

Perturbação obsessivo-compulsiva em estudantes do ensino superior: relação com a personalidade, satisfação com a vida e depressão

Obsessive-compulsive disorder in students of higher education: relationship with personality, satisfaction with life and depression

Trastorno obsesivo-compulsivo en estudiantes de educación superior: relación con la personalidad, satisfacción con la vida y depresión

Pedro F. S. Rodrigues

Psicólogo Clínico e da Saúde
Investigador Doutorado em Psicologia
Departamento de Educação e Psicologia– Universidade de Aveiro

Lígia P. Ribeiro

Psicóloga Clínica e da Saúde — Aveiro

Débora Gonçalves

Psicóloga Clínica e da Saúde — Aveiro.

Ana Pinto

Psicóloga Clínica e da Saúde – Aveiro.

Autor correspondente

Pedro F. S. Rodrigues

Universidade de Aveiro
Departamento de Educação e Psicologia(gab. 5.1.51)
Campus Universitário de Santiago
3810-193 Aveiro | Portugal
Correio eletrónico: pedro.filipe@ua.pt

Resultados apresentados no VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (Aveiro).

Perturbação obsessivo-compulsiva em estudantes do ensino superior: relação com a personalidade, satisfação com a vida e depressão

Obsessive-compulsive disorder in students of higher education: relationship with personality, satisfaction with life and depression

Trastorno obsesivo-compulsivo en estudiantes de educación superior: relación con la personalidad, satisfacción con la vida y depresión

Rodrigues, Ribeiro, Gonçalves & Pinto
Universidade de Aveiro

Resumo

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), englobada na categoria das perturbações de ansiedade, caracteriza-se pela presença de pensamentos (obsessões) e/ou comportamentos (compulsões) disfuncionais, que acarreta claro sofrimento psicológico para os indivíduos. Estima-se que cerca de 2 a 3% da população mundial sofra desta psicopatologia. Em Portugal, a prevalência anual de POC ronda os 4,4%, facto que justifica o investimento em estudos deste género. O principal objetivo desta investigação foi averiguar a incidência de POC numa amostra de estudantes universitários de Aveiro, verificando igualmente a relação entre a psicopatologia e fatores de personalidade, sintomatologia depressiva, bem como satisfação com a vida.

A amostra deste estudo foi constituída por 352 estudantes universitários de Aveiro, com idades compreendidas entre os 18 e os 48 anos. A amostra foi constituída quer por participantes do sexo masculino (193), quer do sexo feminino (159), pertencentes a vários cursos e ciclos de ensino universitário. Os instrumentos utilizados foram o Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI), Satisfação With Life Scale (SWLS), bem como o Beck Depression Inventory (BDI).

Neste estudo constatou-se que existe uma incidência considerável de sintomatologia obsessivo-compulsiva nos estudantes universitários de Aveiro (14%). Verificou-se também que esta psicopatologia se encontra associada a sintomatologia depressiva e a maiores níveis de neuroticismo, assim como amabilidade, influenciando efetivamente a qualidade e a perceção que as pessoas têm das suas vidas.

Palavras-chave. Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Personalidade; Satisfação com a Vida; Depressão.

Abstract

Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), included in the category of anxiety disorders, is characterized by the presence of dysfunctional thoughts (obsessions) and/or dysfunctional behaviors (compulsions). This is a common problem and it shows clear psychological distress for people. It is estimated that it affects from 2% to 3% of the world population. In Portugal, the annual prevalence of OCD is around 4.4%. This fact justifies the investment in studies of this type. The main goal of this investigation was to evaluate the prevalence of OCD in a sample of university students from Aveiro, and to survey the relationship between OCD and personality factors, depressive symptoms and life satisfaction.

The study sample included 352 students from the University of Aveiro, aged between 18 and 48 years old. The sample enclosed male (193) and female participants (159), belonging to different courses and cycles of the university education. The instruments used were the Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI), Satisfaction With Life Scale (SWLS), and Beck Depression Inventory (BDI).

The study showed that there is a considerable incidence of obsessive-compulsive symptomatology in college students from Aveiro (14%). It also revealed that psychopathology is associated with depressive symptoms and higher levels of neuroticism, as well as amiability, and truly affects the quality and perception that people have of their own lives.

Keywords. Obsessive-Compulsive Disorder; Personality; Life Satisfaction; Depression.

Resumen

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), incluido en la categoría de trastornos de ansiedad, se caracteriza por la presencia de pensamientos disfuncionales (obsesiones) y / o comportamientos disfuncionales (compulsiones). Este es un problema común y muestra una angustia psicológica clara para las personas. Se estima que afecta del 2% al 3% de la población mundial. En Portugal, la prevalencia anual de TOC es de alrededor del 4,4%. Este hecho justifica la inversión en estudios de este tipo. El objetivo principal de esta investigación fue evaluar la prevalencia del TOC en una muestra de estudiantes universitarios de Aveiro y estudiar la relación entre el TOC y los factores de personalidad, los síntomas depresivos y la satisfacción con la vida.

La muestra del estudio incluyó a 352 estudiantes de la Universidad de Aveiro, con edades comprendidas entre 18 y 48 años. La muestra incluyó a varones (193) y mujeres participantes (159), pertenecientes a diferentes cursos y ciclos de la educación universitaria. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario Obsesivo-Compulsivo (MOCI) de Maudsley, el Inventario de Factor Neo-Five (NEO-FFI), la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

El estudio mostró que existe una incidencia considerable de sintomatología obsesivo-compulsiva en los estudiantes universitarios de Aveiro (14%). También reveló que la psicopatología se asocia con síntomas depresivos y niveles más altos de neuroticismo, así como la amabilidad, y realmente afecta la calidad y la percepción que las personas tienen de sus propias vidas.

Palabras clave. Trastorno Obsesivo-Compulsivo; Personalidad; Satisfacción con la vida; Depresión.

