

# ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE A INCOMPLETUDE E A INDUÇÃO DE EXPERIÊNCIAS “NOT JUST RIGHT”

## STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN INCOMPLETENESS AND THE INDUCTION OF EXPERIENCES NOT JUST RIGHT

Ferrão, P.<sup>1</sup>, Ros, A.<sup>2</sup>, & Carmo, C.<sup>3</sup>

PSIQUE • E-ISSN 2183-4806 • VOLUME XVII • ISSUE FASCÍCULO 1  
1<sup>ST</sup> JANUARY JANEIRO - 30<sup>TH</sup> JUNE JUNHO 2021 • PP. 52-73

DOI: <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.NT.2>

Submitted on 18.04.21 Submetido a 18.04.21

Accept on 12.06.21 Aceite a 12.06.21

### Resumo

Esta investigação teve como objetivo principal estudar a relação entre os sentimentos de incompletude (INC) e a indução de experiências *Not Just Right* (NJR) numa amostra não-clínica ( $N = 74$ ). Os participantes preencheram um protocolo para avaliar sintomas Obsessivo-Compulsivos e experiências NJR, sintomas Depressivos, de Ansiedade e de Stresse, de modo a excluir indivíduos com psicopatologia. Foram avaliados os níveis de Perfeccionismo com o propósito de averiguar se este traço de personalidade influencia as experiências NJR. Seguidamente, foi aplicado um pré-teste, onde classificavam o nível de desconforto, tensão/mal-estar e sentimentos de INC sentidos antes da experiência. Posteriormente, foram expostos a uma tarefa tátil onde era induzida uma experiência NJR. Finalmente completavam um pós-teste classificando as variáveis medidas no pré-teste após a experiência.

Verificou-se uma associação positiva significativa, embora fraca, entre os sintomas Obsessivo-Compulsivos, o Perfeccionismo, os sentimentos de INC e as sensações NJR e valores médios mais elevados nas subescalas de Perfeccionismo Padrões Pessoais (PP) e Organização (O). Na escala de sintomas traço Obsessivos-Compulsivos (OC-TCDO), a dimensão INC foi a que apresentou valores médios mais elevados.

Observou-se um aumento do Desconforto, da Tensão e da INC após a tarefa. Verificou-se que as sensações NJR são frequentes na população não-clínica e que podem ser induzidas experimentalmente.

Em suma, os resultados sugerem que o sentimento de INC é um traço subjacente às sensações NJR. Parece pertinente alargar o estudo do INC e do NJR a outro tipo de tarefas sensoriais.

---

1 Universidade do Algarve. Faro, Portugal. Email: [patricianogueiraferrao@gmail.com](mailto:patricianogueiraferrao@gmail.com)

2 Centro de Investigação em Psicologia (CIP-UAL), Universidade do Algarve. Faro, Portugal. Email: [aros@ualg.pt](mailto:aros@ualg.pt)

3 Centro de Investigação em Psicologia (CIP-UAL), Universidade do Algarve. Faro, Portugal. Email: [cgcarmo@ualg.pt](mailto:cgcarmo@ualg.pt)

**Autor para Correspondência:** Patrícia Nogueira Ferrão, Universidade do Algarve (Portugal); Campus de Gambelas, 8005-139 Faro, Portugal, email: [patricianogueiraferrao@gmail.com](mailto:patricianogueiraferrao@gmail.com)

**Palavras-chave:** perturbação obsessivo-compulsiva, incompletude, experiências *not just right*; tarefas *in vivo*, experiências sensoriais

### Abstract

This investigation aimed to study the relationship between feelings of incompleteness (INC) and the induction of Not Just Right (NJR) experiences in a non-clinical sample (N = 74). A protocol was applied to the participants to assess Obsessive-Compulsive symptoms and NJR experiences, Depressive Anxiety and Stress symptoms, in order to rule out clinical psychopathology. Perfectionism was also assessed in order to explore whether this trait influences NJR experiences. Then, a pre-test was applied, where they classified the level of discomfort, tension / malaise and feelings of INC felt before the experience. Subsequently, they were exposed to a tactile task where an NJR experience was induced. Finally, they completed a post-test by classifying the experience as variables measured in the pre-test.

There was a decreased positive association, although weak, between Obsessive-Compulsive symptoms, Perfectionism, feelings of INC and NJR sensations and higher mean values in the Personal Standards (PP) and Organization (O) subscales. On the Obsessive-Compulsive trait symptom scale (OC-TCDO), an INC dimension was the one with the highest mean values.

