

Patrícia Andrea Fernández Dillon e Nogueira Ferrão

**Estudo da relação entre a incompletude e a indução
de experiências *Not Just Right*.**



2017

Patrícia Andrea Fernández Dillon e Nogueira Ferrão

**Estudo da relação entre a incompletude e a indução
de experiências *Not Just Right* .**

Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de
mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Cláudia Carmo
Prof.^a Doutora Antónia Jimenez-Ros



2017

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

Declaração de Autoria

“Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas”.

(Patrícia A. Fernández Dillon e Nogueira Ferrão)

Copyright©. Patrícia Andrea Fernández Dillon e Nogueira Ferrão.

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

Agradecimentos

*“Matar o sonho é matarmo-nos. É mutilar a nossa alma.
O sonho é o que temos de realmente nosso, de
impenetravelmente e inexpugnavelmente nosso.”*

Fernando Pessoa

Sendo que o percurso até aqui realizado foi um caminho árduo e trabalhoso quero, em primeiro lugar, agradecer às pessoas mais importantes da minha vida, o meu marido e o meu filho e com um lugar preponderante, à minha mãe, pelo apoio prestado em todas as decisões e por ser graças a eles, em parte, que me foi possível atingir os objetivos.

Quero também agradecer às Professoras Doutoradas Cláudia Carmo e Antónia Jimenez-Ros pelo apoio compreensão, paciência e disponibilidade que demonstraram neste percurso.

Um obrigado à minha colega Sara, que me acompanhou em todo o desenvolvimento desta dissertação, um grande agradecimento, pelo companheirismo, apoio e amizade e por todos os momentos passados ao longo deste último ano.

À minha colega Paula pelos seus encorajamentos, força e apoio constantes.

Agradecer também às pessoas que colaboraram com esta investigação como participantes ativos.

Um obrigado ainda a tantas outras pessoas, da Universidade do Algarve que de forma direta ou mesmo indireta colaboraram para minha formação.

Obrigada a todos/as.

Resumo

Com o intuito de procurar explicação para compreender alguns dos sintomas que contribuem para a sintomatologia da perturbação obsessiva compulsiva (POC) os investigadores tentaram esclarecer as diferenças entre os conceitos de Incompletude e sensações *Not Just Right*.

Recentemente, estudos mostram que os sentimentos de Incompletude podem desenvolver sensações *Not Just Right*, ou experiências desconfortáveis associadas com o ambiente que nos rodeia. As experiências *Not Just Right* estão associadas com modalidades sensoriais. Estes fenómenos ou experiências sensoriais podem ser definidas como “a sensação de que algo não está como deveria estar”, em torno de nós (Summers, 2014).

À semelhança de outros estados emocionais como a Ansiedade, a Incompletude pode atuar como um traço, estável no tempo e as experiências *Not Just Right* podem ser um estado, desencadeado em momentos pontuais (Coles, Heimberg, Frost & Steketee, 2005).

Esta investigação teve como principal objetivo estudar a relação entre sentimentos de Incompletude e sensações *Not Just Right* numa amostra não clínica.

Participaram no estudo 74 indivíduos da população geral, com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos ($M = 37.74$; $DP = 12.38$), sendo a maioria do sexo feminino (66.2 %).

Os participantes preencheram um protocolo que inclui um questionário de caracterização sociodemográfica e psicopatológica e provas para descrever sintomatologicamente a amostra (Medidas de Incompletude, Evitação de dano, Ansiedade, Depressão, Traços Obsessivos Compulsivos e Perfeccionismo). De seguida foram instruídos para participar numa tarefa tátil, que tinha como objetivo a indução de experiências *Not Just Right*. Esta tarefa, permitiria avaliar sensações de desconforto, tensão/mal-estar associados à experiência e analisar a relação entre os sentimentos de Incompletude e as sensações *Not Just Right* produzidas. Antes de realizar a tarefa tátil, foi pedido aos participantes que preenchessem um questionário pré-teste para avaliar o estado emocional prévio à realização da mesma. Posteriormente à realização da tarefa, foi-lhes solicitado que respondessem a um questionário pós-teste e a uma entrevista final acerca das emoções experimentadas e os seus comportamentos durante a experiência.

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

Os resultados mostraram que os indivíduos na condição experimental apresentaram significativamente mais sentimentos de desconforto, tensão e Incompletude após terem sido induzidas as experiências *Not Just Right*. O que permite concluir que as sensações *Not Just Right* podem ser induzidas experimentalmente.

Foi ainda possível observar uma relação positiva significativa, embora fraca entre os sintomas Obsessivo-Compulsivos, o Perfeccionismo na dimensão Dúvida sobre ações (DA), Incompletude e Evitamento de dano e sensações *Not Just Right*, concluindo que estes sintomas poderiam influenciar aos indivíduos que experienciam sensações *Not Just Right*.

Uma vez que foram encontradas relações significativas positivas, entre traços Perfeccionistas e Obsessivo-Compulsivos, analisamos o efeito mediador da Incompletude entre estes traços e as sensações *Not Just Right*. Verificamos que, não existe efeito mediador da Incompletude entre traços Perfeccionistas, traços Obsessivo-Compulsivos e sensações *Not Just Right*.

Palavras-chave: Perturbação obsessivo-compulsiva; incompletude; experiências *Not Just Right*; tarefas in vivo, experiências sensoriais.

Abstract

In order to look for an explanation to understand some of the symptoms that contribute to the symptoms of Obsessive Compulsive Disorder (POC) the researchers tried to clarify the differences between the concepts of Incompleteness and Not Just Right sensations.

Recently, studies have shown that feelings of Incompleteness can develop Not Just Right sensations, or uncomfortable experiences associated with the environment around us. Not Just Right experiences are associated with sensory modalities. These phenomena or sensory experiences can be defined as "the feeling that something is not as it should be" around us (Summers, 2014).

Like other emotional states such as Anxiety, Incompleteness can act as a trait, stable over time, and Not Just Right experiences can be a state, unleashed at specific times (Coles, Heimberg, Frost & Steketee, 2005).

This investigation aimed to study the relationship between feelings of incompleteness and Not Just Right sensations in a non-clinical sample.

The study included 74 individuals from the general population aged 18-60 years ($M = 37.74$; $SD = 12.38$), the majority being female (66.2%).

Participants completed a protocol that included a sociodemographic and psychopathological characterization questionnaire and tests to describe the sample symptomatologically (Measures of Incompleteness, Harm Avoidance, Anxiety, Depression, Obsessive Compulsive Traits and Perfectionism). Then, they were instructed to participate in a tactile task, which aimed to induce Not Just Right experiences. This task would allow to evaluate feelings of discomfort, tension / malaise associated with the experience and to analyze the relationship between the feelings of Incompleteness and the Not Just Right sensations produced. Before performing the tactile task, the participants were asked to complete a pre-test questionnaire to assess the emotional state prior to performing the task. After completing the task, they were asked to respond to a post-test questionnaire and a final interview about the emotions experienced and their behaviors during the experiment.

The results showed that individuals in the experimental condition had significantly more feelings of discomfort, tension and incompleteness after Not Just Right experiments were induced. This leads to the conclusion that Not Just Right sensations can be induced experimentally.

It was also possible to observe a significant but weak positive relationship between Obsessive-Compulsive symptoms, Perfectionism in the dimension Doubt over actions (DA),

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

Incompleteness and Harm Avoidance and Not Just Right sensations, concluding that these symptoms could influence individuals experiencing Not Just Right sensations.

Once significant positive relationships were found between Perfectionist and Obsessive-Compulsive traits, we analyzed the mediating effect of Incompleteness between these traits and Not Just Right sensations. We find that there is no mediating effect of the Incompleteness between Perfectionist traits, Obsessive-Compulsive traits and Not Just Right sensations.

Keywords: Obsessive Compulsive Disorder; Incompleteness; "Not Just Right" Experiences; In Vivo Tasks; Sensory Experiences.

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS.....	7
3. METODOLOGIA	7
3.1. Participantes.....	7
3.2. Instrumentos	8
3.3. Procedimento de Recolha de Dados	12
3.4. Procedimento de Análise de Dados	14
4. RESULTADOS	15
4.1 Análises descritivas das variáveis em estudo	15
4.2 Análise das diferenças entre Desconforto, Tensão, Incompletude e Limpeza, antes e depois da manipulação experimental.....	18
4.3 Análise da relação entre o Desconforto e; a Tensão; a Incompletude e a Limpeza a Vontade de endireitar a bata.	19
4.4 Relação entre as variáveis traço (Obsessivo-Compulsivas; Perfeccionismo; Depressão, Ansiedade e Stress) e as sensações <i>Not Just Right</i>	20
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES	29
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
Anexos.....	36

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Representação gráfica do procedimento de recolha de dados</i>	13
Tabela 2. <i>Média, Desvio-padrão e Diferença entre sexos nas Dimensões de sintomas Depressivos, Ansiedade e Stress</i>	15
Tabela 3. <i>Média, Desvio-padrão e Diferenças entre Sexos nas Dimensões do Perfeccionismo</i>	16
Tabela 4. <i>Média, Desvio-padrão e Diferença entre sexos nas dimensões dos sintomas Obsessivo-compulsivos</i>	17
Tabela 5. <i>Diferenças entre variáveis antes e depois da experiência Not Just Right</i>	18
Tabela 6. <i>Diferença entre géneros na situação Pré e Pós Experiência</i>	19
Tabela 7. <i>Relação entre a Endireitar e o Desconforto a Tensão; a Incompletude e a Limpeza no Pós-teste</i>	20
Tabela 8. <i>Relação entre variáveis traço Obsessivo-Compulsivas e sensações NJR</i>	20
Tabela 9. <i>Contributo diferencial da Incompletude e das variáveis Obsessivo-Compulsivas; Perfeccionismo; Depressão, Ansiedade e Stress nas sensações NJR</i>	21
Tabela 10. <i>Efeito do Perfeccionismo nas sensações NJR: Análise do Estatuto Mediador da Incompletude (N = 74)</i>	23

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Esquema Genérico do Modelo de Mediação da Incompletude entre o Perfeccionismo e as experiências NJR.....	22
<i>Figura 2.</i> Esquema Genérico do Modelo de Mediação da Incompletude entre os traços Obsessivos-Compulsivos e as experiências NJR.....	23

Índice de Anexos

Anexo A - Consentimento Informado	37
Anexo B - Questionário de Dados Sociodemográficos.....	39
Anexo C-Escala Pré-teste.....	41
Anexo D - Escala Pós-teste	43
Anexo E - Entrevista Final	45
Anexo F - Not Just Right Experiences-Questionnaire-Revised (NJRE-Q-R; Coles et al., 2003).	48
Anexo G - Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire (OC-TCDQ; Summerfeldt et al., 2001).....	53
Anexo H- Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002).....	56
Anexo I - Frost Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-F; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990).....	59
Anexo J- Depression Anxiety Stress Scales-21 Item Version (DASS-21; Henry & Crawford, 2005).....	62

Índice de Siglas

APA - *American Psychiatric Association*

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

DP - Desvio-padrão

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico 5ª Edição

ERP - Exposição com prevenção de resposta

GE - Grupo Experimental

HA - *Harm Avoidance*

INC - Incompletude

M - Média

MPS-F - *Frost Multidimensional Perfectionism Scale*

N - Número de sujeitos

NIMH - *National Institute of Mental Health*

NJR - *Not Just Right*

NJRE-Q-R - *Not Just Right Experiences-Questionnaire-Revised*

OCD - *Obsessive Compulsive Disorder*

OCI - *Obsessive Compulsive Inventory*

OCI-R - *Obsessive Compulsive Inventory Revised*

OCCWG - *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*

OC-TCDQ - *Obsessive-Compulsive Core Dimensions Questionnaire*

POC - Perturbação Obsessivo-Compulsiva

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

TCC - Terapias Cognitivas Comportamentais

1.INTRODUÇÃO

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) atinge atualmente um grande número de pessoas. Esta perturbação caracteriza-se pela presença de obsessões que são definidas como pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, são experimentados de forma intrusiva e indesejada e na maioria dos indivíduos pode causar um acentuado nível de ansiedade ou de sofrimento, os indivíduos tentam ignorar ou suprimir estes pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação. Enquanto que, as compulsões definem-se por comportamentos ou atos mentais que surgem de modo repetitivo (e.g. lavagem de mãos, verificação, limpeza, ou atos mentais como rezar, contar, repetir palavras em silêncio) e podem interferir, significativamente, com as atividades diárias de uma pessoa e as suas interações sociais. Perante estas obsessões os indivíduos com POC, desenvolvem variadas compulsões com a finalidade de prevenir ou reduzir a ansiedade e o sofrimento ou evitar um evento ou situação temida, sendo realizadas de forma excessiva (*American Psychiatric Association* [APA], 2013).

A POC foi classificada pela Organização Mundial da Saúde (1990) como sendo a quarta perturbação mental mais comum no mundo. Situando-a entre as dez causas mundiais de incapacidade (Murray & Lopez, 1996). Diferentes autores estudaram a prevalência da POC a nível mundial. Com base em estudos realizados a partir de amostras não clínicas e em diferentes países, nomeadamente, Reino Unido, França, EUA, Chile e Canadá entre outros, indicam que atualmente, existe uma prevalência de 1% e de 2,0 a 2,5% ao longo da vida (Torres & Lima, 2005). O *National Institute of Mental Health* (NIMH, 2005), referiu existir uma prevalência da POC de 1,3% e de 2,3 % em amostras não clínicas, ao longo da vida (NIMH, 2005; Ruscio, Stein, Chiu & Kessler, 2010). A última versão do DSM-5 (A.P.A., 2013) indicou uma prevalência da POC na população mundial entre o 1,1 a 1,8%) no período de 12 meses.

