objectivo consistiu em explorar e comparar as crenças metacognitivas acerca da obsessão, entre indivíduos clínicos e indivíduos não clínicos.

A presente investigação não corroborou as tendências verificadas nos estudos prévios, uma vez que não se verificaram diferenças significativas através do instrumento WBSI. Parece que só a dimensão metacognitiva diferencia pacientes com Perturbação Obsessiva-Compulsiva, pois o excesso de importância das crenças consequentemente aumenta a probabilidade de aumentar a probabilidade de desenvolver a Perturbação (Janeck, Calamari, Rieman, & Heffelfinger, 2003).

Por último, o sexto objectivo pretendia explorar e comparar o fracasso experienciado quando existe uma tentativa de controlo das obsessões, entre indivíduos clínicos e indivíduos não clínicos.

Através do teste de Mann-Whitney não se registaram diferenças significativas. Transversalmente a análise factorial mostra-nos que a população clínica se divide igualmente entre as duas respostas possíveis, enquanto que a população não clínica (78,6%) maioritariamente revela que consegue manter o pensamento afastado por mais tempo. Berry e Laskey (2012) corroboram esta tese, uma vez que verificam uma frequência e espontaneidade de pensamentos intrusivos mais elevada por parte de sujeitos clínicos quando comparados com não clínicos.

## 5. Conclusão

Tecem-se neste ponto as considerações finais, tendo como alicerce todo o trabalho efectuado ao longo de toda a investigação.

A concepção da estrutura e o seguimento de uma investigação implicam simultaneamente um processo contínuo de tomada de decisão, de natureza conceptual e metodológica, e de ponderação acerca das deliberações continuamente efectuadas. Consequentemente, e após o processo de aprendizagem subjacente a esta construção progressiva, é possível identificar um conjunto de fragilidades que se reflectem nos resultados obtidos e que devem ser considerados quer nas interpretações e implicações dos resultados quer em investigações futuras no mesmo âmbito.

Salienta-se a utilização de análises de natureza não paramétrica que permite apenas comparar as médias dos dois grupos, não sendo possível verificar as diferentes variáveis em cada grupo.

Adicionalmente, considera-se a possibilidade de outras variáveis, não consideradas no presente estudo, contribuírem para a análise comparativa.

Uma terceira limitação da presente investigação, diz respeito ao reduzido tamanho da amostra (principalmente evidente quando se analisam subgrupos), uma vez que uma amostra reduzida limita as análises estatísticas a utilizar e limita igualmente a identificação de efeitos significativos entre variáveis.

Uma quarta limitação identificada consiste na falta de representatividade da amostra seleccionada. Não obstante as vantagens do processo de selecção aleatória da amostra, esta, para além de reduzida, cingiu-se a pacientes do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do Hospital José Joaquim Fernandes, residentes no distrito de Beja, dificultando a generalização destes resultados a outras zonas do país ou a nível nacional, na medida em que dificilmente estes resultados reflectem as características da totalidade das pessoas com Perturbação Obsessiva-Compulsiva.

A quinta limitação identificada prende-se com a reduzida variabilidade dos dados recolhidos, que considerada conjuntamente com o reduzido tamanho da amostra, poderá ter reduzido a capacidade de identificar associações entre as variáveis consideradas.

A sexta limitação reconhecida tem a ver com as entrevistas. A presença de uma investigadora, sendo uma pessoa que os participantes não conheciam, poderá ter contribuído para não ter havido total sinceridade no preenchimento dos instrumentos e nas respostas às questões.

Uma sétima limitação apresentada é relativa à autorização do Hospital José Joaquim Fernandes, Beja, para o início do levantamento dos dados, deixando-me pouco tempo para identificar os pacientes, contactá-los e entrevista-los.

Foram igualmente identificadas algumas limitações no que se refere à colaboração dos pacientes. Uma vez que o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de Beja, abrange todo o distrito de Beja, que tem uma área geográfica muito grande, levou a que muitas pessoas não tivessem possibilidades de se deslocar, devido a razões profissionais, familiares e económicas. Outras pessoas não se mostraram de todo disponíveis a participar nesta investigação. Nem todos os participantes, autorizaram a gravação das entrevistas, salientado que não se sentiam à vontade, podendo deste modo ter perdido dados cruciais para a investigação.

Por último, identifica-se uma limitação pessoal, o facto de ter sido a primeira vez que me foi atribuído o papel de investigadora. Este factor pode ter levado a enviesamentos devido à falta de experiência.