Inserida na categoria das perturbações de ansiedade, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) caracteriza-se pela presença de obsessões ou compulsões, embora comumente seja constituída por ambas (APA, 2002; Couto, Rodrigues, Vivan, & Kristensen, 2010; Radua, Heuvel, Surguladze, & Mataix-Cols, 2010). As obsessões dizem respeito a ideias, pensamentos, impulsos ou imagens, normalmente intrusivos que causam ansiedade no indivíduo (Jenike, 2004; Radua et al., 2010). Alguns exemplos de obsessões incluem: obsessão de que algo prejudicial afete um familiar ou amigo, dúvidas persistentes se deixou portas trancadas ou aparelhos elétricos desligados, pensamentos intrusivos de ser contaminado ou pensamentos sexualmente repugnantes, obsessões de simetria e de ordem, obsessões somáticas ou mesmo obsessões religiosas ainda que em menor frequência (Couto et al., 2010; Jenike, 2004). Woodruff e Pitts (1964) consideram a existência de seis tipos de obsessões: ideias, imagens, convicções, ruminacões, impulsos e medos. Ainda que sejam muito variadas, nesta psicopatologia existe frequentemente o evitamento de situações que implicam o conteúdo de obsessões de sujidade ou contaminação, fazendo destas uma das obsessões mais frequentes. Num estudo de Rasmussen e Eisen (1994) que englobou 250 indivíduos com POC, 63% apresentava rituais compulsivos de verificação, 50% de lavagem, 36% de contagem e 48% compulsões múltiplas.

Mas por que motivo estão frequentemente as obsessões relacionadas com compulsões? Por norma, um indivíduo com obsessões tenta ignorá-las, suprimi-las ou neutralizá-las, quer através de outros pensamentos, quer através de ações estereotipadas (i.e., compulsões). As compulsões referem-se assim a comportamentos ou atos mentais repetitivos, com vista a reduzir a ansiedade causada pelas obsessões (Abramowitz, Taylor, & McKay, 2009; Jenike, 2004). Através das compulsões, os indivíduos procuram aliviar o *distress* causado pelas obsessões que são sustentadas pela dúvida patológica (Torres et al., 2006). Esta última, característica da POC, é o seu principal fator de manutenção, ou seja, a dúvida constante de que não se fez de forma correta uma determinada tarefa (e.g., fechar a porta de casa de forma adequada), conduz a verificações constantes (compulsões, i.e., comportamentos guiados por regras que o sujeito aplica de forma rígida), aliviando a ansiedade causada pela obsessão inicial (Couto et al., 2010; Heyman, Mataix-Cols, & Fineberg, 2006). Por reforço positivo, o indivíduo aprende que o seu comportamento (compulsão) lhe reduz a ansiedade, pelo menos momentaneamente, conduzindo ao aumento da probabilidade desse comportamento voltar a acontecer (Macedo & Pocinho, 2000). Apesar dos indivíduos com POC reconhecerem durante um determinado período de tempo que as obsessões e compulsões são irracionais e excessivas, normalmente não as conseguem controlar, o que conduz a altos níveis de *distress* (APA, 2002). A POC torna-se deste modo um fator incapacitante na vida social e ocupacional do indivíduo, afetando as suas rotinas diárias, bem como a sua qualidade de vida (Abramowitz et al., 2009; Radua et al., 2010).

De acordo com a *American Psychiatric Association* (APA, 2002), três características devem ainda aqui ser salientadas: a culpa, a repetição das compulsões e o evitamento generalizado. A culpa, um sentimento

patológico de responsabilidade, está habitualmente presente na POC, assim como outras perturbações psicológicas (e.g., do sono ou de humor), levando frequentemente os indivíduos a adotar comportamentos de risco, tais como o abuso de álcool ou de sedativos, hipnóticos ou medicação ansiolítica. O desempenho das compulsões pode passar a ser a atividade fundamental da vida, porque são normalmente repetitivas, facto que conduz a limitações sérias nas esferas conjugais, ocupacionais e sociais dos indivíduos. O evitamento generalizado a situações que causam *distress* aos sujeitos pode, em muitos casos, deixá-los completamente restringidos à sua casa, o que revela o quão incapacitante a POC pode ser. Podemos referir adicionalmente que a POC é uma psicopatologia angustiante e incómoda quer para os doentes, quer para os seus familiares (Macedo & Pocinho, 2000).

Tão importante quanto estudarmos as manifestações da POC nas diversas áreas de atuação dos indivíduos, é percebermos os fatores que contribuem para o seu aparecimento. Etiologicamente a POC não é ainda totalmente compreendida, todavia há evidências de que a sua origem seja psicossocial e biológica (Taylor, 2009). Psicossocial, uma vez que os fatores de risco referem-se sobretudo a isolamento social, assim como a condições de vida desfavoráveis (Grisham et al., 2011). No entanto, a relação causa-efeito entre acontecimentos de vida negativos e a POC não é tão evidente como acontece com outras patologias. Ainda assim, estima-se que 66% dos casos apareçam associados a fatores vividos num passado recente ou a acontecimentos de vida negativos (Cromer, Schmidt, & Murphy, 2007; Rosso, Albert, Asinari, Bogetto, & Maina, 2012). Adicionalmente, a aprendizagem social, bem como a educação (e.g., reforço de comportamentos como a ordem e limpeza) têm um papel crucial na gênese desta psicopatologia (Grisham et al., 2011; Waters & Barrett, 2000). Já no que diz respeito aos fatores biológicos, existem alguns dados científicos que sugerem uma etiologia genética, i.e., é mais provável que o primeiro filho de pais obsessivo-compulsivos desenvolva a perturbação do que os restantes elementos da fratria (McKeon, McGuffin, & Robinson, 1984). Também alguns estudos com gémeos indicam a presença de fatores etiológicos de cariz biológico (Taylor, 2009; van Grootheest, Cath, Beekman, & Boomsma, 2005), nomeadamente o estudo de Rasmussen e Tsuang (1986). Neste estudo, a concordância de POC entre gémeos monozigóticos varia de 53 a 87%, enquanto que entre dizigóticos varia de 22 a 47%. Existe também evidência de que alguns agonistas da serotonina administrados de modo agudo causem um aumento dos sintomas em alguns sujeitos com a perturbação (Taylor, 2009). Um outro dado que parece contribuir para o aparecimento da POC diz respeito a alterações cerebrais dos indivíduos, caracterizados sobretudo por excesso de atividade nos lobos frontais e gânglios basais (Rauch & Savage, 2000). Os indivíduos com este transtorno parecem apresentar um aumento da atividade autonómica quando confrontados no laboratório com as circunstâncias que desencadeiam a obsessão. Ainda no que concerne a dados laboratoriais, parece que a reatividade fisiológica que os indivíduos com POC apresentam diminui após a execução das compulsões (Radua et al., 2010). Este dado laboratorial contribui igualmente para a explicação do papel das compulsões, i.e.,

a redução do *distress* causado pelas obsessões.