Watch for an increase in Discomfort, Tension and INC after the task. It was found that NJR sensations are frequent in the non-clinical population and that they can be induced experimentally.

In short, the results obtained that the feeling of INC is an underlying trait to the NJR sensations. It seems pertinent to the study of the INC and NJR to the other types of sensory tasks.

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder, incompleteness, not just right experiments, *in vivo* tasks, sensory experiences

### Introdução

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) atinge atualmente um grande número de pessoas. A última versão do *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5) (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2013), indicou uma prevalência da POC na população mundial entre o 1,1 a 1,8% no período de 12 meses. A POC foi classificada pela Organização Mundial da Saúde (2000) em segundo lugar, como causa de suicídios, na lista Perturbações de Ansiedade (Marques, 2015). Em Portugal é a terceira perturbação psiquiátrica mais frequente representando cerca de 4,4% da população analisada no Estudo Epidemiológico realizado pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa (Cardoso, 2013).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2013) esta perturbação caracteriza-se pela presença de obsessões, definidas como pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes, que são experimentadas de forma intrusiva e indesejada. 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. 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 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 (APA, 2013).

Indivíduos com POC parecem manifestar uma menor qualidade de vida física, psicológica e social (Vasudev et al., 2015), apresentando frequentemente comorbidade com sintomatologia depressiva, ansiogénica e stresse (Hou et al., 2010). Num estudo mais recente de Bellocoq et al., (2016), observaram que existem associações entre as experiências NJR e traços perfeccionistas quer numa amostra não clínica quer numa amostra clínica de doentes com POC.

Existem vários modelos explicativos que procuram estudar a POC. O Modelo Cibernético da POC proposto por Pitman (1987) descreve o indivíduo como portador de um termostato, no qual são comparados internamente sinais percetuais e referenciais. Segundo esta teoria, os pacientes com POC apresentariam uma falha neste termostato, manifestando constantemente sinais de erro, sensações que o indivíduo tenta acalmar com os comportamentos ritualizados (Avila, 2008).

A abordagem cognitiva sugere que indivíduos com POC tendem a avaliar os seus pensamentos de acordo com um sentido acrescido de responsabilidade pessoal (Salkovskis et al., 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 perspetivas comportamentais propõem a aprendizagem e o condicionamento como bases da POC (Sica et al., 2012) ou como explicado por Rachman (2014), que as obsessões são recorrentes nos indivíduos pela interpretação errada do significado das intrusões, fazendo que seja perpetuado o desenvolvimento e manutenção da perturbação Obsessivo-compulsiva. Clark e Inozu (2014), referem a existência de um contínuo entre as intrusões indesejadas de tipo obsessivo e as obsessões clínicas, que caracterizam a perturbação obsessivo-compulsiva.

Vários investigadores consideram existir a possibilidade da POC se tratar de uma doença heterogénea, uma vez que apresenta diferentes manifestações com diversas etiologias (Miguel et al., 2008). Em relação à etiologia, alguns autores consideram os sentimentos de fuga, o evitamento do nojo e a culpa como sendo impulsionadores da POC (Cogle et al., 2007; Ecker, 2008; McKay, 2006; 2007; Olatunji et al., 2007; Shafran et al., 1996). Existem autores que relacionam a POC com sentimentos de contaminação, nomeadamente, cognições de nojo e imoralidade (Caughtery et al., 2012; Ecker & Gonner 2008; Reuven et al., 2013). Aqueles autores acreditam, também que a POC tem uma base motivacional, que promove comportamentos de simetria e de ordenação, preditores de sentimentos de INC.

Na necessidade de encontrar a etiologia subjacente para algumas manifestações da POC há autores que consideram a dimensão Evitamento de dano (ED) relevante para explicar os sintomas POC. Esta dimensão foi definida por Ecker e Gonner (2008), Summerfeldt (2004) e Summerfeldt et al., (2004) como sendo uma apreensão ansiosa e um evitamento exagerado de um possível dano.

Taylor et al., (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.

Porém se o ED por si só não explica o desenvolvimento de sintomas POC, alguns autores consideram que o ED em combinação com a INC, podem estar presentes na maioria das manifestações da POC e ambas são consideradas dimensões fundamentais motivacionais da POC (Belloq et al., 2016; Ecker, 2008; Pietrafesa & Coles 2009; Summerfeldt et al., 2004; Taylor et al., 2013). 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 obsessionset 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). Alguns autores (Miguel et al., 2000) referem que os sentimentos de INC são reflexo da necessidade que o indivíduo sente que as coisas estejam “certas”. Summerfeldt et al., (2001), consideraram a INC como uma desregulação sensório-afetiva básica, subjacente ao fenómeno obsessivo compulsivo tanto clínico como não clínico. Summerfeldt et al., (2004) sustentam que a INC é uma sensação perturbadora e irremediável de que as ações ou experiências não são “corretas”. Mais recentemente, Taylor et al., (2013), definem a INC como a sensação ou sentimento de que as ações, intenções ou experiências não foram devidamente alcançadas.