Existem vários modelos explicativos que procuram estudar a POC, nomeadamente, a abordagem cognitiva sugere que indivíduos com POC tendem avaliar os seus pensamentos de acordo com um sentido acrescido de responsabilidade pessoal (Salkovskis et al., 1985, 2000). Por exemplo, ter um pensamento indesejado para prejudicar o outro pode ser avaliado como o resultado de um desejo ou uma responsabilidade pessoal para corrigir este problema ou evitar a situação temida.

Os modelos Cognitivo-Comportamentais de POC, propõem que as crenças, independentemente da ameaça percebida, dão origem a compulsões destinadas à redução ou prevenção de dano (Pietrefesa & Coles, 2009; Salkovskis, 1999; Salkovskis et al., 2000). Outras perspectivas comportamentais propõem a aprendizagem e o condicionamento como bases da POC (Sica et al., 2012).

O Modelo Cibernético da POC proposto por Pitman (1987) descreve o indivíduo como portador de um termostato, no qual são comparados internamente sinais perceptuais e referenciais. O indivíduo procuraria sempre a maior proximidade possível com o referencial e qualquer valor diferente de zero desencadearia comportamentos para anular este sinal de erro e só assim cessaria o comportamento. Segundo esta teoria, os pacientes com POC apresentariam uma falha neste termostato, apresentando constantemente sinais de erro, que se traduziriam subjetivamente num desconforto constante e insatisfação, sensações que o indivíduo tenta acalmar com os comportamentos ritualizados (Avila, 2008).

Na POC pode-se observar diferenças entre géneros. Em quase todas as amostras não clínicas há um predomínio para o sexo feminino para apresentarem obsessões, sendo frequente a comorbidade com outras perturbações mentais, nomeadamente a depressão, a perturbação de ansiedade e o abuso de substâncias (Torres & Lima, 2005). No estudo “*Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive Disorder*” realizado por Torresan e colaboradores (2009), verificaram-se diferenças nas características clínicas da POC entre o sexo masculino e o feminino. Na idade de início dos sintomas, as mulheres apresentaram um início mais tardio da perturbação (18 anos) em relação aos homens (10 anos). Em relação ao tipo de sintomas, o sexo masculino apresentou obsessões sexuais, de simetria e religiosas em maior número que o sexo feminino. Relativamente à comorbidade, não existem diferenças entre os sexos.

Vários investigadores consideram existir a possibilidade da POC tratar-se de uma doença heterogénea, uma vez que apresenta diferentes manifestações com diferentes etiologias (Miguel et al., 2008). Em relação à etiologia, alguns autores consideram sensações ou sentimentos de escapismo, a evitamento do nojo e a culpa como sendo impulsionadores da POC (Cogle, Wolitzky-Taylor, Lee & Telch, 2007; Ecker, 2008; McKay, 2006; 2007; Olatunji, Lohr, Sawchuk, & Tolin, 2007; Shafran, Watkins & Charman, 1996). Outros autores propõem que a POC relaciona-se com sentimentos de contaminação, nomeadamente, cognições de nojo e imoralidade (Caugherty, Shafran, Knibbs, & Rachman, 2012; Ecker &

Gonner, 2008; Reuven, Liberman, & Dar, 2014), acreditam que a POC tem uma base motivacional, que promove comportamentos de simetria e de ordenação, preditores de sentimentos de Incompletude (INC).

Quanto à heterogeneidade em relação às manifestações dos sintomas POC foram formulados alguns instrumentos. Em 1977, Hodgson e Reachman desenvolveram o *Maudsley Obsessive Compulsive Inventory* (MOCI) que avalia quatro sintomas da POC: Lavagem, Verificação, Lentidão Obsessiva/Repetição e Dúvida. Sanavio (1988) considerou ser necessário englobar outros sintomas e, por isso, desenvolveu o *Padua Inventory* (PI): Ruminação, Verificação, Contaminação e Impulsos Violentos. Van Oppen, Hoekstra e Emmelkamp (1995), numa revisão do PI, incorporam a Lavagem como sintoma importante para ser tida em conta para além dos quatro sintomas anteriores. Posteriormente em 1998, foi criado o Inventário Obsessivo Compulsivo (OCI) e em 2002, foi realizada a sua revisão (OCI-R) a partir de dados de uma grande amostra clínica. É constituído por seis sintomas: Lavagem, Verificação, Ordenação, Neutralização, Obsessão e Acumulação (OCI-R; Foa et al., 2002).

Através do estudo realizado no âmbito das Cognições Obsessivas Compulsivas o *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*, 2003, referiu existirem mais manifestações de sintomas, tais como a Responsabilidade Excessiva, o Catastrofismo, a Importância de Suprimir e/ou Controlar o Pensamento, a Sobrevalorização da Importância do Pensamento, a Intolerância à Incerteza e o Perfeccionismo. No entanto, este estudo revela que é necessário continuar a investigar sobre as dimensões da POC, de forma a que sejam formuladas medidas cognitivas (OCCWG, 2005).

A POC foi também definida como uma doença dimensional. Haslam, Williams, Kyrios, McKay e Taylor (2005) afirmaram que a maioria dos sintomas da POC variam do mais leve para o mais grave, sendo por isso, contínuos. Olatunji, Williams, Haslam, Abramowitz e Tolin (2008) descreveram a existência de um espectro de sintomas da POC contínuos em relação à sua gravidade, oscilando entre sintomas não-clínicos (pensamentos intrusivos) e sintomas clínicos (rituais altamente angustiantes que se prolongam durante um tempo indefinido manifestando-se através de obsessões e compulsões). Ruscio e colaboradores (2010) estudaram a gravidade dos sintomas numa amostra não clínica e concluíram que muitos indivíduos sofrem de múltiplas obsessões e compulsões, quanto maior for a frequência das compulsões maior será o risco de ter POC. Abramowitz e colaboradores (2014) sugerem um modelo dimensional da POC em que a gravidade dos sintomas ocorrem num contínuo, em vez de se agruparem em categorias. No DSM-5 devido à complexidade da

heterogeneidade e à dimensionalidade da POC, verifica-se uma mudança nos critérios de diagnóstico que considera a aflição, o comprometimento e a qualidade de vida reduzida como um contínuo dimensional (APA, 2013).

Na necessidade de encontrar a etiologia subjacente para algumas manifestações da POC a dimensão Evitamento de dano (ED) é relevante para explicar os sintomas POC. Esta dimensão foi definida por Ecker e Gönner (2008); Summerfeldt, Kloosterman, Antony, Richter, e Swinson (2004); Summerfeldt (2004) como sendo uma apreensão ansiosa e um evitamento exagerado de um possível dano. Taylor e colaboradores (2013) definem o ED como uma dimensão que inclui crenças disfuncionais de ameaça como por exemplo, pensamentos de ameaça intrusivos e indesejados, intolerância à incerteza e responsabilidade exagerada por antecipação e prevenção de danos. A importância do ED como fator motivacional para os sintomas POC é descrita no DSM-5 (APA, 2013). No entanto, não é suficiente para explicar estes sintomas, já que elevados níveis de ED estão associados a muitas perturbações clínicas (incluindo perturbações de ansiedade e de humor e traços de perturbações personalidade borderline). Como o ED está associado a muitas perturbações clínicas, torna-se, por isso, insuficiente para explicar o porquê de as pessoas desenvolverem sintomas POC em vez de outra perturbação.

Para além do ED, também é importante compreender o conceito de INC nos sintomas POC. O conceito de INC foi considerado como uma dimensão subjacente da POC, que surgiu pela primeira vez em 1903. Pierre Janet descreveu o constructo de INC no seu livro "*Les obsessions et la psychasthénie*" definindo-o como uma sensação alargada de INC que engloba uma variedade de experiências, que incluem a consciência de si próprio, pensamentos, emoções, ações e experiências relacionadas com o ambiente (Pitman, 1984). Na literatura a INC, tem sido mencionada por diversos autores, Miguel e colaboradores (2000) que referem que os sentimentos de INC são a necessidade que as coisas estejam "certas". Summerfeldt, Antony e Swinson (2001), consideraram a INC como uma desregulação sensorio-afetiva básica, subjacente ao fenómeno obsessivo compulsivo tanto clínico como não clínico. Summerfeldt e colaboradores (2004) sustentam que a INC é uma sensação perturbadora e irremediável de que as ações ou experiências não são "corretas". Enquanto Taylor e colaboradores (2013), define a INC como a sensação ou sentimento de que as ações, intenções ou experiências não foram devidamente alcançadas.

Porém se o ED por si só não explica o desenvolvimento de sintomas POC, ambas, ED e INC, podem, em combinação marcar a maioria das manifestações da POC e são

consideradas dimensões fundamentais motivacionais da POC (Belloqc et al., 2016; Ecker, 2008; Pietrafesa & Coles 2009; Summerfeldt et al., 2004; Taylor et al., 2013).

Os sentimentos de INC e as experiências NJR são conceitos que tiveram que ser definidos separadamente. As experiências NJR foram descritas de forma diferente por Summerfeldt e colaboradores (2004) que distinguiram duas variantes em relação aos sentimentos de INC, um sentimento mais alargado de INC e outro mais restrito, denominado por sensações ou experiências NJR, ou fenómenos sensoriais. As experiências NJR foram definidas como sensações corporais, desejos mentais e sensação de tensão interna. O sentimento de INC na sua forma restrita, ou seja o NJR, é mais útil para a compreensão dos sintomas POC do que a INC enquanto traço, uma vez que esta última não explica o porquê da INC conduzir aos sintomas POC em vez de conduzir a sintomas de angústia geral.

Coles e colaboradores (2005) diferenciam os conceitos de INC e experiências NJR. Consideram a primeira como uma disposição relativamente estável, como um traço, que prediz diferenças individuais. De acordo com os autores as experiências NJR podem ser um estado desencadeado por momentos pontuais, na forma de fenómenos sensoriais. Ferrão e colaboradores (2011) observaram que as experiências NJR são um fenómeno comum em pacientes clínicos POC, já que 65% da amostra clínica estudada relatou ter tido experiências NJR e também um número substancial de compulsões que não eram precedidas por obsessões, mas sim por estas experiências subjetivas NJR. Cogle, Goetz, Fitch e Hawkins (2011), nas suas investigações descrevem as experiências NJR como sendo predictoras das compulsões que são realizadas para reduzir sentimentos de INC.

Summerfeldt e colaboradores (2014), fazem um paralelismo entre o modelo de traço e estado de ansiedade proposto por Spielberger (1966, 1972) e o modelo de INC;

“O traço de ansiedade, segundo Spielberger e colaboradores (1979) refere-se às diferenças individuais relativamente estáveis na propensão à ansiedade, isto é, as diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras com intensificação do estado de ansiedade. Spielberger (1989) descreve que a ansiedade-estado mostra as reações do indivíduo às situações temporárias ou tensões situacionais” (Pelegrin, 2009).

As experiências NJR têm sido avaliadas pelos investigadores através de medidas de autorrelato. Leckman, Walker, Goodman, Pauls, & Cohen (1994), analisaram um total de 134 indivíduos com perturbação de tiques, foram solicitados para descreverem as suas perceções

NJR. Coles e colaboradores (2003) utilizaram diferentes instrumentos para avaliar as ocorrências das experiências NJR em amostras não clínicas.

Foi necessária a realização de estudos comportamentais para induzir as experiências NJR, de forma a compreender melhor esta dimensão. As investigações mais recentes têm usado tarefas in vivo para estudar os fenómenos sensoriais NJR, num ambiente de laboratório (Coles et al., 2005; Cogle et al, 2011; Fitch & Cogle, 2013; Summers, Fitch, & Cogle, 2014).

Summers, Fitch e Cogle (2014), induziram as experiências NJR in vivo através de quatro experiências sensoriais: (a) mesa desordenada (NJR visual); (b) vestir assimetricamente um casaco (NJR tátil); (c) limpar uma parte da mão não dominante com a mão limpa (NJR tátil); (d) ouvir um excerto de música fora de sintonia (NJR auditiva). Nestas experiências sensoriais os autores, verificaram a correlação das experiências NJR em relação ao desconforto gerado e a necessidade de contrariar os estímulos. Estes resultados foram ao encontro dos resultados obtidos por Lee e colaboradores (2009); Summerfeldt (2004); que referem que as experiências NJR surgem na sintomatologia da POC como fenómenos sensoriais.

Atualmente são muitos os investigadores a nível internacional que procuram estudar de forma global a POC e nos seus diferentes componentes (ED, sentimentos de INC e sensações NJR) (Summerfeldt, Kloosterman, Antony & Swinson, 2014; Rasmussen, Eisen, & Greenberg, 2013). Consideramos ser necessário continuar a investigar este fenómeno sensorial para compreender este constructo, por isso, achamos relevante, para além de apurar as bases que estão subjacentes na POC, dirigir o presente estudo à variedade dos sintomas NJR e de INC, que tem despertado a atenção nas últimas décadas (Coles, Frost, Heimberg, & Rhéaume, 2003; Leckman, Walker, Goodman, Pauls, & Cohen, 1994; Miguel et al., 2000; Summerfeldt et al., 2014; Summers et al., 2014). Estes sintomas NJR e sentimentos de INC têm vindo a manifestar-se em fenómenos sensoriais, tal como se tem verificado na literatura (Coles et al., 2005; Cogle et al, 2011; Fitch & Cogle, 2013; Summers et al., 2014).

Procurámos basear o nosso estudo nas investigações de Summers e colaboradores, (2014), para compreender empiricamente, através de uma tarefa tátil, de que forma a indução de experiências NJR se relaciona com sentimentos de Incompletude e de que forma se refletem nos comportamentos dos sujeitos.