Se por um lado as causas desta patologia não são ainda consensuais, parece não haver grandes dúvidas quanto à sua incidência nalguns países, sobretudo tomando por base o segundo estudo que apresentamos neste parágrafo (Weissman et al., 1994). A partir de estudos epidemiológicos realizados nas últimas duas décadas passou-se a ter uma ideia mais precisa da incidência e prevalência da perturbação em diversas populações. Em Portugal, investigações deste género ainda são escassas. Passamos a destacar os estudos internacionais de Karno, Golding, Sorenson e Burnam (1988) e de Weissmann et al. (1994). No primeiro estudo, foi verificada uma prevalência de POC ao longo da vida de 2,5% e uma prevalência a rondar 1,6%, em 6 meses. Porém, muitas críticas foram feitas a esta investigação, o que colocou em dúvida a sua validade. Já no segundo estudo que destacámos, e que envolveu mais de 40.000 participantes em 7 países diferentes, foi identificada uma prevalência (à exceção de 1 desses 7 países) para o período de 1 ano de 1,1 a 1,8%, e ao longo da vida de 1,9 a 2,5% (Weissmann et al., 1994). Estima-se ainda que 2 a 3% da população mundial seja afetada por esta perturbação (APA, 2002), parecendo ser tão comum nos homens como nas mulheres (APA, 2002; Taylor, 2009). Em Portugal, segundo o 1º relatório do Estudo Epidemiológico de Saúde Mental, a prevalência anual de POC ronda os 4,4% (Caldas de Almeida & Xavier, 2013). Em relação à idade de início desta perturbação, esta ocorre frequentemente antes dos 25 anos, essencialmente na infância ou adolescência (Bland, Newman, & Orn, 1988; Koran, 1999). Outros estudos mostraram que a idade média de início é menor nos homens do que nas mulheres, sendo que nestas a POC está frequentemente associada a perturbações alimentares e a depressão. Os homens manifestam um início mais precoce (entre os 5 e os 15 anos) do que as mulheres (25 e os 35 anos), embora o pico de idade para o início da POC em ambos os sexos seja entre os 16 e os 25 anos (Kessler et al., 2005). Vários autores acreditam que o início tardio desta perturbação está relacionado com quadros de depressão, afirmando que existe uma relação entre sintomatologia depressiva e a POC (e.g., Janowitz et al., 2009; Torres et al., 2006). Bogetto, Venturello, Albert, Maina e Ravizza (1999) observaram que os homens apresentam com frequência uma história de perturbações de ansiedade (fobias) precedentes à POC, bem como episódios hipomaniacos durante esta, enquanto que as mulheres apresentam maior historial de perturbações alimentares. Portanto, a idade de início da patologia parece não ser clara, estando antes associada a outros episódios psicopatológicos (Kessler et al., 2005), sugerindo que de facto, para além de fatores biológicos, há fatores psicossociais que podem estar na origem da POC. Estes dados sustentam ainda que a perturbação do espectro obsessivo-compulsivo é uma psicopatologia complexa, trazendo consequências limitantes para a vida dos indivíduos, afetando a sua qualidade de vida¹ (Masellis, Rector, & Richter, 2003; Moritz et al., 2005).

O impacto da doença na vida dos sujeitos manifesta-se quer a nível psicológico, quer a nível social. Efetivamente, as consequências mais comuns, apontadas por diversos autores, como Moritz et al. (2005), passam pela diminuição da autoestima e do bem-estar subjetivo,

interferência na vida profissional, académica, familiar, afetiva e social, o que se traduz num decréscimo na satisfação com a vida (Fontenelle et al., 2010; Torresan, Ramos-Cerqueira, & Torres, 2008). A satisfação com a vida refere-se ao julgamento subjetivo que cada indivíduo faz da sua qualidade de vida e é habitualmente avaliada por instrumentos como a "Escala de Satisfação Com a Vida" (Grabe et al., 2000; Pavot & Diener, 1993). No caso dos obsessivo-compulsivos, a qualidade de vida encontra-se claramente afetada, particularmente devido às compulsões manifestadas em diversos domínios (Grabe et al., 2000; Stengler-Wenzke, Kroll, Riedel-Heller, Matschinger, & Angermeyer, 2007). Para exemplificar a complexidade das manifestações da POC, passamos a referir alguns dados de um estudo de Hollander et al. (1997). Nesta investigação, avaliaram-se 701 membros da *Obsessive-Compulsive Foundation*, concluindo-se que 70% dos entrevistados apresentou dificuldades na relação conjugal, 63% problemas nas atividades sociais, 60% afirmou que a sua psicopatologia afeta a capacidade de trabalho, 59% a capacidade de estudo, 58% indicou o envolvimento de familiares nas suas práticas obsessivo-compulsivas, 57% admitiu ter pensado pelo menos uma vez no suicídio e 12% admitiu ter tido pelo menos uma tentativa de suicídio. O impacto negativo que a POC apresenta na vida dos obsessivo-compulsivos interfere na sua qualidade de vida, levando-os a apresentar consequentemente maior insatisfação com as suas vidas (Neto & Baltieri, 2001). Adicionalmente, os obsessivo-compulsivos apresentam com frequência perturbações emocionais, uma vez que os pensamentos intrusivos e as ações repetitivas causam sofrimento subjetivo (Zitterl et al., 2000). Foquemo-nos na relação entre a POC e a sintomatologia depressiva.

Segundo estudos de Robins et al. (1984), e como já supracitado, indivíduos com características obsessivo-compulsivas apresentam habitualmente desordens de humor, nomeadamente depressão numa proporção de 1 para 3. Outras investigações revelam esta mesma conclusão, mas avançam uma percentagem de 50% (i.e., 50% dos indivíduos com POC apresenta também depressão) ou mesmo proporções de 2 para 3 (Pigott, L'Heureux, Dubbert, Bernstein, & Murphy, 1994). Outros estudos indicam a presença de sintomatologia depressiva em mais de 75% dos adultos e em 52% das crianças com POC (Baldwin, Jeffries, Jackson, & Sutcliffe, 2005; Black, Noyes, Goldstein, & Blum, 1992). Já num estudo de Janowitz et al. (2009) concluiu-se que nos 252 participantes com POC, 85% preenchiam critérios para outra perturbação, incluindo perturbações de humor, nomeadamente depressão. Estes dados levaram alguns autores a sugerir que a POC deve ser considerada uma variante das perturbações de humor, estando associada também a défices neuropsicológicos, designadamente das funções executivas (manifestados pela dúvida constante e comportamentos estereotipados) e da organização visual (Baldwin et al., 2005; Gonçalves, Marques, Lori, Sampaio, & Branco, 2010; Swedo & Rapoport, 1989). Independentemente da caracterização nosológica da POC, a sintomatologia depressiva parece estar-lhe muito associada, quer como fator precedente (e.g., Janowitz et al., 2009), quer como fator consequente (e.g., Pigott et al., 1994). Adicionalmente, podemos salientar que os indivíduos que apresentem sintomatologia

depressiva concomitante à POC apresentam manifestações psicopatológicas mais severas, inclusive maior risco de suicídio (Chakraborty et al., 2012).