Desta forma, sugere-se que em futuras investigações que pretendam realizar um estudo comparativo sobre intrusões obsessivas entre população clínica e não clínica: (1) os investigadores, numa fase prévia à recolha de dados, se tornem familiares dos pacientes (e.g., observação das consultas), de maneira a reduzir os possíveis efeitos da sua presença; (2) aumentar a investigação, para que se possa obter uma amostra maior, consequentemente originando dados mais diversificados.

## Referências

- Abramowitz, J., Whiteside, S., Kalsy, S., & Tolin, D. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 41, (5), 529-540.
- Alimoradi, A., & Fatehi, M. (2011). Comparison of the Metacognition Beliefs and Thought Control Strategies in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and Non-Patient Individuals. *Global Journal of Psychology Research*, 1, 01-07.
- APA (2002). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4.<sup>a</sup> Edição.
- Belloch, A., Morillo, C., & Giménez, A. (2004). Effects of suppressing neutral and obsession-like thoughts in normal subjects: beyond frequency. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 841-857.
- Berry, L., & Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 125-132.
- Bruin, G. O., Muris, P., & Rassin, E. (2007). Are there specific meta-cognitions associated with vulnerability to symptoms of worry and obsessional thoughts? *Personality and individual differences*, 42, 689-699.
- Clark, D., & Purdon, C. (2009). Mental Control of Unwanted Intrusive Thoughts: A Phenomenological Study of Nonclinical Individuals. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, (3), 267-281.
- Fergus, T. A., & Wu, K. D. (2010). Is worry a thought control strategy relevant to obsessive-compulsive disorder? *Journal of anxiety disorders*, 24, 269-274.
- Garcia-Soriano, G., & Belloch, A. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 44, 441-448.
- Garcia-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., & Clark, D. A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: from normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of anxiety disorders*, 25, 474-482.

- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, 17, 181-195.
- Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 27, 366-383.
- Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 433-445.
- Morillo, C., Belloch, A., & Garcia-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319-1333.
- Niederauer, K., Braga, D., Souza, F., Meyer, E., & Cordioli, A. (2007). Revisão da qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.
- Novara, C., Pastore, M., Ghisi, M., Sica, C., Sanavio, E., & McKay, D. (2011). Longitudinal aspects of obsessive compulsive cognitions in a non-clinical sample: a five-year follow-up study. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, 42, 317-324.
- Pedrick, C., & Hyman, B. (2003). Guía práctica del transtorno obsessivo compulsivo, Pistas para su liberación. pp. (31-32; 43-46). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, (9), 793-802.
- Rachman, S. (2009). Betrayal: A psychological analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 304-311.
- Rachman, S., & Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, (4), 233-248.
- Radomsky, A. S., Alvolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Clark, D. A., Coles, M. E., Doron, G., Fernández-Álvarez, M., Garcia-Soriano, G., Ghisi, M., Gomez, B., Inow, M., Moulding, R., Shams, G., Sica, C., Simos, G.,

- & Wong, W. (2013). Part 1 – You can run but you can't hide: intrusive thoughts on six continents. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*.
- Rassin, E., & Diepstraten, P. (2003). How to suppress obsessive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 97-103.
- Rosso, G., Albert, U., Francesco, A., Bogetto, F., & Maina, G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Research*, 197, 259-264.
- Salkovskis, P. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, (6), 677-682.
- Salkovskis, P. M., Westbrook, D., Davis, J., Jeavons, A., & Gledhill, A. (1997). Effects of neutralizing on intrusive thoughts: an experiment investigating the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, (3), 211-219.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Smith, A. H., Wetterneck, C. T., Hart, J. M., Short, M. B., & Björguissor, T. (2012). Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 1, 54-61.
- Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: replication and extension. *Journal of anxiety disorder*, 24, 79-86.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przeworski, A., & Foa, E. B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1255-1274.
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.

Wegner, D., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.



# Anexos

# **Anexo I**

**Carta de Pedido de Autorização**

Joana Caciones Baião

Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

Departamento de Psicologia

Exmo. Conselho de Administração  
da ULSBA

6 de Fevereiro de 2013

**Assunto:** Solicitação de autorização para a realização de um estudo de dissertação sobre “Intrusões Obsessivas” a utentes com Perturbação Obsessiva-Compulsiva no Hospital José Joaquim Fernandes, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Unidade de Psicologia Clínica.

Joana Caciones Baião, discente do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, estagiária no Hospital José Joaquim Fernandes, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Unidade de Psicologia Clínica pretende realizar uma investigação no âmbito da Dissertação no local de estágio, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Antónia Maria Rós.