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

Foi escolhida uma tarefa tátil (vestir uma bata de forma assimétrica e arregaçar uma manga até ao cotovelo) considerando que, em primeiro lugar, era a tarefa mais fácil de ser implementada em termos de logística (a bata é fácil de arranjar e de transportar); em segundo lugar, porque a indução através da tarefa tátil geraria experiências de desconforto mais evidentes e objetivas de serem identificadas (promove uma sensação física no indivíduo), ao contrário da modalidade visual ou auditiva que provavelmente os resultados seriam mais subjetivos, e por fim, a bata sendo um elemento de vestuário que está em contacto direto com o corpo parece-nos que poderia despoletar maiores níveis de desconforto.

Para explicar a hipótese sustentada na literatura de que as experiências *Not Just Right* (NJR) atuam como sintoma de um traço de Incompletude (INC), procurou-se induzir uma experiência NJR, em indivíduos saudáveis, de forma a conseguir esclarecer como se relaciona a vivência das experiências sensoriais NJR e os sentimentos de INC.

2. OBJETIVOS

Esta investigação teve como principal objetivo estudar a relação entre sentimentos de INC e sensações NJR numa amostra não clínica.

Como objetivos específicos propusemo-nos (1) Induzir experiências NJR através de uma tarefa tátil; (2) Avaliar os níveis de desconforto associados à indução de experiências NJR; (3) Avaliar os níveis de tensão/mal-estar associados à indução de experiências NJR; (4) Analisar a relação entre sentimentos de INC e as sensações NJR; (5) Averiguar se os sentimentos de INC predizem as experiências NJR; (6) Explorar a existência de um efeito mediador da INC na relação entre o Perfeccionismo, Depressão, Ansiedade, *Stress*, traços Obsessivo-Compulsivos e as experiências NJR.

3. METODOLOGIA

3.1. Participantes

A amostra inicial foi constituída por 80 participantes. Tratou-se de uma amostra por conveniência da população geral, não clínica, com compreensão e domínio da língua portuguesa.

Da amostra inicial, 92.5% dos participantes declarou nunca ter-lhes ter sido diagnosticado nenhuma doença mental por um profissional de saúde, 7.5% declarou que sim, mencionando, Depressão (5%) e Perturbação Obsessiva Compulsiva (2.5%).

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

A grande maioria dos sujeitos referiu nunca ter realizado tratamento psicológico/psiquiátrico, a maioria declarou que não (82.5%), e apenas (12.5%) assinalou ter realizado tratamento há menos de 5 anos.

A presença de uma doença mental diagnosticada e a realização de tratamento psicológico/psiquiátrico há menos de cinco anos foi considerado um fator de exclusão, assim, a amostra final ficou composta por 74 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos ($M = 37.74$; $DP = 12.38$), sendo a maioria do sexo feminino (66.2 %).

A maioria dos participantes é natural do Algarve (47.3%), em segundo lugar naturais de Lisboa (14.9%) e em menor percentagem de Coimbra e do Centro (5.4%).

A grande maioria dos participantes era de nacionalidade, 90.5% era portuguesa.

No que concerne às habilitações literárias, 54.1% dos participantes completou o ensino superior, 32.9% terminaram o ensino secundário, 10.8%, concluíram o ensino básico e um 1.4% tinham terminado um curso tecnológico/profissional.

Quanto ao estado civil, verifica-se que 52,7% dos indivíduos são casados ou vivem em união de facto, 37,8 % dos indivíduos são solteiros, 8,1% são divorciados e 1,4% são viúvos.

Na situação profissional a amostra compôs-se de 54% de trabalhadores, 12% de estudantes e 5% de desempregados.

3.2. Instrumentos

Foi entregue a cada participante um consentimento informado (Anexo A) e um protocolo que inclui um questionário de caracterização sociodemográfica e psicopatológica da amostra. Posteriormente à recolha destas informações seguiu-se um conjunto de provas com o objetivo de caracterizar sintomatologicamente a amostra. Antes de realizar a tarefa tátil, foi pedido aos participantes que preenchessem um questionário Pré-teste para avaliar o estado emocional prévio à realização da mesma. Posteriormente à realização da tarefa, foi-lhes solicitado que respondessem a um questionário Pós-teste e a uma Entrevista Final acerca das emoções experimentadas e os seus comportamentos durante a experiência.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

a) Questionário de Dados Sociodemográficos

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

Os participantes responderam, num primeiro momento, a um questionário com informação sociodemográfica e clínica, de modo a caracterizar demograficamente o grupo de participantes (idade, sexo e escolaridade), e a recolher informação clínica como, por exemplo, Diagnóstico de Saúde Mental, Tratamento Psicológico/Psiquiátrico ou Diagnóstico Familiar de Doença Mental (Anexo B).

b) Not Just Right Experiences-Questionnaire-Revised (NJRE-Q-R; Coles et al., 2003).

No presente estudo foi utilizada uma tradução e retroversão deste instrumento realizada pelos autores do trabalho para a língua portuguesa. O NJRE-Q-R é uma medida de 19 itens que avalia experiências NJR no período de tempo correspondente ao mês anterior (e.g. “Ao colocar um quadro na parede, tive a sensação que não ficava completamente bem”).

De forma a medir a gravidade, foi solicitado aos participantes para relatarem a frequência, a intensidade, a angústia, a ruminação, os sentimentos de INC e a responsabilidade associada à experiência, numa escala de *likert* de 7 pontos, de 1 (nenhum) a 7 (extremo).

Os primeiros 10 itens que medem as sensações *Not Just Right* da amostra demonstraram boa consistência interna ($\alpha = 0.79$); e para a totalidade dos 19 itens a escala tem demonstrado boa convergência e uma validade discriminante, correlações mais fortes com os sintomas da POC do que com outros constructos da Ansiedade (e.g. Ansiedade-Traço, Ansiedade Social, Preocupação) ou sintomas depressivos (Coles et al., 2003, 2005).

No presente estudo, para os 10 primeiros itens, a escala apresentou uma boa consistência interna (alfa de Cronbach) $\alpha = 0.80$, (Anexo F).

c) Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire (OC-TCDQ; Summerfeldt et al., 2001).

Para este estudo, foi utilizada uma tradução e retroversão deste instrumento realizada pelos autores do trabalho para a língua portuguesa. O OC-TCDQ é um questionário de 20 itens que avalia sentimentos de INC e o Evitamento de dano (ED). A subescala inclui itens sobre sentimentos de INC como: “Se não faço as coisas de uma determinada forma não me sinto bem” e “Sei que fiz algo bem, quando tenho uma determinada sensação interior. A subescala Evitamento de dano inclui perguntas como: "Embora seja muito improvável que

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

me aconteça algo que possa provocar danos, sinto necessidade de preveni-lo a qualquer custo" e "Há situações e coisas que me causam tanto medo que gostaria de poder evitá-las completamente”.

Cada item é classificado numa escala de *likert* de 5 pontos, de 1 (nunca se aplica a mim) a 5 (aplica-se sempre a mim). Os fatores OC-CDQ demonstraram boa consistência interna. Ambos com populações clínicas (INC $\alpha = 0.92$; Evitamento de dano $\alpha = 0.91$) e não-clínicas (INC $\alpha = 0.88$; Evitamento de dano $\alpha = 0.89$), (Summers et al.2014).

A análise da fidelidade da escala, para este estudo, demonstrou uma excelente consistência interna (coeficiente de alfa de Cronbach Escala Total $\alpha = .90$; INC $\alpha = .82$; Evitamento de dano $\alpha = .84$), (Anexo G).

d) *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002)*.

Foi feita para este estudo, uma tradução e retroversão deste instrumento, pelos autores do trabalho para a língua portuguesa. O OCI-R é constituído por 18 itens que avaliam a presença de 6 grupos de sintomas primários de POC (e.g. verificação, lavagem, ordenação, acumulação, obsessão, neutralização). Cada grupo é composto por 3 itens (e.g. de ordem: “Fico chateado/a se os objetos não estão dispostos corretamente” ou verificação: “Verifico as coisas com mais frequência do que o necessário”); e os entrevistados são solicitados a indicar numa escala de *likert* de 4 pontos, de 1 (nada) a 4 (extremadamente), quanto ao que cada experiência os angustiou no mês passado.

O OCI-R demonstrou boa consistência interna numa amostra clínica ($\alpha = 0.83$), convergente e uma validade discriminante, (Summers et al., 2014).

Para o nosso estudo o OCIR-R demonstrou uma boa consistência interna (alfa de Cronbach, $\alpha = 0.88$), (Anexo H).

e) *Frost Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-F; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990)*.

A Escala Multidimensional de Perfeccionismo, é uma versão portuguesa de Carmo, Brás, Batista e Faísca, (2017). Cada item é classificado numa escala de *likert* de 5 pontos, que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), consoante o grau de concordância com a afirmação, correspondendo a valores elevados de concordância um maior perfeccionismo geral. Os 35 itens agrupam-se em seis subescalas: Padrão Pessoais (PP), que

avalia a tendência para estabelecer padrões pessoais excessivamente elevados que se tornam impossíveis de alcançar de forma satisfatória (e.g., “É muito importante para mim ser muito competente em tudo o que faço”); Dúvidas sobre as Ações (DA), que avalia a tendência para duvidar das suas capacidades para alcançar os objetivos propostos e para duvidar da qualidade das suas próprias ações (e.g., “Habitualmente tenho dúvidas acerca das coisas simples que faço no dia-a-dia”); Preocupação com os Erros (PE), que reflete as reações negativas perante a possibilidade de errar (e.g., “Se falhar no meu trabalho/escola, falho enquanto pessoa”); Expetativas Parentais (EP), que denota a perceção de expetativas parentais extremamente elevadas (e.g., “Os meus pais estabeleceram padrões muito elevados para mim”); Críticas Parentais (CP), que reflete a perceção de que os pais são excessivamente críticos (e.g., “Quando era criança era punido quando não fazia as coisas de forma perfeita”); e por último, a dimensão Organização (O), que reflete a importância atribuída à ordem e à precisão (e.g., “A organização é muito importante para mim”), (Anexo I).

No estudo original, a pontuação total da escala, assim como as diferentes subescalas demonstraram uma adequada consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach): pontuação total de $\alpha = .90$. Sendo a pontuação para as diferentes subescalas de (PP) $\alpha = .83$; (PE) $\alpha = .88$; (DA) $\alpha = .77$; (EP) $\alpha = .84$; (CP) $\alpha = .84$ e (O) $\alpha = .93$. (Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990).

Para este estudo a pontuação total da escala, tal como as subescalas demonstraram uma boa consistência interna, MPF-F total de $\alpha = .90$. Sendo a pontuação para as diferentes subescalas de (PP) $\alpha = .80$; (PE) $\alpha = .81$; (DA) $\alpha = .56$; (EP) $\alpha = .77$; (CP) $\alpha = .71$ e (O) $\alpha = .90$.

f) *Depression Anxiety Stress Scales-21 Item Version (DASS-21; Henry & Crawford, 2005).*

O DASS-21 versão portuguesa Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) é uma versão resumida do original de 42-itens de DASS (Lovibond & Lovibond, 1995). Para o estudo atual, o DASS-21 foi utilizado para avaliar os sintomas de depressão, *stress* e de ansiedade. Os entrevistados avaliam quanto cada um dos itens se aplicou a eles durante a última semana, numa escala de *likert* de 3 pontos, que varia de 0 (nunca) a 3 (quase sempre), sendo que a maior pontuação em cada subescala corresponde a maior frequência de cada um dos sintomas.

Os itens agrupam-se em três subescalas, com 7 itens cada: depressão, que avalia o grau do sentimento sentido pelo indivíduo (e.g. “Não consegui sentir nenhum sentimento

positivo”); *stress* que avalia o grau de tensão experimentado (e.g. “Dei por mim a ficar agitado”); e ansiedade, que avalia a tendência para experimentar esse sentimento (e.g. “Senti dificuldades em respirar”).

O DASS-21 tem demonstrado boa consistência interna nas subescalas para a Depressão ($\alpha = .85$) e para o *Stress* ($\alpha = .81$) e uma consistência inaceitável para a Ansiedade ($\alpha = .47$) (Pais-Ribeiro et al., 2004). Na validação da escala feita por Vasconcelos-Raposo, Fernandes e Teixeira (2013) para a população portuguesa a escala demonstrou excelente consistência interna para as três subescalas, Depressão ($\alpha = .84$), Ansiedade ($\alpha = .80$) e *Stress* ($\alpha = .83$).

A análise da fidelidade da DASS-21 permitiu ainda averiguar que os valores de consistência interna (alfa de Cronbach) são elevados e semelhantes ao estudo da adaptação portuguesa, nomeadamente, DASS-21 total (18 itens, $\alpha = .94$), Depressão (7 itens, $\alpha = .90$), Ansiedade (7 itens, $\alpha = .81$), *Stress* (7 itens, $\alpha = .87$), (Anexo J).

g) Questionário Pré e Pós-Teste.

Numa escala de intervalo de 0 a 100, procuraram-se medir as variáveis Desconforto; Tensão; sentimentos de INC e sensação de Limpeza, antes e depois da manipulação experimental, sendo que no Pós-teste adicionou-se uma pergunta para medir a variável *Endireitar* (a bata). (Anexo C e D).

h) Entrevista Final.

Na entrevista final, utilizou-se uma escala intervalar de 0 a 100 para medir as variáveis, Clareza das Instruções. Também procurou-se obter um *feedback* em relação as variáveis Desconforto; Agitação; Ansiedade; Sujidade; Vontade de despir; Mal-estar e Atenção aos comportamentos futuros, (Anexo E).