As obsessões e compulsões têm sido historicamente retratadas como traços de uma personalidade mal-adaptativa. Para além dos aspetos supramencionados, existem ainda evidências da relação entre esta perturbação e as cinco dimensões de personalidade² (Furnham, Hughes, & Marshall, 2013; Silva, Costa, Vicente, & Lourenço, 2011). Esta relação é conceitualmente complexa, existindo vários modelos explicativos. Uma dessas explicações é o modelo predisponente, que postula que os traços de personalidade contribuem para o aparecimento de uma perturbação (vulnerabilidade que juntamente com outros fatores, nomeadamente biológicos e sociais, contribuem para a génese da POC) e influenciam o curso e expressão sintomática da mesma (patoplastia) (Rector, Hood, Richter, & Michael Bagby, 2002). Um dos fatores comumente associados à POC diz respeito ao perfeccionismo, particularmente quando falamos de obsessões de ordem, limpeza ou simetria (Frost & Steketee, 1997; Julien, O'Connor, Aardema, & Todorov, 2006; Saulsman & Page, 2004). Congruentes com esta ideia, vários estudos referem que o traço de personalidade "neuroticismo" está fortemente correlacionado com o desenvolvimento da POC (Furnham et al., 2013; Markon, Krueger, & Watson, 2005). Esta correlação é justificada pelo facto dos indivíduos com esta característica tenderem a ser mais ansiosos e mais vulneráveis ao *stress*, levando-os a experimentar humor depressivo, culpa e solidão, apresentando igualmente maior impulsividade (Costa & McCrae, 2010). Por outro lado, os traços de personalidade "abertura" à experiência, "extroversão" e "amabilidade" parecem ser fatores protetores no que diz respeito à psicopatologia abordada (Furnham et al., 2013), dado que os indivíduos com estas características são genericamente mais sociáveis e comunicativos. Adicionalmente tendem a envolver-se com o mundo exterior, são mais amigáveis, cooperantes e determinados, o que resulta em menor ansiedade e menor preocupação (Costa & McCrae, 2010; Markon et al., 2005; Rector et al., 2002).

Tendo em conta o supracitado, particularmente os fatores psicossociais da POC, nesta investigação espera-se que: (1) não hajam diferenças significativas entre a incidência da POC em indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino; (2) se registe correlação positiva entre sintomatologia depressiva e sintomatologia obsessivo-compulsiva; (3) os indivíduos com características obsessivo-compulsivas revelem pior satisfação com as suas vidas; (4) e indivíduos com sintomatologia obsessivo-compulsiva apresentem níveis elevados de "neuroticismo" e níveis baixos de "extroversão", "abertura" e "amabilidade".

Paralelamente, pretende-se averiguar a incidência da POC na amostra do estudo, assim como a sua relação com a idade. Pretende-se também: (1) averiguar a relação entre o grau de crença na religião e a POC (uma vez que as crenças têm um papel fundamental na manutenção desta patologia); (2) quais os fatores da POC (avaliados pelo MOCI, instrumento descrito seguidamente) mais associados a sintomas depressivos; (3) e qual a relação entre todas as dimensões do

NEO-FFI (instrumento baseado no Modelo dos Cinco Fatores e descrito seguidamente) e a psicopatologia abordada.

Método

Participantes

A amostra deste estudo, selecionada aleatoriamente, foi constituída por 352 (193 do sexo masculino) estudantes da Universidade de Aveiro. Os participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 48 anos ($M = 21,32$; $DP = 3,27$), pertenciam a diversos cursos de licenciaturas (1º ciclo), mestrados (2º ciclo) e doutoramentos (3º ciclo). Na Tabela 1 apresentamos as principais características sociodemográficas da amostra do estudo.

Tabela 1
Caraterísticas sociodemográficas da amostra

Variáveis	Amostra N = 352
Idade	M = 21,32 (DP = 3,27)
Sexo	
Masculino N (%)	193 (54,8)
Feminino N (%)	159 (45,2)
Estado civil	
Solteiro N (%)	347 (98,6)
Casado N (%)	5 (1,4)
Outros N (%)	0 (0)
Professa religião	
Sim N (%)	206 (58,6)
Não N (%)	146 (41,4)
Ciclo de estudos	
1º ciclo N (%)	183 (51,9)
2º ciclo N (%)	137 (38,9)
3º ciclo N (%)	32 (9,2)

Instrumentos

Todos os participantes responderam voluntariamente aos seguintes questionários de autorresposta, pela seguinte ordem: *Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory*, *NEO-Five Factor Inventory*, *Satisfaction With Life Scale* e *Beck Depression Inventory*. Em seguida, descrevemos sumariamente cada um dos instrumentos utilizados no presente estudo.

Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI; versão portuguesa: Macedo & Pocinho, 2000). O MOCI é um dos instrumentos de avaliação de sintomas obsessivo-compulsivos mais usados (e.g., Sánchez-Meca et al., 2011). É composto por 30 itens de resposta verdadeira ou falsa. Este inventário consiste em quatro subescalas/fatores: "limpeza", "verificação", "lentidão" e "dúvida". Em amostras não clínicas, o MOCI tem mostrado consistência interna, com *alpha de Cronbach* a variar entre 0,40 a 0,77 para a escala total.

NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI; versão portuguesa: Magalhães et al., submetido). Este inventário é constituído por 60 itens que avaliam cinco dimensões da personalidade: "neuroticismo", "extroversão", "abertura", "amabilidade" e "conscienciosidade". Cada traço é medido numa escala do tipo Likert, variando de 0 a 4, em que 0 corresponde a "discordo fortemente", 1 a "discordo", 2 a "neutro", 3 a "concordo" e 4 a "concordo fortemente". A confiabilidade da escala foi aceitável para todas as subescalas, sendo os valores do *alpha de*

Cronbach de: 0,78 para “neuroticismo”, 0,81 para “extroversão”, 0,85 para “abertura”, 0,78 para “amabilidade”, e 0,84 para “conscienciosidade”.