O objectivo geral da presente investigação é analisar as obsessões (temas, frequência, incómodo causado), os estímulos que as desencadeiam, as avaliações que se fazem das mesmas, as estratégias que se utilizam para as controlar e as crenças metacognitivas acerca das obsessões em utentes com Perturbação Obsessiva-Compulsiva. A metodologia consistirá numa entrevista semiestruturada, de maneira a obter todos os dados necessários para a investigação em questão.

Poderão participar no estudo os pacientes com diagnóstico de Perturbação Obsessiva-Compulsiva do Hospital José Joaquim Fernandes, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Unidade de Psicologia Clínica, maiores de 18 anos, de

ambos os sexos, que saibam ler e escrever. A participação dos pacientes será voluntária e os resultados serão tratados de forma confidencial, servindo apenas para propósitos científicos. Será solicitado o consentimento informado a todos os pacientes que voluntariamente se disponibilizem para participar nesta investigação.

Assim sendo, venho por este meio solicitar a vossa autorização para a entrevista aos utentes com Perturbação Obsessiva-Compulsiva e para a gravação da mesma, para que não haja perda de dados significativos e fundamentais para a investigação.

Estamos à sua disposição, para mais informações, através dos contactos: joana\_baião@hotmail.com ou 961010713 e aros@ualg.pt (docente, orientadora da Dissertação).

Sem outro assunto de momento e agradecendo a vossa disponibilidade, subscreve-mo atenciosamente.

Pede diferimento,

Com os melhores cumprimentos,

---

(Joana Caciones Baião)


# **Anexo II**

**Resposta ao Pedido de Autorização**

Novo Responder | Excluir Arquivar Lixo Eletrônico | Limpar ...



Solicitação de autorização para a realização de um estudo de dissertação sobre Intrusões Obsessivas a utentes com perturbações obsessiva-compulsiva/envio Resposta

Para ver mensagens relacionadas a esta, [agrupar mensagens por conversa.](#)

 **Vitória Rodrigues - ULSBA** (vitoria.rodrigues@ulsba.min-saude.pt) [Adicionar aos contactos](#) !  
Para: joana\_baiao@hotmail.com, aros@ualg.pt

Exa. Sra. Professora Doutora Antónia Maria Rós

Encarrega-me a Assessora do Conselho de Administração para a Área Médica Hospitalar/Direção Clínica, Sra. Dra. Emilia Duro de informar V. Exa., que está autorizado o estudo de dissertação sobre "Intrusões Obsessivas", para a aluna Joana Caciones Baião, sob orientação da Sra. Dra. Ana Charraz.

Conteúdo de    
[Saiba mais](#) | [Desligar](#)

os Privacidade Desenvolvedores Português (Brasil)

# **Anexo III**

## **Consentimento Informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente investigação está a ser desenvolvida no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve, por Joana Baião, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Antónia Maria Rós.

Tem como objectivo analisar as obsessões (temas, frequência, incómodo causado), os estímulos que as desencadeiam, as avaliações que se fazem das mesmas, as estratégias que se utilizam para as controlar e as crenças metacognitivas acerca das obsessões.

Poderão participar neste estudo pacientes diagnosticados com Perturbação Obsessiva-Compulsiva, de ambos os sexos, que voluntariamente se disponibilizem para o fazer.

Se aceitar colaborar ser-lhe-á pedido que responda a algumas questões, que serão gravadas, para garantir que não há qualquer perda de dados significativos e preencha dois questionários, o que lhe tomará cerca de 60 minutos.

É garantida a total confidencialidade dos dados que nos possa proporcionar e serão apenas utilizados para fins da investigação em questão.

Relembramos que a sua participação é voluntária e caso recuse participar ou decida desistir em qualquer momento, não terá nenhuma consequência negativa, nem implicações na continuidade dos tratamentos neste departamento.

Caso aceite participar na presente investigação, por favor preencha o espaço abaixo indicado:

Tomei conhecimento e compreendi a informação acima descrita e aceito, de livre vontade, participar neste estudo.