3.3. Procedimento de Recolha de Dados

A amostra foi recolhida no período compreendido entre o mês de Janeiro e Maio de 2016, em diferentes instituições tais como a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Albufeira, Biblioteca Municipal de Albufeira, Universidade do Faro, Centro de Saúde de Albufeira, Associação Cultural “Ilha de Madeira” da Guia, Futebol Clube de Ferreiras, Grupo Religioso Evangélico de Ferragudo, Escola Secundária de Albufeira e locais comerciais de Albufeira, Faro e Portimão.

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

A recolha de dados para a presente investigação foi composta por vários momentos que serão apresentados de forma esquemática na Tabela 1.

Tabela 1

Representação gráfica do procedimento de recolha de dados

Grupo Experimental (N = 74)	Consentimento Informado	Aplicação do Protocolo de Resposta: Questionário de dados sociodemográficos, NJRE-Q-R; DASS-21; MPS-F; OC-TCDQ; OCIR Questionário Pré-teste.	Manipulação Experimental: Indução de sensações NJR através duma tarefa tátil (vestir uma bata de forma assimétrica e arregaçar uma manga até o cotovelo. Ficar 10 segundos com a bata e retirá-la).	Questionário Pós-teste. Entrevista Final.
---	-------------------------	--	---	--

Nota. N = Número de participantes; NJRE-Q-R = *Not Just Right Experiences-Questionnaire-Revised*; EADS = *Depression Anxiety Stress Scales-21*; MPS-F = *Frost Multidimensional Perfectionism Scale*; OC-TCDQ = *Obsessive-Compulsive Core Dimensions Questionnaire*; OCIR = *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*; NJR=*Not Just Right*.

Através do consentimento informado, os indivíduos foram informados de que a sua participação é totalmente voluntária, as suas respostas são confidenciais e que não existem respostas corretas ou erradas.

Posteriormente foi solicitado o preenchimento do protocolo de resposta. Foram elaboradas três versões do protocolo de resposta com o objetivo de reduzir efeitos de ordem.

O protocolo estava constituído por uma ficha de dados sociodemográficos e diferentes instrumentos para avaliar a sintomatologia clínica. O preenchimento foi realizado na presença dos entrevistadores. Segundo a disponibilidade de cada participante, foi aplicado individualmente ou em grupo, num espaço disponibilizado para tal efeito. O tempo médio do preenchimento do protocolo na sua totalidade oscilou entre os 30 e os 45 minutos.

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

A etapa da manipulação experimental foi realizada sempre de forma individual. Os entrevistadores deram aos participantes a seguinte instrução:

“O passo que se segue será a realização de uma experiência e, em primeiro lugar, quero que imagine uma escala de 0 a 100, onde o 0 equivale a “nenhum” e 100 “extremadamente” e diga-me se neste momento está a sentir-se desconfortável, tenso ou incompleto”.

Os participantes foram induzidos em experiências NJR para provocar sentimentos de desconforto na modalidade sensorial tátil onde foi aplicada uma escala de 0 a 100 para classificar o nível de desconforto antes (Pré-teste) e depois (Pós-teste) da experiência (Anexo C e D).

Os participantes vestiram uma bata de dimensões adequadas ao seu tamanho e tiveram de a apertar de forma assimétrica. Foi pedido para que enrolassem uma manga até ao cotovelo e ficassem com a bata vestida por 10 segundos. Após esse tempo (10s), os participantes mantiveram a bata vestida e foi pedido para classificarem o desconforto atual e a vontade de a endireitar. Depois dos participantes completarem as avaliações pós-teste, foram autorizados a retirar a bata (que foi colocada fora do alcance da vista).

Seguidamente à manipulação experimental, foi aplicado um questionário Pós-teste:

“Novamente numa escala de 0 a 100 onde o 0 equivale a “nenhum” e 100 “extremadamente” e diga-me como classifica a sua vontade de endireitar a bata e se está a sentir-se desconfortável, tenso ou incompleto”.

Por fim, procedeu-se à aplicação da entrevista final (Anexo E).

3.4. Procedimento de Análise de Dados

Os resultados foram analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, (SPSS), versão 22.0 para Windows.

Para a caracterização sociodemográfica da amostra procedeu-se à análise de tabelas de frequências com número de casos (n) e percentagens relativas a esses casos (%), Média (M) e Desvio Padrão (DP). Relativamente à estatística inferencial, utilizou-se a correlação de *Pearson* para verificar relações lineares entre as variáveis, considerando-se os seguintes valores de referência: correlação fraca quando os valores se situam entre -0.3 e -0.1 ou 0.1 e 0.3; moderada para valores entre -0.5 e -0.3 ou 0.3 e 0.5; e forte quando os valores estão entre -1.0 e 0.5 ou 0.5 e 1.0, (Cohen, 1992).

A comparação entre grupos foi realizada com recurso ao teste não paramétrico *Mann Whitney*, uma vez que um dos grupos, o masculino, não cumpria um dos critérios para assumir a normalidade da amostra ($n > 30$). Para comparar os dois momentos de teste foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon para testar grupos com menos de 30 sujeitos e o Teste t para amostras emparelhadas para os grupos com mais de 30 sujeitos., e

Foi ponderado um nível de significância de .05 (Stigler, 2008). Para além da significância, nos testes de hipóteses, realizou-se o *d* de Cohen para avaliar o tamanho do efeito. Considerou-se o tamanho do efeito insignificante quando $< .19$, pequeno para valores entre .2 e .49, médio para valores entre .5 e .79 e grande para valores superiores a .8 (Cohen, 1992).

Para analisar o valor preditivo das variáveis utilizou-se uma Regressão Linear Múltipla.

4. RESULTADOS

Neste ponto serão descritos os resultados mais relevantes obtidos a partir das análises realizadas. A apresentação dos resultados será estruturada para dar resposta aos objetivos formulados.

4.1 Análises descritivas das variáveis em estudo

Na Tabela 2, encontramos análise das diferenças de médias e magnitude de efeito, das variáveis sintomas Depressivos, Ansiedade e *Stress*.

Tabela 2
Média, Desvio-padrão e Diferença entre sexos nas Dimensões de sintomas Depressivos, Ansiedade e Stress.

	Amostra Total (<i>N</i> = 74)	Sexo masculino (<i>N</i> = 25)	Sexo feminino (<i>N</i> = 49)			
	Média (<i>DP</i>)	Média (<i>DP</i>)	Média(<i>DP</i>)	<i>d</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
DASS-21						
Depressão	0.44 (0.53)	0.37 (0.35)	0.48(0.61)	-0.22	603	.917
Ansiedade	0.38 (0.44)	0.41 (0.39)	0.37(0.46)	0.09	546	.439
<i>Stress</i>	0.84 (0.60)	0.86 (0.63)	0.82(0.59)	0.07	589	.787
DASS-21 Total	0.55 (0.52)	0.55 (0.38)	0.56 (0.50)	-0.02	571	.639

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *d* = *d* de Cohen; *U*= Teste de *Mann Whitney*; DASS-21 = *Depression Anxiety Stress Scales-21 Item Version*.

* $p < .05$

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

É possível observar, na amostra total, um valor médio mais baixo na dimensão Ansiedade ($M = 0.38$; $DP = 0.44$) e um valor médio mais elevado nível na dimensão *Stress* ($M = 0.84$; $DP = 0.60$) numa escala que varia entre 0 e 3 pontos.

Utilizou-se o Teste *Mann Whitney* para avaliar diferenças entre géneros, sendo que não se registaram diferenças significativas nos níveis de *Stress*, Ansiedade e Depressão (Tabela 2).

Na Tabela 3 encontramos a análise das diferenças de médias entre sexos e magnitude de efeito, da variável Perfeccionismo.

Tabela 3
Média, Desvio-padrão e Diferenças entre Sexos nas Dimensões do Perfeccionismo.

	Amostra Total ($N = 74$)	Sexo masculino ($N = 25$)	Sexo feminino ($N = 49$)			
Subescalas	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	<i>d</i> de Cohen	<i>U</i>	<i>p</i>
MPS-F						
Padrões Pessoais (PP)	2.98 (0.72)	3.00 (0.70)	2.97 (0.74)	0.04	589	.788
Dúvidas sobre as Ações (DA)	2.24 (0.60)	2.21 (0.63)	2.26 (0.59)	-0.08	577	.680
Preocupação com Erros (PE)	2.38 (0.65)	2.51 (0.65)	2.31 (0.64)	0.31	472	.107
Expectativas Parentais (EP)	2.33 (0.78)	2.38 (0.89)	2.30 (0.72)	0.10	587	.774
Críticas Parentais (CP)	2.08 (0.73)	2.01 (0.67)	2.12 (0.77)	-0.15	558	.533
Organização (O)	3.65 (0.77)	3.57 (0.85)	3.70 (0.73)	-0.16	538	.392
MPS-F Total:	2.44 (0.52)	2.49 (0.54)	2.42 (0.52)	0.13	579	.702

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *U* = Teste de *Mann Whitney*; MPS-F = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost e colaboradores (1990); PP = Padrões Pessoais; DA = Dúvidas sobre as Ações; PE = Preocupação com os Erros; EP = Expectativas Parentais; CP = Críticas Parentais; O = Organização.

* $p < .05$

Em relação ao total da amostra, as dimensões de Perfeccionismo que apresentaram valores médios mais elevados foram: Padrões Pessoais (PP) ($M = 2.98$; $DP = 0.72$) e Organização (O), ($M = 3.65$; $DP = 0.77$) numa escala que varia entre 1 e 6 pontos.

Utilizou-se o Teste *Mann Whitney* para avaliar diferenças entre sexos, a análise mostrou que não se registam diferenças significativas para nenhuma das dimensões do Perfeccionismo.

Na Tabela 4 observamos a análise das diferenças de médias e magnitude de efeito, dos sintomas Obsessivo-compulsivos; sentimentos de INC e Evitamento de dano (ED).

Tabela 4

Média, Desvio-padrão e Diferença entre sexos nas dimensões dos sintomas Obsessivo-compulsivos.

	Amostra Total (N= 74)	Sexo masculino (N = 25)	Sexo feminino (N = 49)			
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	d de Cohen	U	p
OCIR-R						
POC	0.83 (0.56)	0.83 (0.53)	0.83 (0.58)	0	600	.891
OC-TCDQ						
Incompletude	2.70 (0.74)	2.67 (0.60)	2.71 (0.80)	-0.06	610	.982
Evitamento de dano	2.38 (0.74)	2.32 (0.65)	2.40 (0.79)	-0.11	561	.556
OC-TCDQ Total	2.54 (0.70)	2.50 (0.58)	2.56 (0.76)	-0.09	568	.611
NJRE-Q-R	2.35 (0.42)	2.41 (0.40)	2.32 (0.42)	0.22	544	.433

Nota. N = 74, M = Média; DP = Desvio-padrão; U = Teste de Mann Whitney; OCIR-R = *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*; POC= *Perturbação Obsessiva Compulsiva*; OC-TCDQ = *Obsessive-Compulsive Trait Core Dimensions Questionnaire* ; NJRE-Q-R = *Not Just Right Experiences-Questionnaire-Revised*.

* p < .05

Podemos observar valores médios tendencialmente mais baixos na escala OCI-R que mede os sintomas Obsessivos-Compulsivos ($M = 0.83$; $DP = 0.56$) numa escala que varia entre 0 e 3 pontos. Também foram observados valores mais baixos na escala NJRE-Q-R que mede as sensações NJR ($M = 2.35$; $DP = 0.42$), cujo score máximo são 10 pontos.

Em relação ao total da amostra, na escala de sintomas traço Obsessivos-Compulsivos (OC-TCDQ), a dimensão INC é a que apresenta valores médios mais elevados ($M = 2.70$, $DP = 0.74$) e a dimensão Evitação de dano a que apresenta valores médios mais baixos ($M = 2.38$, $DP = 0.74$), ambas com um máximo possível de 5 pontos.

Para testar diferenças entre géneros, utilizou-se o Teste *Mann Whitney*, sendo que não se registaram diferenças significativas para nenhuma das variáveis.

Para medir diferenças entre as habilitações literárias e também entre o estado civil, utilizou-se o teste *Kruskal-Wallis*, não se verificando diferenças significativas.

4.2 Análise das diferenças entre Desconforto, Tensão, Incompletude e Limpeza, antes e depois da manipulação experimental.

Os indivíduos do grupo experimental consideraram as instruções dadas pelos investigadores, claras. Numa escala de 1 a 10 apresentaram um valor médio de 9.18 ($DP = 1.221$).

Foi realizada a análise referente às variáveis Desconforto, Tensão, INC e Limpeza, através do Teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas, antes e depois da experiência.

Tabela 5

Diferenças entre variáveis antes e depois da experiência Not Just Right

	<i>M</i> antes(<i>DP</i>)	<i>M</i> depois(<i>DP</i>)	<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
Desconforto	2.48(2.86)	4.33(3.41)	-0.58	-4.224	.000*
Tensão	2.30(2.61)	2.95(2.56)	-0.25	-2.762	.007*
Incompletude	2.62(2.50)	3.31(2.81)	-0.25	-2.247	.028*
Limpeza	5.85(3.50)	5.81(3.19)	0.01	0.130	.897

Nota. $N = 74$ *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas.

* $p < .05$

Na Tabela 5 é possível observar que o Desconforto, a Tensão e os sentimentos de INC aumentam de forma significativa após a experiência. Existem diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação nas variáveis Desconforto ($t_{(73)} = -4.224$, $p = .000$), Tensão ($t_{(73)} = -2.762$, $p = .007$) e Incompletude ($t_{(73)} = -2.247$, $p = .028$). Embora tal aumento seja de reduzida magnitude para as variáveis Tensão (d de Cohen = -0.251) e Incompletude (d de Cohen = -0.259) e de magnitude média para o Desconforto (d de Cohen = -0.58). Não se verifica diferença quanto à Limpeza antes e depois da manipulação experimental.