Satisfaction With Life Scale (SWLS; versão portuguesa: Simões, 1992). Esta escala avalia a componente cognitiva do bem-estar subjetivo. É composta por 5 itens que são cotados numa escala de 1 a 7, em que 1 corresponde a “discordo fortemente”, 2 a “discordo”, 3 a “discordo ligeiramente”, 4 a “não concordo nem discordo”, 5 a “concordo ligeiramente”, 6 a “concordo” e 7 a “concordo fortemente”. A consistência interna deste instrumento é reconhecida, com valores de *alpha* de *Cronbach* de 0,87.

Beck Depression Inventory (BDI; versão portuguesa: Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b). É um inventário de autorresposta, que visa avaliar a gravidade da sintomatologia depressiva. É um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a sintomatologia depressiva, designadamente em obsessivo-compulsivos (e.g., Moritz et al., 2001). Avalia uma dimensão cognitiva (tristeza, culpa, sentimentos de fracasso e pessimismo) e uma dimensão biológica (dificuldades no sono, perda de peso, perda de apetite e da libido). Cada item consiste em 4 afirmações ordenadas de acordo com a severidade dos sintomas. Os resultados em cada um dos itens podem variar de 0 a 3, perfazendo um resultado total de 0 a 63 pontos. Conforme os autores do BDI, este apresenta boa consistência interna ($\alpha = 0,85$). A fidelidade teste-reteste é adequada com correlações superiores a 0,69.

Procedimentos

Depois de preenchidos os consentimentos informados, foi fornecido a cada participante o protocolo de autoavaliação, constituído pelos instrumentos referidos acima, cujo preenchimento ocorreu nas instalações da Universidade de Aveiro. A recolha de dados demorou cerca de 20/30 minutos com cada participante.

A análise estatística foi efetuada através do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17.0. Realizaram-se os testes: *t-student*, análise correlacional de *Pearson* e teste do *qui-quadrado*. O nível de significância estatística foi fixado em $p < 0,05$ para todas as comparações.

Resultados

No que concerne à incidência da POC, através do teste do *qui-quadrado*, verificou-se que 14% dos indivíduos apresentou pontuações acima do ponto de corte para o MOCI, sendo 9,4% homens e 4,6%

mulheres. Estes resultados mostraram-se, contudo marginalmente significativos ($\chi^2 = 3,750$; $p = 0,053$).

O teste *t-student*, para comparar indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino relativamente à média obtida no MOCI (sintomatologia obsessivo-compulsiva), sugere que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($t(348) = 0,112$; $p = 0,911$).

A análise correlacional de *Pearson* entre a idade e a incidência de POC não se mostrou estatisticamente significativa ($r = -0,033$; $p = 0,270$). Também através de análise correlacional de *Pearson*, verificou-se que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre sintomatologia depressiva (cf. BDI) e a POC ($r = 0,436$; $p < 0,001$). Ao analisarmos as dimensões do MOCI, constatámos que é a dimensão “dúvida” que se apresenta mais fortemente correlacionada com a sintomatologia depressiva, revelando uma correlação positiva estatisticamente significativa ($r = 0,489$; $p < 0,001$), seguindo-se a dimensão “verificação” ($r = 0,387$; $p < 0,001$), a “lentidão” ($r = 0,287$; p

Tabela 2
 Coeficientes de correlação de *Pearson* entre a sintomatologia depressiva (BDI) e a POC (MOCI)

	MOCI total	Verificação	Limpeza	Lentidão	Dúvida
BDI total	0,436**	0,387**	0,285**	0,287**	0,489**

Nota: ** resultado significativo no nível $p < 0,001$.
 Verificação, Limpeza, Lentidão e Dúvida: Fatores do MOCI

$< 0,001$) e a “limpeza” ($r = 0,285$; $p < 0,001$) (cf. Tabela 2). Relativamente à correlação de *Pearson* entre a prevalência de POC e os níveis de satisfação com a vida, verificou-se que esta é negativa e estatisticamente significativa ($r = -0,327$; $p < 0,001$).

Para se avaliar a relação entre as dimensões do NEO-FFI e a POC realizou-se igualmente uma correlação de *Pearson*. Observou-se que a dimensão “neuroticismo” está correlacionada positivamente com a sintomatologia obsessivo-compulsiva, tratando-se de uma correlação estatisticamente significativa ($r = 0,099$; $p = 0,033$). A “amabilidade” apresentou igualmente uma correlação positiva e estatisticamente significativa com a POC ($r = 0,168$; $p = 0,001$) (cf. Tabela 3). Realizaram-se adicionalmente testes correlacionais entre as dimensões do NEO-FFI e os fatores do MOCI, constatando-se que o fator “dúvida” está positivamente correlacionado com a dimensão “neuroticismo” ($r = 0,126$; $p = 0,020$), assim como com a dimensão “amabilidade” ($r = 0,131$; $p = 0,017$). Verificou-se igualmente correlação fortemente positiva entre o fator “verificação” e a dimensão “amabilidade” ($r = 0,185$; $p < 0,001$) (cf. Tabela 4). No que toca à relação entre o grau de

Tabela 3
 Coeficientes de correlação de *Pearson* entre as dimensões do NEO-FFI e a pontuação total do MOCI

	Neuroticismo	Extroversão	Abertura	Amabilidade	Conscienciosidade
MOCI total	0,099*	-0,061	0,016	0,168**	-0,029

Nota: ** resultado significativo no nível $p < 0,001$. * resultado significativo no nível $p < 0,05$.
 Neuroticismo, Extroversão, Abertura, Amabilidade e Conscienciosidade: dimensões do NEO-FFI.

crença na religião e a POC, não se encontrou correlação estatisticamente significativa ($r = 0,067$; $p = 0,160$).

Tabela 4
Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões do NEO-FFI e os fatores do MOCI

	Neuroticismo	Extroversão	Abertura	Amabilidade	Conscienciosidade
Verificação	0,094	-0,052	0,044	0,185**	-0,044
Limpeza	0,008	-0,051	-0,002	0,100	-0,050
Lentidão	0,102	-0,022	-0,030	0,103	0,005
Dúvida	0,126*	-0,037	-0,016	0,131*	-0,019

Nota:** resultado significativo no nível $p < 0,001$. * resultado significativo no nível $p < 0,05$. Neuroticismo, Extroversão, Abertura, Amabilidade e Conscienciosidade: dimensões do NEO-FFI. Verificação, Limpeza, Lentidão e Dúvida: Fatores do MOCI.