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

---

(a sua assinatura)

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Joana Baião

# **Anexo IV**

**Informação Pessoal**

## INFORMAÇÃO PESSOAL

1. **GÉNERO:** Feminino  Masculino

2. **NATURALIDADE:** Norte  Centro  Sul  Ilhas

3. **IDADE:** \_\_\_\_\_ anos

### 4. ESTADO CIVIL:

Solteiro

Casado

União de Facto

Divorciado

Viúvo

### 5. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

#### 1.º Ciclo

1.º Ano

2.º Ano

3.º Ano

4.º Ano

**2.º Ciclo**                      5.º Ano                     

6.º Ano                     

**3.º Ciclo**                      7.º Ano                     

8.º Ano                     

9.º Ano                     

**Ensino Secundário**                      10.º Ano                     

11.º Ano                     

12.º Ano                     

**Licenciatura**                      Completa                     

A                        
completar

---

**Mestrado**                      Completo                     

A                        
completar

---

**Doutoramento**

Completo

A   
completar

---

**6. PROFISSÃO:**

---

# **Anexo V**

**Informação Clínica**

## INFORMAÇÃO CLÍNICA

1. Medicação: \_\_\_\_\_
2. Tempo de Diagnóstico: \_\_\_\_\_
3. Comorbilidade: \_\_\_\_\_

# **Anexo VI**

**Entrevista Semi-Estruturada – Clínicos**

## ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### 1.ª Parte

1. Descreva-me como começou o seu problema (mudança na rotina – estudar, sair de casa).
2. Que idade tinha?
3. Sentiu-se traído(a) por alguém na altura que começou?
4. Como avalia o pensamento?
  - a) O que pensou acerca desse pensamento?
  - b) O que pensou acerca de ter tido esse pensamento?
  - c) Que revelava esse pensamento acerca de si?
5. Que consequências podiam derivar-se desse pensamento?

### 2.ª Parte

1. Qual/Quais é/são o(s) seu(s) pensamento(s) intrusivo(s) principal(ais) – Temas, Conteúdo?
2. Quando os pensamentos surgem, algo os faz lembrar (acontecimento, sozinhos)?
3. Descreva-me a última vez que surgiu.

4. Quando tem esse pensamento, qual o grau de incómodo que produz o seu aparecimento?

--

Não é nada Incómoda

Extremamente Incómoda

5. Como o avalia?

- a) O que pensa acerca desse pensamento quando o tem?
- b) O que pensa que pode acontecer por o ter?
- c) Que revela/diz esse pensamento acerca de si?

6. Costuma tentar eliminar o pensamento da sua mente?

7. O que pode acontecer se não o conseguir eliminar?

8. O que é que faz quando surge o pensamento (comportamental, cognitivo)?

9. Qual é o efeito dessas acções?

1	2	3	4	5
Nunca obtenho sucesso				Obtenho sempre sucesso

10. Acha que pelo facto de agir dessa forma consegue manter o pensamento afastado da sua mente durante mais tempo ou o pensamento volta com mais frequência do que antes?

11. Como se sente quando tentar controlar o pensamento?

# **Anexo VII**

**Entrevista Semi-Estruturada – Não-Clínicos**

## ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Qual/Quais é/são o(s) seu(s) pensamento(s) intrusivo(s) principal(ais) – Temas, Conteúdo?
2. Quando os pensamentos surgem, algo os faz lembrar (acontecimento, sozinhos)?
3. Descreva-me a última vez que surgiu.
4. Quando tem esse pensamento, qual o grau de incómodo que produz o seu aparecimento?

--

Não é nada Incómoda

Extremamente Incómoda

5. Como o avalia?
  - d) O que pensa acerca desse pensamento quando o tem?
  - e) O que pensa que pode acontecer por o ter?
  - f) Que revela/diz esse pensamento acerca de si?
6. Costuma tentar eliminar o pensamento da sua mente?
7. O que pode acontecer se não o conseguir eliminar?
8. O que é que faz quando surge o pensamento (comportamental, cognitivo)?

9. Qual é o efeito dessas acções?

1	2	3	4	5
Nunca obtenho sucesso				Obtenho sempre sucesso

10. Acha que pelo facto de agir dessa forma consegue manter o pensamento afastado da sua mente durante mais tempo ou o pensamento volta com mais frequência do que antes?

11. Como se sente quando tentar controlar o pensamento?

# **Anexo VIII**

**TCQ**

## TCQ<sup>1</sup>

A maioria das pessoas passa pela experiência de ter **PENSAMENTOS DESAGRADÁVEIS E/OU INDESEJADOS** em forma de frases ou imagens que podem ser difíceis de controlar.

Estamos interessados nas **TÉCNICAS OU ESTRATÉGIAS QUE UTILIZA GERALMENTE PARA CONTROLAR** este tipo de pensamentos.

A seguir apresentam-se uma série de coisas que as pessoas fazem para controlar estes pensamentos. Por favor, leia atentamente cada uma das afirmações e indique a frequência com que utiliza essa técnica, faça um círculo à volta do número apropriado, de acordo com a seguinte escala de valorização:

- 1: Nunca utilizo esta estratégia
- 2: Utilizo-a às vezes
- 3: Utilizo-a frequentemente
- 4: Utilizo-a quase sempre

Não há respostas correctas nem erradas.