Verificou-se ainda que existem diferenças significativas em algumas das variáveis (Desconforto, Tensão e Incompletude) entre sexos antes e depois da experiência exceto na variável Limpeza. As mulheres apresentam uma menor sensação de Limpeza depois da experiência.

Tabela 6
Diferença entre géneros na situação Pré e Pós Experiência.

	Masculino (N = 25)					Feminino (N = 49)				
	M Antes (DP)	M Depois (DP)	d de Cohen	W	p	M Antes (DP)	M Depois (DP)	d de Cohen	t	p
Desconforto	1.23(1.58)	3.99(3.45)	-1.03	264	.001*	3.11(3.16)	4.51(3.41)	-0.43	-2.574	.013*
Tensão	1.61(2.18)	2.08(2.05)	-0.22	176	.108	2.66(2.75)	3.40(2.70)	-0.27	-2.744	.009*
Incompletude	1.50(1.57)	2.88(2.97)	-0.58	178	.028*	3.20(2.69)	3.53(2.74)	-0.12	-0.938	.353
Limpeza	4.42(3.88)	5.27(3.77)	-0.22	127	.401	6.58(3.09)	6.09(2.86)	0.16	2.002	.051

Nota. N= Número de participantes; M = Média; DP = Desvio-padrão; W = Teste Wilconson; t = T de Student.
* $p < .05$

Em relação às diferenças de médias obtidas para cada um dos géneros pré e pós-teste, observaram-se na Tabela 6, no caso dos homens, diferenças estatisticamente significativas no Desconforto ($p = .001$) e na INC ($p = .028$). Sendo estas diferenças de uma magnitude forte (d de Cohen = -1.03) no caso do Desconforto e moderada no caso da INC (d de Cohen = - 0.58). No caso das mulheres verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas variáveis Desconforto ($p = .013$) e Tensão, tratando-se no entanto, de uma magnitude moderada (d de Cohen = - 0.43) e fraca respetivamente (d de Cohen = - 0.27).

De forma a verificar se as diferenças antes e depois eram constantes para sujeitos do género feminino e masculino, realizou-se uma ANOVA de medidas repetidas, tendo em conta cada uma das variáveis, Desconforto, Tensão, INC e Limpeza. Ao nível do Desconforto as diferenças antes e depois são constantes entre géneros ($p = .145$), registando-se um aumento para ambos. Na Limpeza, homens e mulheres não diferem significativamente na ausência de diferenças nas medidas obtidas pré e pós teste ($p = .897$). No que diz respeito à Tensão e a INC detetam-se diferenças significativas no antes e depois entre géneros, uma vez que a tensão aumentou nas mulheres e não nos homens ($p = .007$), e a INC nos homens e não nas mulheres ($p = .028$).

4.3 Análise da relação entre o Desconforto e; a Tensão; a Incompletude e a Limpeza a Vontade de endireitar a bata.

A Tabela 7 mostra os valores da correlação de *Pearson* entre Desconforto, Tensão, INC e Limpeza e a Vontade de endireitar a bata na condição pós-manipulação.

Tabela 7

Relação entre a Endireitar e o Desconforto a Tensão; a Incompletude e a Limpeza no Pós-teste.

	Endireitar	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Desconforto	.70	.000*
Tensão	.50	.000*
Incompletude	.43	.000*
Limpeza	.26	.000*

Nota. *r* = Correlação de Pearson.

* *p* < .05

Observa-se uma relação positiva estatisticamente significativa da variável *Endireitar* com todas as variáveis (Desconforto, Tensão, INC e Limpeza), sendo que o Desconforto apresenta uma relação forte ($r = .70$; $p = .000$) enquanto as restantes uma relação moderada, nomeadamente a Tensão ($r = .50$; $p = .000$) e a INC ($r = .43$; $p = .000$), e fraca no que respeita à Limpeza ($r = .26$; $p = .000$).

4.4 Relação entre as variáveis traço (Obsessivo-Compulsivas; Perfeccionismo; Depressão, Ansiedade e Stress) e as sensações *Not Just Right*.

Na Tabela 8 são apresentados os valores de correlação entre as variáveis traço Obsessivo-Compulsivo e sensações NJR.

Tabela 8

Relação entre variáveis traço Obsessivo-Compulsivas e sensações NJR.

	Sensações NJR	
	<i>r</i>	<i>p</i>
OCI-R		
POC	.29	.011*
OC-TCDQ		
Incompletude	.27	.022*
Evitamento de dano	.26	.023*
OC-TCDQ Total	.24	.011*

Nota. *r* = Correlação de Pearson.

* *p* < .05

Observou-se uma relação significativa na dimensão Obsessivo-Compulsiva, mas com uma relação fraca ($r = .29$; $p = .011$). Relativamente à escala OC-TCDQ, foi encontrada uma relação significativa na escala total ($r = .24$; $p = .011$) e nas subescalas INC ($r = .27$; $p = .022$), e Evitamento de dano ($r = .26$; $p = .023$).

Quanto as restantes variáveis foi possível verificar uma correlação positiva fraca embora significativa, na escala total de Perfeccionismo ($r = .25$; $p = .035$) e na dimensão Dúvida sobre as Ações ($r = .25$; $p = .034$). Observou-se ainda uma relação positiva fraca e significativa nos sintomas depressivos ($r = .24$; $p = .041$).

4.5 Efeito da Incompletude e das variáveis traço (Obsessivo-Compulsivas; Perfeccionismo; Depressão, Ansiedade e Stress) nas sensações NJR.

Para averiguar se os sentimentos de INC consegue prever as experiências NJR, foi realizada uma regressão linear simples. Foi também efetuada uma regressão linear simples para investigar a influencia das variáveis traço (Obsessivo-Compulsivas; Perfeccionismo; Depressão, Ansiedade e *Stress*) nas sensações NJR.

Tabela 9

Contributo diferencial da Incompletude e das variáveis Obsessivo-Compulsivas; Perfeccionismo; Depressão, Ansiedade e Stress nas sensações NJR.

Sensações NJR(VD)							
Preditor (VI)	R^2	R^2 ajustado	F	p	Beta	t	p
OC-TCDQ							
Incompletude	.071	.058	5.501	.022*	.266	2.345	.022*
Evitamento do Dano	.070	.057	5.406	.023*	.264	2.325	.023*
OC-TCDQ Total	.078	.066	6.117	.016*	.280	2.473	.016*
OCI-R							
POC	.086	.073	6.755	.011	.293	2.599	.198
DASS-21							
Depressão	.044	.030	3.286	.074	.209	1.813	.074
Ansiedade	.038	.025	2.856	.095	.195	1.690	.095
<i>Stress</i>	.050	.037	3.766	.056	.223	1.941	.056
DASS-21 Total	.057	.043	4.312	.041*	.238	2.076	.041*
MPS-F							
PP	.039	.025	2.906	.093	.197	1.705	.093
DA	.061	.048	4.670	.034*	.247	2.161	.034*
PE	.038	.024	2.810	.098	.194	1.676	.098
EP	.016	.002	1.179	.281	.127	1.086	.281
CP	.047	.034	3.579	.063	.218	1.892	.063
O	.002	-.012	0.132	.717	-.043	-3.64	.717
MPS-F Total	.060	.047	4.599	.035*	.245	2.144	.035*

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado; R^2 = Coeficiente de determinação; VI= Variável independente; VD= Variável dependente; R^2 = R quadrado; PP = Padrões Pessoais; DA = Dúvidas sobre as Ações; PE= Preocupação com os Erros; EP = Expectativas Parentais; CP = Críticas Parentais; O = Organização.

* $p < .05$

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

Na Tabela 9, a análise mostrou valores estatisticamente significativos nas variáveis INC, traços Obsessivo-Compulsivos, nomeadamente no Evitamento de dano (ED) e na escala total OC-TCDQ. O Perfeccionismo apresentou-se significativo, especificamente na Dúvida sobre as Ações (DA) e na escala Total MPS-F repetindo-se esta significância na escala total de Depressão, Ansiedade e Stress em relação às sensações NJR.

A INC explica em 7.1 % a variância das experiências NJR, encontramos também que o ED explica em 7.0 % a variância das experiências NJR.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na escala total de Depressão, Ansiedade e Stress concluindo que os sintomas depressivos explicariam em 5.7% as sensações NJR.

Também foram encontradas significâncias estatísticas na escala total de Perfeccionismo e na dimensão DA, explicando cada uma delas 5.3% e 6.1% respetivamente a variância das experiências.

4.6 Influencia das sensações NJR no Pré e Pós-teste.

Foi feita uma regressão linear simples para verificar se as sensações NJR conseguem influenciar o indivíduo antes (Pré-teste) e/ou depois (Pós-teste) da experiência. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os resultados.

4.7 Análise do efeito mediador da Incompletude na relação entre o Perfeccionismo, Depressão, Ansiedade e Stress, traços Obsessivo-Compulsivos e as experiências NJR.

Realizamos uma análise de mediação para averiguar se a relação entre os traços de Perfeccionismo, traços Obsessivo-Compulsivos, sintomas Depressivos, sintomas de Ansiedade e *Stress* e as sensações *Not Just Right* eram mediadas pelos sentimentos de INC.

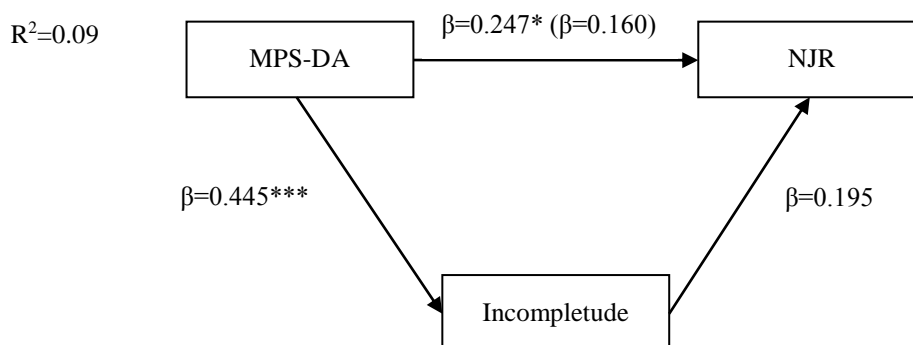


Figura 1. Esquema Genérico do Modelo de Mediação da Incompletude entre o Perfeccionismo e as experiências NJR.

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

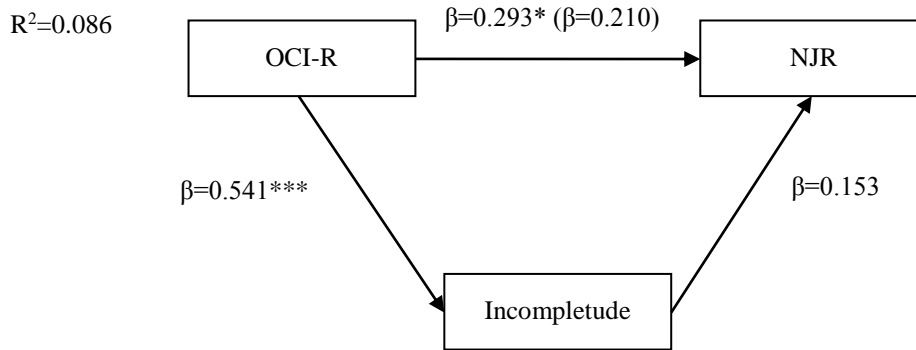


Figura 2. Esquema Genérico do Modelo de Mediação da Incompletude entre os traços Obsessivos-Compulsivos e as experiências NJR.

As análises de mediação foram realizadas na amostra total. Os resultados podem observar-se na Tabela 10.

Tabela 10.

Efeito do Perfeccionismo nas sensações NJR: Análise do Estatuto Mediador da Incompletude ($N = 74$)

Efeito em estudo	Efeito total	Efeito direto	Efeito indireto ^a	Observações
MPS-DA → NJR				
(Incompletude)	0.247*	0.160	0.087	Não existe mediação (Teste Sobel = 1.45; $p = 0.146$)
OCI-R → NJR				
(Incompletude)	0.293*	0.210	0.083	Não existe mediação (Teste Sobel = 1.12; $p = 0.262$)
Depressão → NJR				
(Incompletude)	***	***	***	
Ansiedade → NJR				
(Incompletude)	***	***	***	
Stresse → NJR				
(Incompletude)	***	***	***	

Nota. MPS-F = Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost e colaboradores (1990); DA = Dúvida sobre as Ações; OCIR-R = *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*; NJR = *Not Just Right*.

* $p < .05$; *** Não apresenta relação

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

Podemos observar que a dimensão de perfeccionismo Dúvidas sobre as Ações (DA) foi a única que apresentou uma relação significativa com as sensações NJR. Concluímos que existe uma relação direta entre os traços Perfeccionistas, na dimensão Dúvidas sobre as Ações, e as sensações NJR, uma vez que na análise de mediação (Teste *Sobel* = 1.45; $p=0.146$) verificamos que não existe mediação dos sentimentos de INC, entre estas duas variáveis.

Foi ainda possível observar que, apesar de existir uma associação significativa entre os traços Obsessivos compulsivos, e as sensações NJR. Na análise de mediação, observou-se que não existe interferência da INC entre estas duas variáveis, (Teste *Sobel* = 1.12; $p = 0.262$) .