Discussão

Após a análise dos resultados obtidos, podemos concluir que a incidência de sintomatologia obsessivo-compulsiva nos inquiridos é considerável, não existindo diferenças claras entre os indivíduos do sexo masculino e feminino. Estes resultados vão ao encontro de alguns dados da literatura que sugerem que a incidência da psicopatologia é tão comum nos homens, como nas mulheres (APA, 2002; Taylor, 2009). Ainda assim, os dados sugerem que no instrumento supracitado são maioritariamente os sujeitos masculinos que têm pontuações acima do ponto de corte, situação que pode ser justificada pelo facto dos participantes do estudo serem na maioria homens. Não se encontrou qualquer relação entre a idade e a POC, o que pode ser justificado pela falta de consenso científico no que diz respeito às idades de início da psicopatologia (APA, 2002; Bland, 1988; Koran, 1999).

Ao analisarmos a relação entre a sintomatologia depressiva e a POC, constatámos que de facto, estas variáveis estão fortemente correlacionadas, o que confirma os estudos de Robins et al. (1984), estudos de Pigott et al. (1994) e também de Torres et al. (2006), que revelam que efetivamente existe uma relação entre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a depressão. Este é um resultado que vai ainda ao encontro de estudos de Baldwin et al. (2005) que apontam que a depressão é uma patologia comorbida à POC em 75% dos casos, para além de ir também ao encontro dos estudos de Janowitz et al. (2009) que destacam que os quadros obsessivo-compulsivos estão frequentemente associados a perturbações de humor. Este dado alerta a comunidade científica para a complexidade da POC e chama particular atenção para a relação entre esta e outras psicopatologias, nomeadamente a depressão que aumenta ainda mais o impacto da POC na vida social e ocupacional dos doentes (Chakraborty et al., 2012). A relação encontrada entre os quatro fatores do MOCI ("lentidão", "dúvida", "verificação" e "limpeza") e a sintomatologia depressiva reforça mais ainda que a POC está estreitamente interligada a quadros depressivos (Baldwin et al., 2005). As conclusões do presente estudo podem ser explicadas pelo facto dos pensamentos disfuncionais (obsessões) influenciarem de forma significativa o humor e o comportamento do indivíduo, traduzindo-se, por exemplo,

em comportamentos compulsivos de verificação e limpeza. A dúvida patológica, característica da POC e seu principal fator de manutenção, não só influencia a vida social e laboral dos indivíduos, como a própria autoestima e humor (Abramowitz et al., 2009; Neto & Baltieri, 2001). Na verdade, para alguns autores, a POC partilha muitas características das perturbações de humor, estando associada a vários défices, entre os quais défices das funções executivas que podem explicar os comportamentos estereotipados (Baldwin et al., 2005; Black et al., 1992).

Em relação ao nível de satisfação com a vida em indivíduos com características obsessivo-compulsivas, este estudo apurou que existe uma relação clara entre estas variáveis. Os indivíduos obsessivo-compulsivos revelam menos satisfação com as suas vidas, o que corrobora as investigações de Moritz et al. (2005). De facto, são vários os estudos que referem que os doentes com POC estão sujeitos a consequências cognitivas, emocionais e ocupacionais, tais como: interferência na vida profissional, estudantil, familiar, afetiva e social, portanto um decréscimo na satisfação com a vida (e.g., Fontenelle et al., 2010). Parece plausível considerar que a constante insegurança sentida pelos indivíduos obsessivo-compulsivos, bem como a necessidade de controlo e verificação, contribuem para que estas pessoas percecionem como pior a sua qualidade de vida. Os indivíduos com POC não só são claramente afetados em vários contextos do seu quotidiano, como também percecionam que as suas obsessões e compulsões afetam as suas vidas, o que em casos mais graves se traduz em ideação suicida (Hollander et al., 1997).

Quando investigámos quais as dimensões da personalidade que estão mais associadas à Perturbação Obsessivo-Compulsiva, verificou-se que "neuroticismo" e "amabilidade" estão positivamente correlacionadas com a POC. Relativamente à dimensão "neuroticismo", os nossos resultados vão ao encontro dos estudos de Rector et al. (2002), de Silva et al. (2011) e também de Furnham et al. (2013), que sugerem que o desenvolvimento de sintomas obsessivo-compulsivos está associado a este traço de personalidade. No entanto, as evidências de que indivíduos com POC apresentam baixos níveis de "amabilidade" não se confirmam na nossa amostra, ao contrário do que seria esperado (Rector, et al., 2002; Markon, et al., 2005; Furnham, et al., 2013). Também seria esperado que a sintomatologia obsessivo-compulsiva se correlacionasse negativamente com a dimensão "extroversão", dado que foi igualmente refutado. Em suma, o nosso estudo apenas confirma a relação entre "neuroticismo" e a POC, em particular no que toca ao fator "dúvida". Deste modo, e ainda que a relação entre personalidade e POC não seja suficientemente precisa, parece inquestionável que alguns dos seus domínios estão subjacentes ao aparecimento da psicopatologia (cf. correlações encontradas), contribuindo para a hipótese de que há fatores psicológicos na sua etiologia, para além de fatores biológicos e sociais (Grisham et al., 2011; Taylor, 2009). Uma das explicações mais apontadas para a dimensão "neuroticismo" estar relacionada com a POC, tem a ver com o facto de estas terem uma etiologia comum e partilharem mecanismos neuronais. A dimensão "neuroticismo" parece assim apresentar-se como um fator predisponente para uma

variedade de perturbações de ansiedade, incluindo a POC (e.g., Rector et al., 2002; Samuels et al., 2000).

Relativamente à possibilidade de haver uma relação entre o grau de crença na religião e a incidência de POC, constatámos que os dados sugerem uma relação positiva, embora não seja um resultado significativo. Efetivamente, ainda que não sejam as obsessões/compulsões mais frequentes, as crenças e condutas religiosas também podem ser um dos fatores explicativos do aparecimento de POC (Couto et al., 2010). É possível que determinados tipos de religiões sejam mais propícios ao desenvolvimento de quadros obsessivo-compulsivos do que outros, por isso seria importante investigar-se a incidência de POC em diversos tipos de religiões, uma vez que ainda não é totalmente compreensível a relação entre estas duas dimensões (Tek & Ulug, 2001).