Não fique muito tempo a pensar em cada uma delas

### QUANDO EXPERIMENTO UM PENSAMENTO DESAGRADÁVEL/ QUE NÃO DESEJO:

1. Trago à minha mente imagens positivas que o substituam	1 2 3 4
2. Digo para mim próprio: "não sejas estúpido"	1 2 3 4
3. Centro-me nesse pensamento	1 2 3 4
4. Substituo esse pensamento por outro menos mau	1 2 3 4
5. Não falo com ninguém sobre o pensamento	1 2 3 4
6. Castigo-me a mim mesmo por pensar nisso	1 2 3 4
7. Centro-me noutras preocupações	1 2 3 4
8. Guardo o pensamento para mim próprio	1 2 3 4
9. No lugar de continuar a pensar, ponho-me a trabalhar nalguma coisa	1 2 3 4
10. Ponho em dúvida que esse pensamento tenha importância	1 2 3 4

- 1: Nunca utilizo esta estratégia
- 2: Utilizo-a às vezes
- 3: Utilizo-a frequentemente
- 4: Utilizo-a quase sempre

11. Zango-me comigo mesmo por ter esse pensamento	1	2	3	4
12. Evito falar acerca disso	1	2	3	4
13. Ralho comigo mesmo por ter esse pensamento	1	2	3	4
14. Analo racionalmente o pensamento	1	2	3	4
15. Bato-me ou belisco-me para deter o pensamento	1	2	3	4
16. Penso, no seu lugar, em coisas agradáveis	1	2	3	4
17. Averiguo como lidam os meus amigos com esse tipo de pensamentos	1	2	3	4
18. Preocupo-me no seu lugar por assuntos menos importantes	1	2	3	4
19. Faço algo de que gosto	1	2	3	4
20. Tento procurar um significado para o pensamento	1	2	3	4
21. Penso noutra coisa	1	2	3	4
22. Dá-me para pensar noutros problemas menos importantes que tenho	1	2	3	4
23. Tento pensar acerca disso de outra forma	1	2	3	4
24. Penso, no seu lugar, nas preocupações do passado	1	2	3	4
25. Pergunto aos meus amigos se têm pensamentos similares	1	2	3	4
26. Centro-me em pensamentos negativos diferentes	1	2	3	4
27. Pergunto-me porque tenho esses pensamentos	1	2	3	4
28. Digo para mim mesmo que acontecerá algo mau se continuar a pensar nisso	1	2	3	4
29. Conto o meu pensamento a um amigo	1	2	3	4
30. Mantenho-me ocupado	1	2	3	4

# **Anexo IX**

**WBSI**

## WBSI<sup>1</sup>

A maioria das pessoas tem alguma vez pensamentos, ideias ou imagens inoportunas que podem ser difíceis de controlar. A seguir perguntamos-lhe por este tipo de experiências. Por favor, responda a todas as perguntas segundo o seu grau de concordância com cada uma delas, tendo em conta a seguinte escala

- 1: Completamente em desacordo
- 2: Bastante em desacordo
- 3: Nem de acordo nem em desacordo
- 4: Bastante de acordo
- 5: Completamente de acordo

1. Há coisas nas que prefiro não pensar	1 2 3 4 5
2. Às vezes pergunto-me porque tenho determinados pensamentos	1 2 3 4 5
3. Tenho pensamentos que não posso parar	1 2 3 4 5
4. Há imagens que aparecem na minha mente e que não posso apagar	1 2 3 4 5
5. Os meus pensamentos frequentemente giram em torno de uma só ideia	1 2 3 4 5
6. Desejava poder deixar de pensar em certas coisas	1 2 3 4 5
7. Às vezes a minha mente anda tão depressa que desejaria poder pará-la	1 2 3 4 5
8. Às vezes trato de afastar os problemas da minha mente	1 2 3 4 5
9. Há pensamentos que ficam a rondar a minha cabeça	1 2 3 4 5
10. Às vezes mantenho-me ocupado para não deixar que alguns pensamentos se infiltrem na minha mente	1 2 3 4 5
11. Há coisas sobre as que tento não pensar	1 2 3 4 5
12. Às vezes desejaria realmente poder parar o meu pensamento	1 2 3 4 5
13. Com frequência faço coisas para distrair-me dos meus pensamentos	1 2 3 4 5
14. Com frequência tenho pensamentos que tento evitar	1 2 3 4 5
15. Tenho muitos pensamentos que não conto a ninguém	1 2 3 4 5