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os estudos sobre sentimentos de INC e experiências *Not Just Right* tem sido objeto de investigação, de forma a proporcionar uma melhor compreensão da sintomatologia da Perturbação Obsessiva-compulsiva (POC). A heterogeneidade da POC leva-nos a pensar que os sentimentos de INC tem uma base motivacional que por sua vez, desencadeia experiências NJR. As experiências NJR podem ser um estado provocado por momentos pontuais, na forma de fenómenos sensoriais. O nosso estudo pretendeu proporcionar evidências empíricas acerca do papel dos sentimentos de INC e as experiências NJR no dia-a-dia de indivíduos da população em geral. Assim, a presente investigação teve como objetivo principal estudar a relação entre os sentimentos de INC e as experiências NJR numa amostra não-clínica através de uma tarefa tátil onde os sujeitos classificavam o nível de desconforto, tensão/mal-estar sentido antes (pré-teste) e depois (pós-teste) da indução de uma experiência NJR.

Como objetivos específicos propusemo-nos (1) Induzir experiências NJR através de uma tarefa tátil; (2) Avaliar os níveis de desconforto associados à indução de experiências NJR; (3) Avaliar os níveis de tensão/mal-estar associados à indução de experiências NJR; (4) Analisar a relação entre sentimentos de INC e as sensações NJR; (5) Averiguar se os sentimentos de INC predizem as experiências NJR; (6) Explorar a existência de um efeito mediador da INC na relação entre o Perfeccionismo, Depressão, Ansiedade, *Stress*, traços Obsessivo-Compulsivos e as experiências NJR.

Os instrumentos utilizados apresentaram na nossa amostra, valores de consistência interna, alfas de *Cronbach*, muito semelhantes aos das escalas originais, exeto na dimensão Dúvida sobre as Ações, da Escala Multidimensional de Perfeccionismo, que apresentou valores ligeiramente inferiores ao original. (MPS-F; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990).

Não foram verificadas diferenças significativas na clareza com que perceberam as instruções dadas pelos investigadores, revelando que o grupo percebeu o que lhes tinha sido transmitido.

Quanto aos sintomas Depressivos, Ansiosos e de *Stress* verificou-se um baixo nível de Depressão e Ansiedade, sendo que existiu um maior nível na dimensão *Stress*.

Em primeiro lugar, como visto em diversos estudos dentro da mesma área, (Bellocq et al., 2016; Coles et al., 2003; Ghisi et al., 2010; Sica et al., 2012) os dados confirmam que as experiências NJR são frequentes na população não-clínica.

Seguidamente, verificamos que as sensações NJR podem ser induzidas experimentalmente. Os participantes após a condição experimental, tiveram um aumento de sensações NJR, tal como em estudos prévios onde os autores utilizaram, experiências de laboratório, nas quais eram induzidas sensações NJR, para verificar as suas hipóteses de trabalho (Coles et al., 2005; Cogle et al, 2011; Fitch & Cogle, 2013; Summers et al., 2014) o que confirma o nosso primeiro objetivo.

As variáveis Desconforto, Tensão e INC que nos permitem medir as sensações NJR foram analisadas antes e depois da experiência. Tal como esperado no nosso estudo observou-se um aumento do Desconforto, da Tensão e da INC, sendo estes valores estatisticamente significativos, validando assim os nossos segundo e terceiro objetivos de investigação. A vontade de contrariar estímulos, neste caso a vontade de *Endireitar* a bata, também foi verificada, sendo que observamos uma forte relação entre a vontade de *Endireitar* e Desconforto, assim como, uma relação moderada entre a vontade de *Endireitar* a bata e a INC. As nossas conclusões coincidem com o observado por Summers e colaboradores (2014) com uma amostra de estudantes universitários onde lhes foi pedido a realização de quatro tarefas relacionadas com modalidades sensoriais diferentes (visual, tátil e auditiva).

Quanto ao nosso quarto objetivo, analisar a relação entre sentimentos de INC e as sensações NJR, foi possível observar uma associação positiva significativa, embora fraca, entre os sintomas Obsessivo-Compulsivos, o Perfeccionismo na dimensão Dúvida sobre ações (DA), os sentimentos de INC, o Evitamento de dano (ED) e as sensações NJR, que nos permite concluir que estes sintomas poderiam influenciar os indivíduos que experienciam estas sensações, apoiando as conclusões de anteriores investigações (Bellocq et al., 2016 Ecker, 2008; Pietrafesa & Coles 2009; Summerfeldt et al., 2004; Taylor et al., 2013).

Na escala de sintomas traço Obsessivos-Compulsivos (OC-TCDQ), a dimensão INC foi a que apresentou valores médios mais elevados. Esta tendência também foi verificada quando os sintomas traço Obsessivos-Compulsivos foram relacionados com as sensações NJR, tanto nas dimensões de INC como nas de ED e como nos sintomas Obsessivos-Compulsivos, sendo maioritariamente significativos, embora com uma relação positiva fraca. Porém tanto o ED como os sentimentos de INC podem em combinação marcar a maioria das manifestações da POC, sendo consideradas dimensões fundamentais motivacionais da POC. (Ecker, 2008; Summerfeldt et al., 2004; Taylor et al., 2013). No nosso estudo verificou-se que existe uma relação entre os sentimentos de INC e as sensações NJR, sendo que a INC consegue predizer as experiências NJR.

Consistentes com os estudos de Summers e colaboradores (2014), foi observado que as dimensões de perfeccionismo Padrões Pessoais (PP) e Organização (O), apresentaram valores médios mais elevados. Quando relacionadas as dimensões de perfeccionismo com as sensações NJR, a Dúvida sobre ações (DA) apresentou diferenças significativas, embora com uma relação fraca, isto corrobora o observado por Taylor e colaboradores (2013) e Coles e colaboradores (2003, 2008) onde mostram que o sentimento de INC está relacionado com crenças disfuncionais e crenças perfeccionistas.

A relação de *Endireitar* e a sensação de Limpeza pode estar relacionada com sentimentos de contaminação experienciados pelos participantes, já que lhes pedimos para experimentar uma bata que não era deles. Esta relação foi observada por Summers e colaboradores (2014); Pietrafesa e Coles, (2009) onde os indivíduos também manifestaram compulsões de lavagem.

No que concerne à Limpeza não foram observados aumentos nas médias depois da experiência, mas, pelo contrário houve uma diminuição ligeira, o que explicaria que os indivíduos se sentiram menos limpos após a experiência, como era de esperar, já que vestir uma bata que não é própria podia despoletar essa sensação. Este facto foi observado por Pietrafesa e Coles, (2009) numa amostra de estudantes universitários, onde perante algumas tarefas que lhes foram propostas, os participantes sentiram-se contaminados e com desejos de lavar as mãos.

Em relação à diferença entre sexos, os homens sentiram-se mais limpos que as mulheres depois da experiência. Os homens poderão ter interpretado que a bata, por ser de cor branca, e não se ter sujo durante a experiência, continuava a estar limpa após a condição experimental. Tal, pode basear-se simplesmente nas características culturais particulares, tanto do sexo masculino como feminino. As mulheres, em geral, culturalmente, estão mais dedicadas às tarefas de limpeza e não tanto os homens, como comprovado por alguns estudos sociológicos, que verificaram que os serviços de limpeza estão inevitavelmente unidos à condição de ser mulher (Nunes, 2014).

Ao nível do Desconforto, Limpeza e INC, homens e mulheres tem o mesmo padrão antes e depois da experiência. Curiosamente ao nível da tensão os homens não sofreram alterações enquanto as mulheres ficaram mais tensas depois da experiência. Isto pode estar relacionado com a tendência por parte das mulheres a sofrer maior nível de tensão/ *stress* que os homens, segundo um estudo sociológico realizado por Calais e Lipp (2003).

Observamos um aumento no sentimento de INC sentido pelos participantes juntamente com um aumento do Desconforto, Tensão e Mal-estar em ambos os géneros, estes resultados

apoiam as conclusões de Bellocq e colaboradores (2016) que afirmam que a medida que aumenta o sentimento de INC também aumenta as sensações NJR.

Uma vez que foi verificado um aumento do sentimento de INC após a indução da experiência NJR precisámos de saber em que medida esta dimensão conseguia prever as sensações NJR, como formulado no nosso quinto objetivo de investigação. Concluímos que o sentimento de INC explica em 7.1% a variância das experiências NJR o que faz ser esta uma relação fraca contrariamente a nossas expectativas uma vez que a INC sofreu um aumento nos participantes após a condição experimental. Isto sugere que outras variáveis podem estar a interferir neste aumento das sensações NJR. Se bem que a literatura anterior sugere que o sentimento de INC se apresenta subjacente às sensações NJR sentida em modalidades sensoriais (Coles, Heimberg, Frost & Steketee, 2005; Rosário et al., 2009; Summerfeldt, 2004). Inclusive de que as experiências NJR poderiam ser preditoras das compulsões que são realizadas para reduzir o sentimento de INC (Cogle, Goetz, Fitch, & Hawkins 2011).

Verificamos ainda, que as variáveis traço Obsessivo-Compulsivas, o Perfeccionismo, especificamente na Dúvida sobre as Ações (DA) e sintomas Depressivos conseguiram prever as sensações NJR.

A nossa investigação verificou igualmente que as sensações NJR não conseguiram influir o indivíduo antes (pré-teste) e/ou depois (pós-teste) da experiência. Isto confirma a ideia proposta por Summerfeldt e colaboradores (2014) que disseram que as sensações seriam respostas sensoriais pontuais a um sentimento subjacente de INC, e como respostas pontuais, não teriam a capacidade preditora, como poderia ter um sentimento ou estado mais complexo.

Foi também necessário apurar a existência de um efeito mediador da INC na relação entre o Perfeccionismo, nomeadamente na dimensão Dúvida sobre as Ações (DA), os traços Obsessivo-Compulsivos e as experiências NJR. Observamos que não existe um efeito mediador da INC entre o Perfeccionismo (DA) e as sensações NJR, existindo uma relação direta entre ambas variáveis. Verificamos ainda, que não existe mediação da INC entre os traços Obsessivo-Compulsivos e as experiências NJR, existindo também uma relação direta entre as duas variáveis.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES

A revisão teórica que tem sido feita até agora pelos investigadores para perceber a etiologia da POC e especificamente o comportamento das diferentes variáveis que intervém no seu desenvolvimento. O sentimento de INC e as experiências NJR surgem como novos conceitos que precisam de ser estudados. Os investigadores lançaram algumas questões: É o sentimento de INC um traço e as experiências NJR um estado mais passageiro no tempo? Qual é a relação entre o sentimento de INC e as experiências NJR?

O presente estudo teve como objetivo principal estudar a relação entre o sentimento de INC e as experiências NJR numa amostra não clínica.

De uma forma geral, os resultados obtidos são consistentes com os objetivos formulados. Podendo concluir que é possível induzir experiências NJR na população não-clínica. Existiram diferenças entre o antes e o depois da indução de experiências NJR através de uma tarefa tátil; pelo que podemos concluir que existiram níveis de Desconforto, Tensão/Mal-estar nos participantes após a manipulação experimental. Os resultados mostraram um aumento das Sensações NJR nos participantes do grupo experimental.

Os participantes também experienciaram níveis significativos na vontade de *Endireitar* a bata, a qual está fortemente relacionada com o sentimento de Desconforto e moderadamente com sentimentos de INC.

Finalmente, é importante considerar as limitações do nosso estudo. O reduzido tamanho da amostra e a heterogeneidade nas variáveis sexo (o grupo do sexo masculino foi menor que o grupo do sexo feminino) e idade poderá impedir a generalização dos resultados.

É de importância sublinhar que, ao longo das entrevistas, os participantes manifestaram alguma dificuldade na compreensão do significado da palavra “Incompletude”, já que repetidas vezes fomos questionados acerca do mesmo. Isto poderia ser uma limitação do nosso estudo, uma vez que o conceito de “Incompletude” é uma tradução do termo inglês *Incompleteness*, e talvez não seja o mais adequado para o idioma português.

São necessários mais estudos com outras palavras para descobrir qual seria a adequada à população portuguesa. Podem ser testadas outras palavras, como por exemplo “Inquietação” ou poderia fazer-se um *debriefing*, onde os participantes associaram à palavra Incompletude outra palavra em português mais adequada.

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

Na continuidade deste estudo, seria relevante aprofundar alguns resultados menos claros, nomeadamente, a relação entre os sentimentos de INC e as sensações de Limpeza.

Inclusivé, testar a influência de outros traços como por exemplo, a autoestima, a segurança, a autoconfiança e perceber como estes podem influir nas sensações *Not Just Right*.

Seria importante ampliar o estudo para outras modalidades sensoriais, por exemplo, olfativas e do paladar, onde possa ser verificado se também induzem sentimentos de contaminação. Outro fator que podia ter relevância para explicar os sentimentos de contaminação é o fato de que as experiências NJR foram realizadas em diferentes ambientes. Os investigadores deslocaram-se para diferentes espaços preparados para o efeito. Um único espaço, para onde os participantes se deslocariam, por exemplo uma única sala, com um ambiente limpo, paredes brancas e com mobiliário branco, seria uma variável que no futuro poderia ser controlada, para reduzir os sentimentos de contaminação.

Um estudo relevante seria a replicação desta investigação para validar as nossas conclusões.

Podem ter surgido neste trabalho, algumas variáveis parasitas como por exemplo que alguns instrumentos eram traduções do original e não instrumentos validados para a população portuguesa.