Em suma, com este estudo meramente exploratório, concluiu-se que nos estudantes da Universidade de Aveiro há uma incidência considerável de sintomatologia obsessivo-compulsiva, que está muitas vezes associada a traços específicos de personalidade, para além de estar fortemente relacionada com quadros depressivos, psicopatologia frequentemente comorbida à POC (APA, 2002). Contudo, parece-nos fulcral salientar que estes resultados não significam que os estudantes sofram de Perturbação Obsessivo-Compulsiva, uma vez que o diagnóstico de perturbações mentais não deve ser concluído apenas com a realização de inventários (Alchieri & Cruz, 2003). Portanto, sublinha-se que a aplicação dos instrumentos psicológicos nesta investigação indica apenas sintomas das perturbações. Todavia, acreditamos que se deva estar atentos à saúde mental dos estudantes universitários, porque os dados deste estudo indicam-nos a presença sintomática de psicopatologias, em particular sintomas obsessivo-compulsivos. Uma vez que esta patologia (POC) provoca um grande sofrimento psicológico aos doentes, e por conseguinte, influencia negativamente as suas vidas, parece-nos essencial que se aposte na promoção da saúde mental dos universitários. Nesta amostra, poderíamos referir que alguns dos indivíduos beneficiariam de um acompanhamento especializado, nomeadamente através da Terapia Cognitivo-Comportamental, que se tem revelado eficaz no tratamento da POC (Abramowitz et al., 2009).

A continuidade da aposta em investigações deste cariz parece ser um caminho muito importante a tomar pela comunidade científica. Se por um lado sabemos bem os impactos da Perturbação Obsessivo-Compulsiva na vida das pessoas, ainda não é totalmente claro que conjunto de fatores desencadeia a perturbação (Taylor, 2009). Este estudo poderá ter contribuído para esta constatação, chamando a atenção para a necessidade de se continuar a investigar nesta área. Em estudos futuros, sugere-se que a investigação abranja alunos de várias instituições de ensino superior, público e privado, de várias zonas do país, de forma a garantir-se maior representatividade da amostra. Seria também oportuno estudarem-se de forma mais detalhada as relações que encontrámos neste estudo (e.g., investigação onde se averigue a relação POC-depressão ou POC-personalidade), nomeadamente através da utilização de outro tipo de instrumentos. A utilização de outros testes psicológicos permitir-nos-á

averiguar se os resultados encontrados se mantêm ou alteram consoante o tipo de avaliação efetuada.

Referências

- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, *374*(9688), 491-499. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3)
- Alchieri, J. C., & Cruz, R. M. (2003). *Avaliação psicológica: conceito, métodos e instrumentos*. S. Paulo: Casa do Psicólogo.
- American Psychiatric Association [APA]. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Baldwin, R., Jeffries, S., Jackson, A., & Sutcliffe, C. (2005). Neurological findings in late onset depressive disorder: comparison of individuals with and without depression. *The British Journal of Psychiatry*, *186*, 308-313. doi: [10.1192/bjp.186.4.308](http://bjp.186.4.308)
- Black, D. W., Noyes, R., Goldstein, R. B., & Blum, N. (1992). A family study of Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives General Psychiatry*, *49*(5), 362-368. doi: [10.1001/archpsyc.1992.01820050026004](http://archpsyc.1992.01820050026004)
- Bland, R., Newman, S., & Orn, H. (1988). Age of onset of psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *77*(S338), 43-49. doi: [10.1111/j.1600-0447.1988.tb08546.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb08546.x)
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G., & Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, *14*(8), 434-441. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(99\)00224-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(99)00224-2)
- Caldas de Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1º relatório. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Chakraborty, V., Cherian, A. V., Math, S. B., Venkatasubramanian, G., Thennarasu, K., Mataix-Cols, D., & Reddy, Y. (2012). Clinically significant hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from an Indian study. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(8), 1153-1160. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.006>
- Costa, P., & McCrae, R. (2010). *Neo Five-Factor Inventory-3. Interpretative Report*. Florida: Psychological Assessment Report.
- Couto, L. d. S. R. B., Rodrigues, L., Vivan, A. d. S., & Kristensen, C. H. (2010). A heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): uma revisão seletiva da literatura. *Contextos Clínicos*, *3*, 132-140.
- Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). An investigation of traumatic life events and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, *45*(7), 1683-1691. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.08.018>
- Fontenelle, I. S., Fontenelle, L. F., Borges, M. C., Prazeres, A. M., Rangé, B. P., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2010). Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *179*(2), 198-203. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.04.005>
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(4), 291-296. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00108-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00108-8)
- Furnham, A., Hughes, D. J., & Marshall, E. (2013). Creativity, OCD, Narcissism and the Big Five. *Thinking Skills and Creativity*, *10*, 91-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tsc.2013.05.003>
- Gonçalves, Ó. F., Marques, T. R., Lori, N. F., Sampaio, A., & Branco, M. C. (2010). Obsessive-Compulsive Disorder as a Visual Processing Impairment. *Medical Hypotheses*, *74*(1), 107-109. doi: [10.1016/j.mehy.2009.07.048](http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2009.07.048)
- Grabe, H., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Freyberger, H., Dilling, H., & John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *250*(5), 262-268.
- Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, *41*(12), 2495-2506. doi: [doi:10.1017/S0033291711000894](http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711000894)
- Heyman, I., Mataix-Cols, D., & Fineberg, N. A. (2006). Obsessive-compulsive disorder. *BMJ*, *333*(7565), 424-429. doi: [10.1136/bmj.333.7565.424](http://dx.doi.org/10.1136/bmj.333.7565.424)
- Hollander, E., Stein, D., Kwon, J., Rowland, C., Wong, C., Broatch, J., & Himelein, C. (1997). Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, *2*, 16.
- Janowitz, D., Grabe, H. J., Ruhrmann, S., Ettelt, S., Buhtz, F., Hochrein, A., ... Wagner, M. (2009). Early onset of obsessive-compulsive disorder and associated comorbidity. *Depression and Anxiety*, *26*(11), 1012-1017. doi: [10.1002/da.20597](http://dx.doi.org/10.1002/da.20597)
- Jenike, M. A. (2004). Obsessive-compulsive disorder. *New England Journal of Medicine*, *350*(3), 259-265. doi: [10.1056/NEJMc031002](http://dx.doi.org/10.1056/NEJMc031002)
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, *41*(7), 1205-1216. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.019>
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, *45*(12), 1094. doi: [10.1001/archpsyc.1988.01800360042006](http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360042006)
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602. doi: [10.1001/archpsyc.62.6.593](http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593)
- Koran, L. (1999). *Obsessive-compulsive and related disorders in adults. A comprehensive clinical guide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lotufo Neto, F., & Baltieri, M. A. (2001). Processos cognitivos e seu tratamento no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *23*, 46-48.
- Macedo, A., & Pocinho, F. (2000). *Obsessões e compulsões - as múltiplas faces de uma doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Magalhães, E., Salgueiro, A., Gonzalez, A., Costa, J., Costa, M., Costa, P., & Pedroso-Lima, M. (submetido). Psychometric properties of a short personality inventory. *European Journal of Psychological Assessment*.
- Markon, K. E., Krueger, R. F., & Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: an integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*(1), 139. doi: [10.1037/0022-3514.88.1.139](http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.139)
- Masellis, M., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2003). Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, *48*(2), 72-77.
- McKeon, J., McGuffin, P., & Robinson, P. (1984). Obsessive-compulsive neurosis following head injury. A report of four cases. *The British Journal of Psychiatry*, *144*(2), 190-192. doi: [10.1192/bjp.144.2.190](http://dx.doi.org/10.1192/bjp.144.2.190)
- Moritz, S., Birkner, C., Kloss, M., Jacobsen, D., Fricke, S., Böthern, A., & Hand, I. (2001). Impact of comorbid depressive symptoms on neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Journal of abnormal psychology*, *110*(4), 653. doi: [10.1037/0021-843X.110.4.653](http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.653)
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., & Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(6), 453-459.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, *5*(2), 164. doi: [10.1007/978-90-481-2354-4_5](http://dx.doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_5)