Summerfeldt et al., (2004) 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. Um novo conceito surge assim para os investigadores, as experiências NJR, definidas como sensações corporais, desejos mentais e sensações de tensão interna.

Coles et al., (2005) diferenciam os conceitos de INC e experiências NJR. Os autores consideram a INC como uma disposição relativamente estável, como um traço, que prediz diferenças individuais e as experiências NJR como um estado desencadeado por momentos pontuais, na forma de fenómenos sensoriais. Ferrão et al., (2011) observaram que as experiências NJR são um fenómeno comum em pacientes 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 et al. (2011), descrevem as experiências NJR como sendo preditoras das compulsões que são realizadas para reduzir sentimentos de INC.

As experiências NJR têm sido avaliadas através de medidas de autorrelato (Leckman et al., 1994). Alguns autores consideraram necessário a realização de estudos comportamentais para induzir as experiências NJR, de forma a compreender melhor esta dimensão. Neste âmbito, os fenómenos sensoriais NJR são avaliados através de tarefas *in vivo*, em ambientes controlados (Coles et al., 2005; Cogle et al., 2011; Fitch & Cogle, 2013; Summers et al., 2014).

Summers et al., (2014), induziram as experiências NJR *in vivo* em 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). Os autores, observaram uma relação entre as experiências NJR, o desconforto gerado e a necessidade de contrariar os estímulos. Corroborando resultados anteriores, Lee et al., (2009) e Summerfeldt (2004) concluíram que as experiências NJR surgem na sintomatologia da POC como fenómenos sensoriais.

O presente estudo é baseado na linha de investigação de Summers et al., (2014). Pretende-se compreender, através de uma tarefa tátil, de que forma a indução de experiências NJR se relaciona com sentimentos de INC e de que forma se refletem nos comportamentos dos sujeitos.

A literatura sustenta a hipótese de que as experiências NJR atuam como sintoma de um traço de INC mais alargado. Contudo, os estudos nesta área são escassos e contraditórios. Neste âmbito, pretendeu-se, no presente estudo, avaliar a relação entre a INC e as experiências NJR, de modo a contribuir para um melhor conhecimento desta temática. Procurou-se induzir uma experiência NJR, em indivíduos saudáveis, de forma a conseguir esclarecer como se relacionam as experiências sensoriais NJR e os sentimentos de INC.

## 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.

## Método

### Participantes

A amostra inicial foi composta 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 sido diagnosticado com doença mental por um profissional de saúde, 7.5% declarou que *sim*, mencionando, Depressão (5%) e Perturbação Obsessiva Compulsiva (2.5%).

A grande maioria dos sujeitos referiu nunca ter realizado tratamento psicológico/psiquiátrico (82.5%), e apenas (12.5%) assinalou ter realizado tratamento há menos de cinco 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

foi 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 era natural do Algarve (47.3%), 14.9%, era natural de Lisboa e apenas 5.4% era natural do distrito de Coimbra e da região centro do país.

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

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 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.

### **Instrumentos**

No âmbito deste trabalho foi utilizada, uma tradução e retroversão para a língua portuguesa dos instrumentos que não possuem versões adaptadas para a nossa população. Fez-se primeiro a tradução do documento para o idioma português e posteriormente a retroversão da versão traduzida para o idioma original a fim de detetar incorreções interpretativas do idioma que eventualmente pudessem surgir.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

#### **Questionário de Dados Sociodemográficos**

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.

#### **Questionário Revisto de Experiências Not Just Right (NJRE-Q-R; Coles et al., 2003)**

Foi utilizada uma tradução e retroversão deste instrumento 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 sete pontos, de 1 (nenhum) a 7 (extremo).

Os primeiros 10 itens que medem as sensações *Not Just Right* da amostra demonstraram boa consistência interna ( $\alpha = .79$ ); 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, Frost, Heimberg & Rhéaume, 2003; Coles et al., 2005).

No presente estudo, para os 10 primeiros itens, a escala apresentou uma boa consistência interna (alfa de Cronbach)  $\alpha = .80$ .