Como a investigação acerca da relação entre o sentimento de INC e as experiências NJR ainda é muito escassa, por tratar-se de um tema novo e ainda haver poucos estudos, parece importante continuar a pesquisa relativamente à influência que o sentimento de INC tem nos vários tipos de experiências NJR. A investigação poder-se-ia alargar para outras tarefas, diferentes das realizadas até agora.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramowitz, J., Fabricant, L., Taylor, S., Deacon, B., McKay, D., & Storch, E. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical Psychology Review*, 34(3), pp. 206-217.
- Anholt, G., & Kalanthroff, E. (2014). Do we need a cognitive theory for obsessive-compulsive Disorder?. *Clinical Neuropsychiatry*, 11(6)
- Associação Americana de Psiquiatria, (2013) *Guia de consulta dos critérios diagnósticos do DSM 5*. Arlington, VA: Associação Americana de Psiquiatria.
- Associação Americana de Psiquiatria, (2015), *Ajuda com o Trastorno Obsessivo-Compulsivo*. Recuperado de <http://www.psychiatry.org/patients-families/ocd>
- Avila, A. (2008). *Neurose Obsessiva e TOC: Um Diálogo entre Psicanálise e Psiquiatria*. [Monografia]. Retirado em 5 de Maio de 2016 de <http://www.repositorio.uniceub.br/handle/123456789/3017>
- Belloch, A., Fornés, G., Carrasco, A., López-Solá, C., Alonso, P., & Menchón, J. (2016). Incompleteness and not just right experiences in the explanation of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry research*, 236, pp.1-8.
- Calais, S. L., & Lipp, M. E. N. (2003). Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*, 87-90.
- Carmo, C., Brás, M., Batista, L., & Faísca, L. (2017). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación/e Avaliação Psicológica*.
- Coles, M., Frost, R., Heimberg, R., & Rhéaume, J. (2003). “Not just right experiences”: Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41, pp. 681-700.
- Coles, M., Frost, R. & Rhéaume, J. (2003). Versión para su uso en Español realizada por A Belloch y A Carrasco. *Universitat de València*, 41, 681-700.
- Coles, M., Heimberg, R., Frost, R., & Steketee, G. (2005). Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), pp.153-167.
- Cougle, J., Wolitzky-Taylor, K., Lee, H., & Telch, M. (2007). Mechanisms of change in ERP treatment of compulsive hand-washing: Does primary threat make a difference? *Behaviour Research and Therapy*, 45 (7), pp.1449-1459.
- Cougle, J., Goetz, A., Fitch, K., & Hawkins, K., (2011) Termination of washing compulsions: A problem of internal reference criteria or ‘not just right’ experience? *Journal of Anxiety Disorders* 25 pp.801- 805.
- Ecker, W. & Gönner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), pp.895-904

- Ferrão Y., Gedanke Shavitt, R., Prado, H., Fontenelle, L., Malavazzi, D., Mathis, M., Rosário, M., (2011) Sensory phenomena associated with repetitive behaviors in obsessive-compulsive disorder: An exploratory study of 1001 patients, *Psychiatry Research*, 197 (2012) pp. 253–258.
- Fitch, K., & Cogle, J. (2013). An evaluation of obsessive beliefs as predictors of performance on in vivo assessments of obsessive–compulsive symptoms. *Cognitive therapy and research*, 37(2), pp.207-220.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment*, 14(4), p.485.
- Ghisi, M., Chiri, L., Sanavio, E. Marchetti, I. & Sica, C., (2010). In search of specificity: “Not just right experiences” and obsessive–compulsive symptoms in non-clinical and clinical Italian individuals. *Journal of Anxiety Disorders* 24 (2010) pp.879–886.
- Haslam, N., Williams, B. J., Kyrios, M., McKay, D., & Taylor, S. (2005). Subtyping obsessive-compulsive disorder: A taxometric analysis. *Behavior Therapy*, 36(4), pp.381-391.
- Leckman, J., Walker, D., & Cohen, D. (1993). Premonitory urges in Tourette’s syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 150, pp.98–102.
- Leckman, J. F., Walker, D. E., Goodman, W. K., Pauls, D. L., & Cohen, D. J. (1994). “Just right” perceptions associated with compulsive behavior in Tourette’s syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 151, pp.675–680.
- Leckman, J., Denys, D., Simpson, H., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., Stein, D. (2010). Obsessive-compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, pp.507-527.
- Lee, J., Prado, H., Diniz, J., Borcato, S., da Silva, C., Hounie, A., & do Rosário, M. (2009). Perfectionism and sensory phenomena: phenotypic components of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry*, 50(5), pp.431-436.
- McKay, D. (2006). Treating disgust reactions in contamination-based obsessive–compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(1), pp.53-59.
- Miguel, E., Ferrão, Y., Rosário, M., Mathis, M., Torres, A., Fontenelle, L., & Petribú, K. (2008). The Brazilian Research Consortium on Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: recruitment, assessment instruments, methods for the development of multicenter collaborative studies and preliminary results. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(3), pp.185-196.
- Murray, C.& Lopez, A.(1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Geneva: Harvard University Press.
- Nunes, J. (2014). Dilemas identitários no mundo dos serviços: da invisibilidade à interação. *Sociologias*, 16(35).

- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), pp.863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory—Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43(11), pp.1527-1542.
- Olatunji, B., Lohr, J., Sawchuk, C., & Tolin, D. (2007). Multimodal assessment of disgust in contamination-related obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), pp.263–276.
- Olatunji, B., Williams, B., Haslam, N., Abramowitz, J. & Tolin, D. (2008). The latent structure of obsessive-compulsive symptoms: A taxometric study. *Depression and Anxiety*, 25(11), pp.956-968.
- Pais-Ribeiro J., Honrado A., Leal I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-39.
- Pelegrin, G. (2009). Ansiedade pré-competitiva: uma revisão. *Criciuma: UNESC*.
- Pietrefesa, A. & Coles, M. (2009). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive-compulsive disorder: behavioral validation for the separability of harm avoidance and incompleteness. *Behavior Therapy*, 40(3), pp. 251-259.
- Pitman, R. K. (1984). Janet's *Obsessions and Psychasthenia*: A synopsis. *Psychiatric Quarterly*, 56, pp.291-314.
- Rasmussen, S., Eisen, J., & Greenberg, B. (2013). Toward a neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder revisited. *Biological Psychiatry*, 73, pp.298-299. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.12.010>
- Redol, N., Rosa, M., Brites, M., & Baptista, D.(2007). Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Sintomatologia obsessivo-compulsiva e supressão de pensamentos: Estudo Comparativo. Seminário em Psicologia clínica e aconselhamento. O Portal dos Psicólogos. Retirado em 1 de Julho de 2016 de [http:// www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0102.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0102.pdf)
- Reuven, O., Liberman, N., & Dar, R. (2013). The effect of physical cleaning on threatened morality in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychological Science*, 2167702613485565.
- Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W., & Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), pp.53-63.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research And Therapy*, 26169-177. Doi: 10.1016/0005-7967(88)90116-7
- Salkovskis, P.(1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), pp. 571-583.

- Salkovskis, P. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, pp.29–52.
- Salkovskis, P., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, pp.347–372.
- Shafran, R., Watkins, E., & Charman, T. (1996). Guilt in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, pp.509–516.
- Sica, C., Caudek, C., Chiri, L., Ghisi, M., & Marchetti, I. (2012). “Not just right experiences” predict obsessive–compulsive symptoms in non-clinical Italian individuals: a one-year longitudinal study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(3), pp.159-167.
- Stigler, S. (2008). Fisher and the 5% level. *Chance*, 21(4), 12-12.
- Summerfeldt, L., Kloosterman, P., Antony, M. & Swinson, R. (2001). Cuestionario de dimensiones nucleares obsesivo compulsivas-rasgo. *Behavioral Psychology*, 21, 341-361.
- Summerfeldt, L., Antony & Swinson (2002). RP. Re: Bilsbury and others. More on the phenomenology of perfectionism-incompleteness. *Canadian Journal os Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*. Canada, 47,10,977-978, DEC. ISSN: 0706-7437.
- Summerfeldt, L. (2004). Understanding and Treating Incompleteness in Obsessive-Compulsive Disorder, *JCLP/In Session*, Vol. 60(11), 1155–1168 Published online in Wiley InterScience, doi: 10.1002/jclp.20080.
- Summerfeldt, L., Kloosterman, P., Antony, M., Richter, M., & Swinson, R. (2004). The relationship between miscellaneous symptoms and major symptom factors in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), pp.1453-1467.
- Summerfeldt, L., Kloosterman, P., Antony, M., & Swinson, R., (2014) Examining an Obsessive-Compulsive Core Dimensions Model: Structural Validity of Harm Avoidance and Incompleteness, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.01.003>.
- Summers, B., Fitch, K., & Cogle, J. (2014). Visual, tactile, and auditory “not just right” experiences: associations with obsessive-compulsive symptoms and perfectionism. *Behavior therapy*, 45(5), pp.678-689.
- Taylor, S., McKay, D., Crowe, K., Abramowitz, J., Conelea, C., Lula, J. & Sica, C., (2013) The Sense of Incompleteness as a Motivator of Obsessive-Compulsive Symptoms: An Empirical Analysis of Concepts and Correlates, *Behavior Therapy* (2013), doi: 10.1016/j.beth.2013.11.004.
- Torres, A. & Lima, M. (2005) Epidemiologia do transtorno obsesivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2005;27(3):237-42
- Torresan, R., de Abreu Ramos-Cerqueira, A., de Mathis, M., Diniz, J., Ferrão, Y., Miguel, E., & Torres, A. (2009). Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Comprehensive psychiatry*, 50(1), pp.63-69.

Van Oppen, P., Hoekstra, R., & Emmelkamp, P. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour research and therapy*, 33(1), pp.15-23.

Wahl, K., Salkovskis, P., & Cotter, I. (2008). 'I wash until it feels right': The phenomenology of stopping criteria in obsessive-compulsive washing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), pp.143-161.

ANEXOS

Anexo A - Consentimento Informado

Consentimento Informado

A aluna Patrícia Andrea Fernández Dillon e Nogueira Ferrão e Sara Maria Abreu Monteiro dos Santos Rosado, do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade do Algarve, encontra-se a realizar uma investigação no âmbito da Dissertação de Mestrado, sob a orientação da Prof.^a Doutora Antónia Ros e da Prof.^a Doutora Cláudia Carmo, que tem como objetivo, estudar como nos sentimos perante determinadas tarefas.

Neste estudo, poderão participar pessoas de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos, que voluntariamente se disponibilizem para o fazer. A investigação terá uma duração aproximada de 45 minutos.

Caso aceite participar, ser-lhe-á pedido que responda a um conjunto de questionários e que participe num estudo laboratorial.

A sua participação é importante e poderá contribuir para uma melhor compreensão dos mecanismos envolvidos no desenvolvimento e na manutenção de alguns sintomas psicológicos.

O investigador compromete-se a respeitar os procedimentos éticos e a garantir a total confidencialidade dos dados inerentes do estudo.

Os dados resultantes da sua participação serão utilizados apenas com fins científicos.

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 e preencher os questionários que se seguem.

Data: ____/____/____

Anexo B - Questionário de Dados Sociodemográficos

Ficha de Dados Sociodemográficos

Dados Pessoais

1. Idade: ____ anos
2. Género: Feminino Masculino
3. Naturalidade _____ Nacionalidade: _____
4. Local de Residência (indique apenas o concelho): _____
5. Estado Civil:
Solteiro Casado/ União de Facto Divorciado Viúvo
6. Habilitações Literárias (anos de escolaridade): _____
7. Profissão: _____
8. Situação Profissional: _____

Saúde Mental

1. Alguma vez lhe foi diagnosticada uma Doença Mental por um profissional de saúde?
Sim Qual ? _____
Não
2. Alguma vez realizou tratamento psicológico/ psiquiátrico ?
Sim Há quanto tempo ? _____
Não
3. Tem algum familiar a quem já lhe tenha sido diagnosticado uma Doença Mental ?
Sim Qual ? _____
Há quanto tempo ? _____
Grau de Parentesco ? _____
Não

Anexo C-Escala Pré-teste

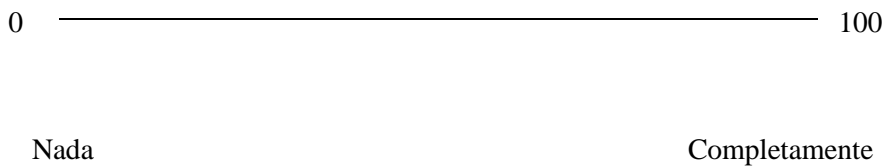
A

Gostaríamos que indicasse como se sente **neste momento**. Leia as seguintes afirmações e faça uma cruz no ponto da linha que melhor representa como se sente.

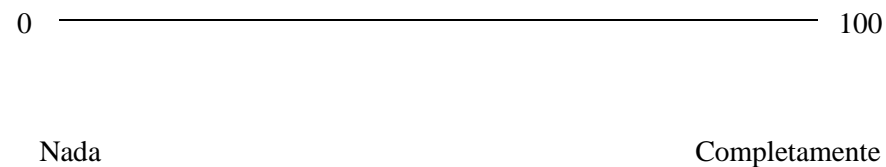
1. Em que medida se sente **neste momento** desconfortável ?



2. Em que medida se sente **neste momento** tenso?



3. Em que medida se sente **neste momento** incompleto ?



4. Em que medida se sente limpo **neste momento** ?



Anexo D - Escala Pós-teste

B

Gostaríamos que indicasse como se sente **neste momento**. Leia as seguintes afirmações e faça uma cruz no ponto da linha que melhor representa como se sente.

1. Como classifica a sua vontade de endireitar a bata ?

0 _____ 100

Nada

Completamente

2. Em que medida se sente **neste momento** desconfortável ?

0 _____ 100

Nada

Completamente

3. Em que medida se sente **neste momento** tenso?

0 _____ 100

Nada

Completamente

4. Em que medida se sente **neste momento** incompleto ?

0 _____ 100

Nada

Completamente

5. Em que medida se sente limpo **neste momento** ?

0 _____ 100

Nada

Completamente

Anexo E - Entrevista Final

Entrevista Final

Após a sua participação nesta investigação, gostaríamos que indicasse como se sente **neste momento**.
Leia as seguintes afirmações e faça uma cruz no ponto da linha que melhor representa como se sentiu.