- Pigott, T. A., L'Heureux, F., Dubbert, B., Bernstein, S., & Murphy, D. L. (1994). Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 15-27; discussion 28-32.
- Poropat, A. E. (2009). A Meta-analysis of the Five-Factor Model of Personality and academic performance. *American Psychological Association, 135*(2), 322-338. doi: 10.1037/a0014996
- Radua, J., Heuvel, O. A. v. d., Surguladze, S., & Mataix-Cols. (2010). Meta-analytical comparison of voxel-based morphometry studies in obsessive-compulsive disorder vs other anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry, 67*(7), 701-711. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.70
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1994). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 5-10. doi: 10.1007/978-3-642-77608-3_1
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 143*, 1205-1219. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00024-4
- Rector, N., Hood, K., Richter, M., & Michael Bagby, R. (2002). Obsessive-compulsive disorder and the five-factor model of personality: distinction and overlap with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 40*(10), 1205-1219. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00024-4
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke Jr, J. D., & Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry, 41*(10), 949. doi: 10.1001/archpsyc.1984.01790210031005
- Rosso, G., Albert, U., Asinari, G. F., Bogetto, F., & Maina, G. (2012). Stressful life events and obsessive-compulsive disorder: clinical features and symptom dimensions. *Psychiatry Research, 197*(3), 259-264. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.005
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Riddle, M. A., Liang, K.-Y., . . . Am Cullen, B. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry, 177*(5), 457-462. doi: 10.1192/bjp.177.5.457
- Sánchez-Meca, J., López-Pina, J. A., López-López, J. A., Marín-Martínez, F., Rosa-Alcázar, A. I., & Gómez-Conesa, A. (2011). The Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory: A reliability generalization meta-analysis. *International Journal of Clinical Health & Psychology, 11*(3).
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 23*(8), 1055-1085. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2002.09.001
- Silva, J. A., Costa, D. B., Vicente, M. L. T. B., & Lourenço, T. M. A. (2011). Inventário de Obsessão-Compulsão: Análise da validade de um instrumento reduzido de prevalência temática dos sintomas do TOC. *Psico, 42*(4), 519-526.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia, 26*(3), 503-515.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Riedel-Heller, S., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2007). Quality of life in obsessive-compulsive disorder: the different impact of obsessions and compulsions. *Psychopathology, 40*(5), 282-289. doi: 10.1159/000104744
- Swedo, S. E., & Rapoport, J. L. (1989). Phenomenology and Differential Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. In J. L. Rapoport (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents* (pp. 13-23). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Taylor, C. (2009). Obsessive—Compulsive Disorder. *InnovAIT: The RCGP Journal for Associates in Training, 2*(6), 358-363. doi: 10.1093/innovait/inp058
- Tek, C., & Ulug, B. (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 104*(2), 99-108. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0165-1781(01)00310-9
- Torres, A., Prince, M., Bebbington, P., Bhugra, D., Brugha, T., Farrell, M., . . . Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *American Journal of Psychiatry, 163*(11), 1978-1985. doi: 10.1176/appi.ajp.163.11.1978
- Torresan, R. C., Smaira, S. I., Ramos-Cerqueira, A. T. d. A., & Torres, A. R. (2008). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica, 35*(1), 13-19.
- van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics, 8*(5), 450-458. doi: http://dx.doi.org/10.1375/twin.8.5.450
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I – Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica, XX*, 623-644.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica, XX*, 713-736.
- Waters, T. L., & Barrett, P. M. (2000). The role of the family in childhood obsessive-compulsive disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review, 3*(3), 173-184. doi: 10.1023/A:1009551325629
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., . . . Wickramaratne, P. J. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *The Journal of Clinical Psychiatry, 55 Suppl*, 5-10.
- Woodruff, R., & Pitts, F. N. (1964). Monozygotic twins with obsessional illness. *American Journal of Psychiatry, 120*(11), 1075-1080.
- Zitterl, W., Demal, U., Aigner, M., Lenz, G., Urban, C., Zapotoczky, H.-G., & Zitterl-Eglseer, K. (2000). Naturalistic course of obsessive compulsive disorder and comorbid depression. *Psychopathology, 33*(2), 75-80. doi: 10.1159/000029124

Notas

¹ Não existe uma definição única de “qualidade de vida”, contudo parece consensual que se trata de um construto multidimensional que reflete o bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos nos diversos domínios da sua vida (Torresan, Smaira, Ramos-Cerqueira, & Torres, 2008).

² Segundo o Modelo dos Cinco Fatores, as seguintes características descrevem a estrutura da personalidade de um indivíduo: extroversão, socialização/amabilidade, realização/conscienciosidade, neuroticismo e abertura para a experiência. Muitos dos instrumentos de avaliação da personalidade baseiam-se neste modelo (Poropat, 2009).