### **Questionário de Dimensões Núcleo Traço Obsessivo Compulsivo (OC-TCDQ; Summerfeldt et al., 2001)**

Para este estudo, foi utilizada uma tradução e retroversão 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” A subescala Evitamento de dano inclui perguntas como: “Embora seja muito improvável que me aconteça algo que possa provocar danos, sinto necessidade de preveni-lo a qualquer custo”.

Cada item é classificado numa escala de cinco 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  $\alpha = .91$ ) e não-clínicas (INC  $\alpha = .88$ ; Evitamento de dano  $\alpha = .89$ ), (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  $\alpha = .84$ ).

### **Inventário Obsessivo Compulsivo – Revisto (OCI-R; Foa et al., 2002)**

Foi feita para este estudo, uma tradução e retroversão deste instrumento, para a língua portuguesa. O OCI-R é constituído por 18 itens que avaliam a presença de seis grupos de sintomas primários de POC (e.g., verificação, lavagem, ordenação, acumulação, obsessão, neutralização). Cada grupo é composto por três 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 quatro pontos, 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 ( $\alpha = .83$ ), convergente e uma validade discriminante (Summers et al., 2014).

Para o nosso estudo o OCIR-R demonstrou uma boa consistência interna (alfa de Cronbach,  $\alpha = .88$ ).

### **Escala Multidimensional de Perfeccionismo Frost (MPS-F; Frost et al., 1990)**

A Escala Multidimensional de Perfeccionismo, é uma versão portuguesa de Carmo, Brás, Batista e Faisca, (2017). Cada item é classificado numa escala de cinco pontos, que varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Os 35 itens agrupam-se em seis subescalas: Padrões Pessoais (PP), (e.g., “É muito importante para mim ser muito competente em tudo o que faço”); Dúvidas sobre as Ações (DA), (e.g., “Habitualmente tenho dúvidas acerca das coisas simples que faço no dia-a-dia”); Preocupação com os Erros (PE), (e.g., “Se falhar no meu trabalho/escola, falho enquanto pessoa”); Expetativas Parentais (EP), (e.g., “Os meus pais estabeleceram padrões muito elevados para mim”); Críticas Parentais (CP), (e.g., “Quando era criança era punido quando não fazia as coisas de forma perfeita”); e por último, a dimensão Organização (O), (e.g., “A organização é muito importante para mim”).

No estudo original, a pontuação total da escala, assim como as diferentes subescalas demonstraram uma adequada consistência interna: 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 et al., 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)  $\alpha = .90$ .

### **Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse – Versão 21 Itens – (DASS-21; Henry & Crawford, 2005)**

O DASS-21 versão portuguesa Pais-Ribeiro et al., (2004) é uma versão resumida do original de 42-itens de DASS (Lovibond & Lovibond, 1995). Os participantes avaliam quanto cada um dos itens se aplicou a eles durante a última semana, numa escala de três 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 sete itens cada: depressão, (e.g., “Não consegui sentir nenhum sentimento positivo”); stresse, (e.g., “Dei por mim a ficar agitado”); e ansiedade, (e.g., “Senti dificuldades em respirar”).

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

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,  $\alpha = .81$ ), Stresse (7 itens,  $\alpha = .87$ ).

### **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, (e.g. “Em que medida se sente em este momento desconfortável/tenso/incompleto?”, “Em que medida se sente limpo neste momento?”) sendo que no Pós-teste adicionou-se uma pergunta para medir a variável *Endireitar* (a bata) (e.g. “Como classifica a sua vontade de Endireitar a bata?”).

### **Entrevista Final**

Na entrevista final, utilizou-se uma escala intervalar de 0 a 100 para medir as variáveis, Clareza das Instruções (e.g. “As instruções que me foram dadas foram claras”). Também procurou-se obter um *feedback* em relação as variáveis Desconforto; Agitação; Ansiedade; Sujidade (e.g. “Vestir a bata fez-me sentir desconfortável/agitado/ansioso/sujo”); Vontade de despir (e.g. “Enquanto estive com a bata vestida senti vontade da despir”); Mal-estar (e.g. “O facto da bata não ser minha, fez-me confusão e causou-me mal-estar”) e Atenção aos comportamentos futuros (e.g. “Depois de ter participado nesta investigação sinto-me mais atento aos meus comportamentos”).

### **Procedimento de Recolha de Dados**

Foi entregue a cada participante um consentimento informado e um protocolo que inclui um questionário de caracterização sociodemográfica e psicopatológica. Posteriormente à recolha destas informações seguiu-se um conjunto de provas com o objetivo de caracterizar a amostra

quando a sintomas psicopatológicos. 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 tarefa.

Foi escolhida uma tarefa tátil (vestir uma bata de forma assimétrica e arregaçar uma manga até ao cotovelo) considerando que: (1) é uma tarefa fácil de ser implementada em termos de logística (a bata é fácil de adquirir e de transportar); (2) 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, onde provavelmente os resultados seriam mais subjetivos, e por fim; (3) a bata sendo um elemento de vestuário que está em contacto direto com o corpo considerou-se que poderia despoletar maiores níveis de desconforto.

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 dos seus comportamentos durante a experiência.

A recolha de dados foi realizada em vários momentos que serão apresentados de forma esquemática na Tabela 1.

**TABELA 1**

*Representação gráfica do procedimento de recolha de dados*

<b>Grupo Experimental</b>		<b>Aplicação do Protocolo de Resposta:</b>	<b>Manipulação Experimental:</b>	
(N = 74)	Consentimento Informado	Questionário de dados sociodemográficos, NJRE-Q-R; DASS-21; MPS-F; OC-TCDQ; OCIR Questionário Pré-teste	Indução de sensações NJR 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.*

No 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.

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.

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.

### **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.

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*.

## Resultados

### Análises descritivas das variáveis em estudo

Na Tabela 2, encontramos análise das diferenças de médias e magnitude de efeito, nas Dimensões de sintomas Depressivos, Ansiedade e Stresse.

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 na dimensão Stresse ( $M = 0.84$ ;  $DP = 0.60$ ) numa escala que varia entre 0 e 3 pontos.

**TABELA 2**

*Média, Desvio-padrão e Diferença entre sexos nas Dimensões de sintomas Depressivos, Ansiedade e Stresse*

	<b>Amostra Total (N = 74)</b>	<b>Sexo Masculino (N = 25)</b>	<b>Sexo Feminino (N = 49)</b>			
	<b>Média (DP)</b>			<b>d de Cohen</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>DASS-21</b>						
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
Stresse	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. \*  $p < .05$*

Utilizou-se o Teste Mann Whitney para avaliar diferenças entre géneros, sendo que não se registaram diferenças significativas nos níveis de Stresse, 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*

	<b>Amostra Total (N = 74)</b>	<b>Sexo Masculino (N = 25)</b>	<b>Sexo Feminino (N = 49)</b>			
<b>Subescalas</b>	<b>Média (DP)</b>			<b>d de Cohen</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>MPS-F</b>						
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 et. al.,(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*

	<b>Amostra Total (N= 74)</b>	<b>Sexo Masculino (N= 25)</b>	<b>Sexo Feminino (N= 49)</b>			
		<b>Média (DP)</b>		<b>d de Cohen</b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>OCIR-R</b>						
POC	0.83 (0.56)	0.83 (0.53)	0.83 (0.58)	0	600	.891
<b>OC-TCDQ</b>						
INC	2.70 (0.74)	2.67 (0.60)	2.71 (0.80)	-0.06	610	.982
ED	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
<b>NJRE-Q-R</b>	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 dez 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 cinco pontos.

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

### **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*

	<b>M antes (DP)</b>	<b>M depois (DP)</b>	<b>d de Cohen</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
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 diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação nas seguintes variáveis: Desconforto ( $t_{(73)} = -4.224$ ,  $p = .000$ ), Tensão ( $t_{(73)} = -2.762$ ,  $p = .007$ ) e INC ( $t_{(73)} = -2.247$ ,  $p = .028$ ). O Desconforto, a Tensão e os sentimentos de INC aumentam após a experiência. De salientar a reduzida magnitude para as variáveis Tensão ( $d$  de Cohen = -0.251) e INC ( $d$  de Cohen = -0.259) e magnitude média para o Desconforto ( $d$  de Cohen = -0.58). Os valores da variável sensação de Limpeza não apresentaram diferenças significativas no momento antes e depois da manipulação experimental. Verificou-se ainda que existem diferenças significativas em algumas das variáveis (Desconforto, Tensão e INC) entre sexos antes e depois da experiência exceto na variável Limpeza. As mulheres apresentam uma menor sensação de Limpeza depois da experiência.

Em relação às diferenças de médias obtidas para cada um dos géneros pré e pós-teste, 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 ( $p = .028$ ).

### **Análise da relação entre Desconforto, Tensão, Incompletude e Limpeza e Vontade de endireitar a bata**

A Tabela 6 mostra os valores da correlação de Pearson entre Desconforto, Tensão, INC, Limpeza e Vontade de endireitar a bata na condição pós-manipulação.

**TABELA 6***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 ( $r = .26$ ;  $p = .000$ ).

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

Na Tabela 7 são apresentados os valores de correlação entre as variáveis traço Obsessivo-Compulsivo e sensações NJR.

**TABELA 7***Relação entre variáveis traço Obsessivo-Compulsivas e sensações NJR*

	Sensações NJR	
	<i>r</i>	<i>p</i>
<b>OCI-R</b>		
POC	.29	.011*
<b>OC-TCDQ</b>		
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 ( $r = .24$ ;  $p = .041$ ).

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

**TABELA 8**

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

Preditor (VI)	Sensações		NJR(VD)		Beta	t	p
	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	F	p			
<b>OC-TCDQ</b>							
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*
<b>OCI-R</b>							
POC	.086	.073	6.755	.011	.293	2.599	.198
<b>DASS-21</b>							
Depressão	.044	.030	3.286	.074	.209	1.813	.074
Ansiedade	.038	.025	2.856	.095	.195	1.690	.095
Stresse	.050	.037	3.766	.056	.223	1.941	.056
DASS-21 Total	.057	.043	4.312	.041*	.238	2.076	.041*
<b>MPS-F</b>							
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	-.364	.717
MPS-F Total	.060	.047	4.599	.035*	.245	2.144	.035*

Nota.  $\beta$  = Coeficiente de regressão padronizado; R<sup>2</sup> = Coeficiente de determinação; VI = Variável independente; VD = Variável dependente; R<sup>2</sup> = R quadrado; PP = Padrões Pessoais; DA = Dúvidas sobre as Ações; PE = Preocupação com os Erros; EP = Expectativas Parentais; CP = Críticas Parentais; O = Organização.  
\*  $p < .05$

Na Tabela 8, 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 Stresse em relação às sensações NJR.

A INC explica em 7.1 % a variância das experiências NJR, encontramos também que o ED explica em 7 % a variância das experiências NJR.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na escala total de Depressão, Ansiedade e Stresse 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%, respectivamente, a variância das experiências NJR.

**Influência das sensações NJR no Pré e Pós-teste**

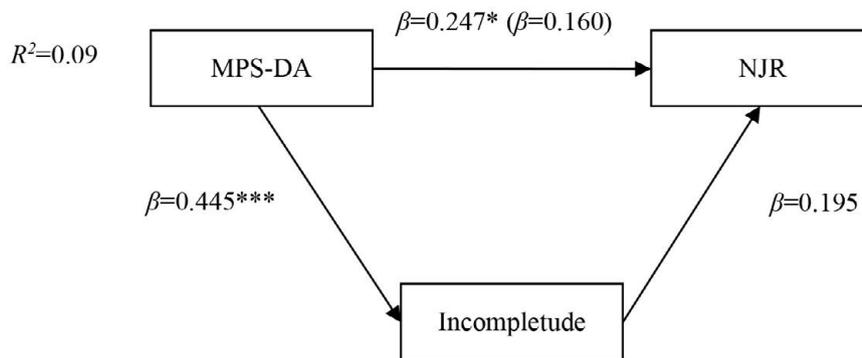
Foi feita uma regressão linear simples para verificar se as sensações NJR conseguem influenciar o indivíduo antes (Pré-teste) e/ou depois (Pós-teste) da experiência. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os resultados.

**Análise do efeito mediador da Incompletude na relação entre o Perfeccionismo, Depressão, Ansiedade e Stresse, 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 Stresse e as sensações NJR eram mediadas pelos sentimentos de INC.

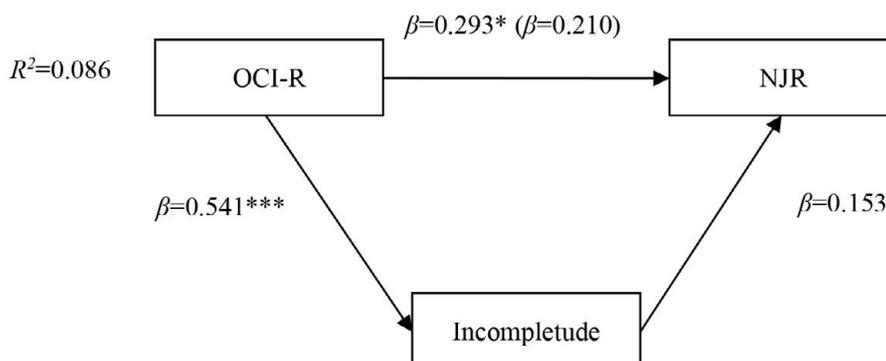
**FIGURA 1**

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



**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 9.

**TABELA 9**

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

Efeito em estudo	Efeito total	Efeito direto	Efeito indireto <sup>a</sup>	Observações
<b>MPS-DA ® NJR</b>				
(Incompletude)	0.247*	0.160	0.087	Não existe mediação (Teste Sobel = 1.45; $p = 0.146$ )
<b>OCI-R ® NJR</b>				
(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 et al.,(1990); DA = Dúvida sobre as Ações, etc, OCIR-R = *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*; NJR = *Not Just Right*.

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

Podemos observar que a dimensão de perfeccionismo Dúvidas sobre as Ações (DA) foi a única que apresentou uma relação significativa com as sensações NJR. Concluimos 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;  $p = 0.262$ ).

## Discussão

Os estudos sobre sentimentos de INC e experiências NJR têm sido objeto de investigação contribuindo para 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.

Os autores quiseram aferir se as instruções dadas aos participantes tinham sido claras, de forma a evitar o enviesamento pela falta de clareza na interpretação. Não foram verificadas diferenças significativas na clareza das instruções dadas aos participantes para realizar a tarefa, o que revela que o grupo percebeu o que lhes tinha sido solicitado.

Foi possível observar que os resultados confirmam que as experiências NJR são frequentes na população não-clínica, tal como observado por outros autores em estudo semelhantes (Bellocq et al., 2016; Coles et al., 2003; Ghisi et al., 2010; Sica et al., 2012).

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 observou-se um aumento do Desconforto, da Tensão e da INC. 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, validando assim o segundo e terceiro objetivo. Este resultado coincide com o descrito por Summers et al.,(2014).

Relativamente ao quarto objetivo, analisar a relação entre sentimentos de INC e as sensações NJR, foi possível observar uma associação positiva significativa entre estas duas variáveis o que nos permite concluir que a INC é um traço subjacente às sensações NJR. Verificou-se ainda, uma relação positiva significativa embora fraca, entre variáveis traço Obsessivo Compulsivas, o Evitamento de dano (ED) e as sensações NJR, permitindo-nos concluir que estes sintomas poderiam influenciar os indivíduos que experienciam as sensações NJR, apoiando as conclusões de anteriores investigações (Bellocq et al., 2016 Ecker, 2008; Pietrafesa & Coles 2009; Summerfeldt et al., 2004; Taylor et al., 2013).

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. Observamos que o sentimento de INC explica uma percentagem reduzida (7.1%) das experiências NJR. Este resultado é contrário a nossa experiência, uma vez que o sentimento de INC aumenta após a realização da tarefa experimental. Isto sugere que outras variáveis podem estar a interferir neste aumento das sensações NJR, se bem a literatura anterior sugere que o sentimento de INC se apresenta subjacente às sensações NJR sentida em modalidades sensoriais e que as experiências NJR poderiam ser preditoras das compulsões que são realizadas para reduzir o sentimento de INC (Coles et al., 2005; Cogle et al., 2011; Summerfeldt, 2004).

Foi possível ainda verificar que as sensações NJR não conseguiam influir o indivíduo antes (pré-teste) e/ou depois (pós-teste) da experiência. Isto confirma a ideia proposta por Summerfeldt et al.,(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.

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

Foi também necessário apurar a existência de um efeito mediador da INC na relação entre o Perfeccionismo, nomeadamente na dimensão Duvida sobre as Ações (DA), os traços Obsessivo-Compulsivos e as experiências NJR, como proposto no nosso sexto objetivo. 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.

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.

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 NJR.

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.

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.

A investigação acerca da relação entre o sentimento de INC e as experiências NJR ainda é muito escassa. Tratando-se de um tema novo e com pouco suporte empírico parece importante continuar a investigação relativamente à influência que o sentimento de INC tem nos vários tipos de experiências NJR, alargando a outro tipo de tarefas sensoriais.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-V) (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Avila, A. (2008). *Neurose Obsessiva e TOC: Um Diálogo entre Psicanálise e Psiquiatria*. [Monografia]. <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, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.012>
- Carmo, C., Brás, M., Batista, L., & Faisca, L. (2017). Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación/e Avaliação Psicológica*. <https://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.03>
- Cark, D. A., & Inozu, M. (2014). Unwanted intrusive thoughts: Cultural, contextual, covariational, and characterological determinants of diversity. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 195-204. <https://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/32042.pdf>
- 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, 681-700. [https://doi.org/10.1016/S00057967\(2\)00044-X](https://doi.org/10.1016/S00057967(2)00044-X)
- Coles, M., Frost, R. & Rhéaume, J. (2003). Not Just Right Experiences-Questionnaire-Revised. 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), 153-167. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.002>
- Cogle, 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), 1449–1459. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.12.001>
- Cogle, 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, 801– 805. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.03.019>
- Coughtrey, A. E., Shafran, R., Knibbs, D., & Rachman, S. J. (2012). Mental contamination in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 244-250. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.07.006>
- Ecker, W. & Gönner, S. (2008). Incompleteness and harm avoidance in OCD symptom dimensions. *Behaviour Research and Therapy*, 46(8), 895-904. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.04.002>
- Cardoso, G, Pereira M., Gusmão R., Barahona., Correia B., Gago J., Talina M., Silva J. (2013) *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1.º Relatório*. NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas; [https://www.researchgate.net/publication/278786138\\_Estudo\\_Epidemiologico\\_Nacional\\_de\\_Saude\\_Mental\\_1\\_Relatorio](https://www.researchgate.net/publication/278786138_Estudo_Epidemiologico_Nacional_de_Saude_Mental_1_Relatorio)
- 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, 253–258. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.09.017>

- 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), 207-220. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10608-012-9457-4>
- 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), 485. <https://doi.org/10.1037/10403590.14.4.485>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01172967>
- 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, 879-886. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.011>
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Hou S.Y., Yen C.F., Huang M.F., Wang P.W., & Yeh Y.C. (2010). Quality of life and its correlates in patients with obsessive-compulsive disorder. *Kaohsiung Journal Medical Science*, 26(8), 397-407. [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(10\)70065-6](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(10)70065-6)
- 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, 675-680. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.5.675>
- 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), 431-436. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.007>
- Marques, T. M. G. (2015). *Vivências dos enfermeiros como cuidadores de doentes com perturbações obsessivo-compulsivas* (Bachelor’s thesis, [sn]). <http://hdl.handle.net/10284/5355>
- McKay, D. (2006). Treating disgust reactions in contamination-based obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(1), 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.007>
- Miguel, E. C., Prado, H. S., Rauch, S. L., Coffey, B. J., Baer, L., Savage, C. R., & Leckman, J. F. (2000). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette’s disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 61(2), 150-6. <https://www.psychiatrist.com/jcp/ocd/sensory-phenomena-obsessive-compulsive-disorder-tourettes/>
- Nunes, J. (2014). Dilemas identitários no mundo dos serviços: da invisibilidade à interação. *Sociologias*, 16(35). <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222014000100009>
- 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), 263-276. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.004>
- Pais-Ribeiro J., Honrado A., Leal I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia Saúde & Doenças*, 5(2), 229-39. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6910/2/81876.pdf>
- 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), 251-259. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.08.004>

- Pitman, R. K. (1984). Janet's *Obsessions and Psychasthenia*: A synopsis. *Psychiatric Quarterly*, 56, 291-314. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01064475>
- Rachman, S. (2014). Global intrusive thoughts: A commentary. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 300-302. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.04.001>
- 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. <https://doi.org/10.1177/2167702613485565>
- Salkovskis, P. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29–52. [https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/salkovskis\\_1999 OCD.pdf](https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/salkovskis_1999 OCD.pdf)
- 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, 347–372. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00071-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00071-6)
- Shafran, R., Watkins, E., & Charman, T. (1996). Guilt in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 509–516. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(96\)00026-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(96)00026-6)
- 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), 159-167. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.03.006>
- Summerfeldt, L. (2004). Understanding and Treating Incompleteness in Obsessive-Compulsive Disorder, *JCLP/In Session*, Vol. 60(11), 1155–1168 <http://doi.org/10.1002/jclp.20080>
- Summerfeldt, L., Kloosterman, P., Antony, M. & Swinson, R. (2001). Cuestionario de dimensiones nucleares obsessivo compulsivas-rasgo. *Behavioral Psychology*, 21, 341-361. <https://www.behavioralpsycho.com/>
- 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), 1453-1467. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.09.006>
- 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*. <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), 678-689. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.008>
- Taylor, S., Mc Kay, 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*. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2013.11.004>
- Torres, A. & Lima, M.(2005) Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(3), 237-242. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000300015>
- 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-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Comprehensive psychiatry*, 50 (1), 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.05.005>
- Vasudev, R.G., Yallappa, S.C., Saya, & G.K. (2015). Assessment of Quality of Life (QOL) in Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and Dysthymic Disorder (DD): A Comparative Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(5), 4-7. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/8546.5974>