1. As instruções que me foram dadas foram claras.

0 _____ 100
Nada Completamente

2. Vestir a bata fez-me sentir confortável.

0 _____ 100
Nada Completamente

3. Vestir a bata fez-me sentir agitado.

0 _____ 100
Nada Completamente

4. Vestir a bata fez-me sentir ansioso.

0 _____ 100
Nada Completamente

5. Vestir a bata fez-me sentir sujo.

0 _____ 100
Nada Completamente

*Anexo F - Not Just Right Experiences-Questionnaire-
Revised (NJRE-Q-R; Coles et al., 2003).*

NJRE

Not-Just-Right-Experiences–Sensation Questionnaire

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

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

Exemplos do que SÃO experiências NCC

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

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

ACONTECEU-LHE ISTO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

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

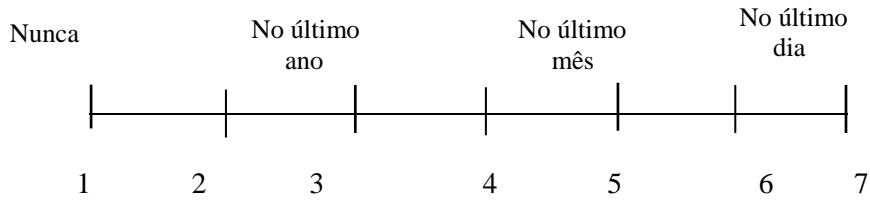
11. A experiência **NCC da lista** anterior que me aconteceu mais recentemente foi a seguinte: _____

12. A última vez que me aconteceu foi:

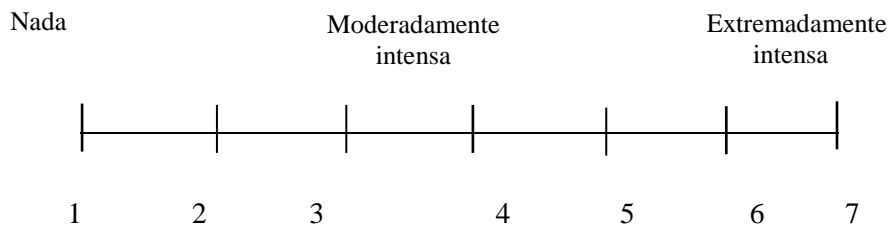
1	Há umas horas.
2	Há um dia.
3	Há uma semana.
4	Há um mês.

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

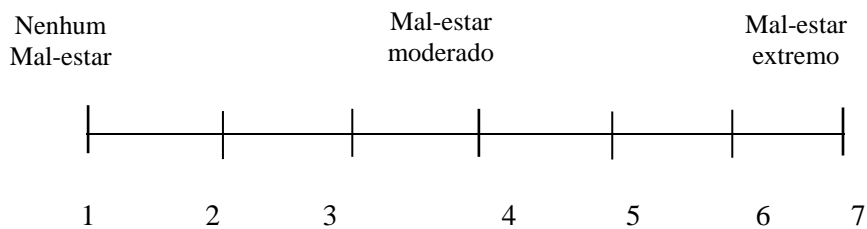
13. Com que **frequência** experimentou essa experiência?



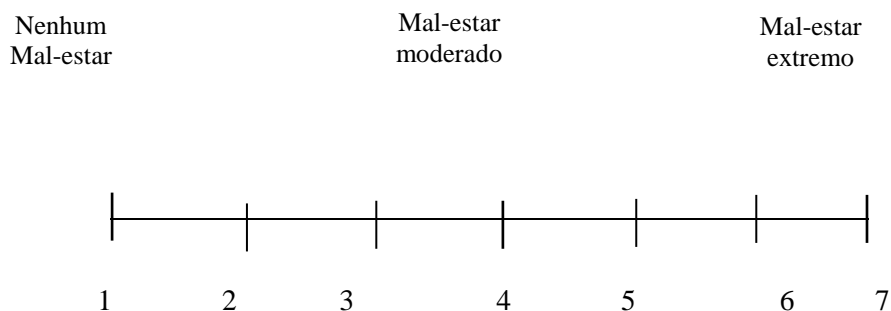
14. Qual foi a **intensidade** dessa experiência NCC?



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



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



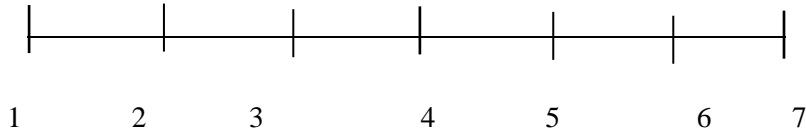
Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

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

Nenhuma
dificuldade

Dificuldade
moderada

Dificuldade

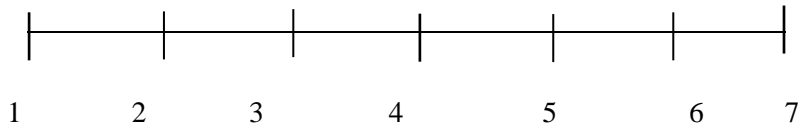


18. Em que medida sentiu **necessidade** de fazer algo para remediar esta experiência?

Nenhum
impulso para
fazer algo

Impulso
moderado para
fazer algo

Impulso
extremo para
fazer algo

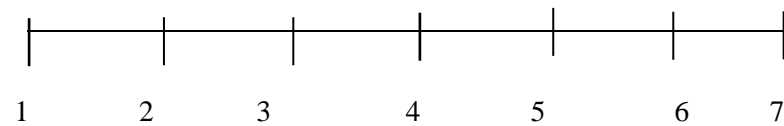


19. Em que medida sentiu que era **responsável por** fazer algo para remediar essa experiência?

Nada
responsável

Moderadamente
responsável

Extremadamente
responsável



*Anexo G - Obsessive-Compulsive Trait Core
Dimensions Questionnaire (OC-TCDQ; Summerfeldt et
al., 2001).*

QUESTIONÁRIO OC-TCDO

Por favor, leia cada uma das frases, e decida até que ponto expressam como pensa, sente e age HABITUALMENTE. Faça um **círculo** à volta da alternativa que melhor se adequa a si. Não pense demasiado nas repostas. Não há respostas corretas ou incorretas, certas ou erradas. Verifique se não deixou nenhuma frase por responder.

1	Fico apreensivo/a, como se algo mau pudesse acontecer ou tivesse já acontecido.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
2	Sinto que devo fazer as coisas de uma determinada maneira, embora me custe explicar por palavras essa maneira.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
3	Embora seja muito improvável que me aconteça algo que possa provocar danos, sinto necessidade de preveni-lo a qualquer custo.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
4	Incomoda-me a sensação de que as coisas são imperfeitas, (por exemplo, os meus pertences, ideias, ou tarefas que há que fazer).	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
5	Há coisas que temo que possam acontecer se não tomo certas medidas para as prevenir.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
6	Se não faço as coisas de uma determinada forma não me sinto bem.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
7	Tenho a sensação de que as coisas são mais ameaçadoras para mim que para as outras pessoas.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
8	Sinto-me forçado/a a repetir ou prolongar atividades ou tarefas até achar que estão completamente bem, ou completamente corretas.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
9	Há coisas concretas à minha volta, que poderiam magoar-me ou magoar as pessoas que são importantes para mim.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
10	As atividades rotineiras ocupam-me mais tempo do que deveriam, porque não me parece que estejam perfeitamente acabadas	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
11	Há algumas consequências que me assustam mais do que à maioria das pessoas.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
12	Perco muito tempo a tentar que as coisas fiquem “completamente corretas”.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

13	Parece que ando à procura dos perigos das situações.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
14	Não existe nada como a sensação que tenho quando por fim completo algo de forma satisfatória.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
15	Tenho medos que gostaria de ignorar, mas não consigo.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
16	Sou muito picuinhas acerca do aspeto ou aparência que as coisas devem ter, ou como se devem fazer.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
17	Não posso evitar pensar nas coisas más que poderiam acontecer.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
18	Demoro muito tempo até me sentir seguro/a acerca de certas coisas.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
19	Há situações e coisas que me causam tanto medo que gostaria de poder evitá-las completamente.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
20	Sei que fiz algo bem, quando tenho uma determinada sensação interior.	Nunca	Rara vez	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

POR FAVOR, VERIFIQUE SE COMPLETOU TODO O QUESTIONARIO

MUITO OBRIGADO!

*Anexo H- Obsessive-Compulsive Inventory-Revised
(OCI-R; Foa et al., 2002).*

OCI-R

As seguintes afirmações referem-se a experiências que muitas pessoas têm diariamente. **Circule** o número que melhor descreve o **QUANTO** essa experiência o tem **ANGUSTIADO** ou **INCOMODADO** durante o **ÚLTIMO MÊS**. Os números referem-se às seguintes etiquetas verbais:

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

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

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

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

***Anexo I - Frost Multidimensional Perfectionism Scale
(MPS-F; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990).***

MPS- F

De seguida, vai encontrar uma lista de características ou traços pessoais, com os quais se pode sentir, ou não, identificado. Centre-se na sua própria experiência e indique o grau de concordância ou discordância, relativamente a cada um dos comportamentos em questão. Utilize a escala que lhe é apresentada de seguida e assinale, com um **círculo** o número que melhor corresponde ao seu grau de **acordo** ou **desacordo**, relativamente a cada uma das afirmações.

1	2	3	4	5
Discordo completamente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo completamente

1. Os meus pais estabeleciam padrões muito elevados para mim.	1	2	3	4	5
2. A organização é muito importante para mim.	1	2	3	4	5
3. Quando era criança, era punido quando não fazia as coisas de forma perfeita.	1	2	3	4	5
4. Se eu não estabelecer os padrões mais elevados para mim, provavelmente acabarei como uma pessoa de segunda categoria.	1	2	3	4	5
5. Os meus pais nunca tentaram compreender os meus erros.	1	2	3	4	5
6. É muito importante para mim ser muito competente em tudo o que faço.	1	2	3	4	5
7. Sou uma pessoa arrumada.	1	2	3	4	5
8. Tento ser uma pessoa organizada.	1	2	3	4	5
9. Se falhar no meu trabalho/na escola, falho enquanto pessoa.	1	2	3	4	5
10. Devo ficar preocupado, se cometer um erro.	1	2	3	4	5
11. Os meus pais queriam que eu fosse o melhor em tudo.	1	2	3	4	5
12. Eu estabeleço objetivos mais elevados para mim, do que a maioria das pessoas.	1	2	3	4	5

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

13. Se alguém desempenha uma tarefa no trabalho/escola melhor do que eu, sinto que falhei totalmente nessa tarefa.	1	2	3	4	5
14. Se eu falho parcialmente, isso é tão mau como falhar por completo.	1	2	3	4	5
15. Só o desempenho excepcional é suficientemente bom para a minha família.	1	2	3	4	5
16. Sou muito bom a mobilizar os meus esforços para alcançar um objetivo.	1	2	3	4	5
17. Mesmo quando faço alguma coisa muito cuidadosamente, sinto com frequência que não a fiz suficientemente bem.	1	2	3	4	5
18. Detesto não ser o melhor nas coisas que faço.	1	2	3	4	5
19. Tenho objetivos extremamente elevados.	1	2	3	4	5
20. Os meus pais esperavam um nível de excelência de mim.	1	2	3	4	5
21. Provavelmente, as pessoas pensarão pior de mim, se eu cometer um erro.	1	2	3	4	5
22. Nunca sentia ser capaz de atingir as expectativas dos meus pais.	1	2	3	4	5
23. Se eu não fizer tão bem como as outras pessoas, isso significa que eu sou um ser humano inferior.	1	2	3	4	5
24. As outras pessoas parecem aceitar padrões mais baixos de si próprias do que eu.	1	2	3	4	5
25. Se eu não fizer sempre tudo bem, as pessoas não me respeitarão.	1	2	3	4	5
26. Os meus pais sempre tiveram expectativas mais elevadas para o meu futuro do que eu próprio.	1	2	3	4	5
27. Procuro ser uma pessoa arrumada.	1	2	3	4	5
28. Habitualmente tenho dúvidas acerca das coisas simples que faço no dia-a-dia.	1	2	3	4	5
29. A arrumação é muito importante para mim.	1	2	3	4	5
30. Espero um melhor desempenho nas minhas tarefas diárias do que a maioria das pessoas.	1	2	3	4	5
31. Sou uma pessoa organizada.	1	2	3	4	5
32. Tenho tendência a ficar para trás no meu trabalho porque repito as coisas, uma e outra vez.	1	2	3	4	5
33. Demoro muito tempo a fazer qualquer coisa “bem-feita”.	1	2	3	4	5
34. Quanto menos erros cometer, mais pessoas gostarão de mim.	1	2	3	4	5
35. Nunca senti que podia atingir os padrões dos meus pais.	1	2	3	4	5

***Anexo J- Depression Anxiety Stress Scales-21 Item
Version (DASS-21; Henry & Crawford, 2005).***

EADS-21

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale com um **círculo** o número que melhor indica em que medida cada uma das afirmações que seguem se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

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

1.	Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2.	Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3.	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4.	Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5.	Tive dificuldade em tornar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6.	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7.	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8.	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9.	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10.	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11.	Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12.	Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13.	Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14.	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15.	Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16.	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17.	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18.	Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3

Estudo da relação entre a incompletude e a indução de experiências *Not Just Right*.

19.	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20.	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21.	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO