

# TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: REPERCUSSÕES NA DINÂMICA FAMILIAR

## OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER: EFFECTS ON FAMILY DYNAMICS

João Paulo Martins<sup>1</sup>

Ana Celina Pires de Campos Guimarães<sup>2</sup>

1. Psicólogo graduado pela Universidade Sagrado Coração – USC, Mestrando em Filosofia da Mente pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP campus Marília. Bolsista CAPES DS. E-mail: johnny.jp1233@gmail.com

2. Psicóloga, docente da Universidade Sagrado Coração – USC, Mestre em Saúde Mental pela Universidade de São Paulo – USP, Doutora em Ciências da Reabilitação pela Universidade de São Paulo – USP. E-mail: acpc.guima@bol.com.br

MARTINS, João Paulo; GUIMARÃES, Ana Celina Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

### RESUMO

O presente estudo objetivou caracterizar as representações, sentimentos e expectativas do indivíduo que apresenta Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e discutir as repercussões causadas no sistema familiar, que possui em sua convivência uma pessoa com esse transtorno. Foram entrevistados 5 familiares e 5 pacientes com TOC, atendidos no Ambulatório de Saúde Mental. A coleta de dado foi obtida em entrevista semi-estruturada, com questões abertas, em ambiente privado e individualmente, com o paciente e familiar. Os dados foram analisados quantitativa e qualitativamente, usando para isso a análise de conteúdo categorial temática. Os resultados indicaram que os sujeitos estudados apresentaram como sintomas rituais e pensamentos obsessivos, o que coincide com a literatura pesquisada. Entre tais características estão presentes os rituais de limpeza em 100% dos entrevistados e o de verificação em 40% dos mesmos.

Recebido em: 30/07/2012

Aceito em: 19/12/2012

Constatou-se, neste estudo, que o transtorno obsessivo-compulsivo causou repercussões na dinâmica familiar. Quando as influências não acometeram os familiares de uma forma direta, como imitação de rituais elas influenciam indiretamente através de brigas e afastamento dos familiares gerando rompimento nos laços da família conforme 60% das falas dos entrevistados. Concluiu-se deste modo que o TOC gerou dificuldades e sofrimento psíquico nos indivíduos que apresentaram esse transtorno e repercussão no sistema familiar.

**Palavras-chave:** Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), saúde mental, doença mental.

## ABSTRACT

The objective of the present study was to characterize the representations, feelings, and expectations of the person which presents Obsessive Compulsive Disorder (OCD) and discuss the repercussions caused in the family structure, do to living with a person with this disorder. Five family members and five patients with the disorder were interviewed at the Mental Health Clinic. The gathering of data was obtained in a semi-structured interview. The questions were open, in a private environment and individual, for both the families and the patient. The data was analyzed quantitatively and qualitatively, using the analyses of the categorical thematic content. The results showed that the subjects studied presented ritual symptoms and objective thoughts, which coincides with the researched literature. Among the characteristics presented, 100% of them had a cleaning ritual, and 40% had a verification ritual. It was found in this study that the obsessive compulsive disorder caused repercussions in the family's dynamics. When the influences didn't attack directly the families in an imitation ritual, it usually caused family intrigues and withdrawal in 60% of the cases. It was concluded that the OCD caused difficulties and psychological suffering in individuals who presented this disturbance and had repercussions in the family system.

**Key words:** Obsessive Compulsive Disorder (OCD), mental health, mental illness.

MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina  
Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina  
Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é considerado, em termos de frequência, como o número quatro entre os transtornos psiquiátricos e é um transtorno que apresenta como sintomas obsessões e compulsões, sendo prevalência anual de 1,5% e de ocorrência ao longo da vida de 2,0 % a 2,5% (SAMPAIO, 2013; CORDIOLI, 2014). Conforme relata Cordioli (2014), o início dos sintomas começa na infância ou na adolescência, sendo que a probabilidade de ocorrência na idade adulta (após os 18 ou 20 anos) é menor e excepcional após os 40 anos.

As obsessões, conforme Gonzalez (1999) se caracterizam por pensamentos e ideias persistentes que causam desconforto e ansiedade no indivíduo. Segundo as diretrizes diagnósticas do CID-10 (1993), as obsessões são caracterizadas por pensamentos do próprio sujeito que são não prazerosos, sendo que seu ato é executado repetidas vezes e deve existir pelo menos um pensamento que ainda é resistido, ou seja, tentativa de anulação de tal pensamento. As obsessões mais frequentes são preocupação com sujeira, medo que algo de ruim aconteça, entre outras. Elas podem ser criadas como um produto mental através de palavras, atos, músicas e preocupações (ROSARIO-CAMPOS; MERCADANTE, 2000).

Ainda nas palavras de Cordioli (2014), é observado que as obsessões podem ser caracterizadas como:

Intrusivas: invadem a mente contra a vontade do indivíduo; são difíceis de controlar ou de afastar, especialmente quando muito graves. São indesejadas: são desagradáveis, causam desconforto, ansiedade ou medo e se referem a temas como um perigo, ameaça ou desastre, e não a situações prazerosas. Provocam resistência: induzem o indivíduo a lutar contra, tentar afastar, ignorar, suprimir ou neutralizar, geralmente sem sucesso. São egodistônicas: seu conteúdo é indesejado e provoca desprazer, medo e angústia; pode, ainda, ser estranho ao indivíduo contrariando seus valores morais ou seus desejos (CORDIOLI, 2014, p. 16).

As compulsões, “são comportamentos repetitivos ou atos mentais que visam reduzir a ansiedade e afastar as obsessões” (GONZALEZ, 1999, p.63). Elas podem estar subdivididas em quatro grupos, que são: imagens obsessivas (repetição de cenas indesejáveis), imagens compulsivas (forma ritualística de aliviar uma obsessão), imagens de desastre (imaginar que algo desastroso aconteça), imagens perturbadoras (exigência que um ritual compulsivo já iniciado se rei-

nicie). Dentre algumas dessas compulsões, podemos citar lavagem das mãos, verificação de portas, ordenação e arrumação, contagem e colecionismo.

Os sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) sofrem uma “evolução” ao longo do tempo, pois em crianças de 2 a 4 anos os sintomas são, de certa forma, fracos. Porém a partir dos 6 anos os sintomas exercem maior influência na vida infantil. (ROSARIO-CAMPOS; MERCADANTE, 2000).

Os sintomas seguem sempre um mesmo ciclo, não importando aspectos regionais ou transculturais nos quais a pessoa está inserida. Um exemplo são as pesquisas feitas em vários países como Índia, Inglaterra, Japão, Dinamarca, Brasil, que nos mostra que os sintomas do TOC se mostram de acordo com um padrão, como, por exemplo, limpeza, verificação de objetos, mostrando desse modo o substrato biológico coincidente.

Estudos mostram que a diversidade de sintomas é limitada dentro de alguns subgrupos do TOC. Isso significa que os sintomas presentes em pacientes com TOC se inserem em grupos específicos como podemos constatar nas palavras de Hounie *et al.*

[...] as diferentes taxas de resposta ao tratamento, os diferentes cursos evolutivos, as diversas formas de apresentação da síndrome sugerem a existência de diversos subtipos com possíveis bases fisiopatológicas específicas. (2001, p.13).

Esses subgrupos do TOC podem ser, segundo Hounie *et al.* (2001), divididos em quatro, nos quais são apresentados sintomas obsessivo-compulsivos bastante peculiares. Rosário-Campos e Mercadante (2000) ressaltam que pode iniciarse na infância, quando as particularidades sintomáticas são adquiridas.

Os quatro subgrupos citados acima são: TOC associado a tiques, que é caracterizado por pessoas com TOC que possuem também a Síndrome de Tourette. Esse subgrupo apresenta idade precoce no aparecimento dos sintomas que afetam principalmente membros do sexo masculino e causam frequentemente déficit de atenção com hiperatividade, fobia social, transtorno de humor, e ansiedade, pensamentos violentos sexuais, rituais de colecionamento e contagem; relação com a idade de início do TOC, que afetam principalmente adolescentes do sexo masculino, sendo seu tratamento muito mais difícil de ser realizado; TOC associado à febre reumática que é caracterizada por manifestações sistêmicas e no sistema nervoso desencadeadas por ações bacterianas na região da orofaringe.

MARTINS, João Paulo; GUIMARÃES, Ana Celina Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina  
Pires de Campos. *Transtorno  
Obsessivo-Compulsivo:  
Repercussões na Dinâmica  
Familiar*. Mimesis, Bau-  
ru, v. 33, n. 2, p. 165-180,  
2012.

Essa febre agride os linfócitos-T que, por sua vez, deixam de proteger os gânglios da base. Existem evidências que esses gânglios da base sem proteção estejam envolvidos com o aparecimento do TOC. (HOUNIE *et al.* 2001).

Não existe uma única etiologia para o TOC. De acordo com Oliveira *et al* (2011), dois fatores estão quase sempre presentes, a saber, o componente hereditário e os conflitos psicológicos.

Em estudos sistemáticos sobre a origem genética do TOC, encontrou-se que gêmeos monozigóticos (MZ) e dizigóticos (DZ) apresentavam uma taxa de incidência para o TOC de 53% a 87% no primeiro e de 22% a 47% no segundo. Constatou-se também que em pessoas com TOC, com início anterior aos 14 anos, houve correlação de TOC e SOC em parentes do primeiro grau. (ROSARIO-CAMPOS e MERCADANTE, 2000).

Outro fator de relevância no aspecto genético do TOC é um possível gene propagador desse transtorno, pois estudos feitos com 24 famílias de pessoas com TOC constataram que em 80% delas havia indícios dos mesmos SOC (GONZALEZ, 2001). Além disso, foram descobertos alguns genes do sistema dopaminérgico e serotoninérgico, além de outras enzimas que poderiam ser responsáveis pela etiologia do TOC. A partir dos dados apresentados (com pesquisas envolvendo familiares de pessoas com TOC) surge uma nova hipótese: de que esses transtornos de ansiedade podem ser adquiridos pela convivência com tais pessoas. No entanto, foi feito um estudo para delimitar até que ponto o ambiente pode afetar uma pessoa para que ela desenvolva um transtorno de ansiedade. Foi constatado que a hereditariedade é responsável por 30% dos sintomas do transtorno em uma pessoa, e o restante dos sintomas é devido ao ambiente (HOLMES, 1997).

Segundo Mercadante (2001), cientistas propuseram que anticorpos ao tentarem combater eventuais proteínas bacterianas existentes no corpo, reagem contra outra proteína (tropomiosina) encontrada no miocárdio e que também está presente no sistema nervoso central (SNC). Conforme o trecho a seguir:

[...] a hipótese mais comum (do TOC imunológico) admite um efeito de mimetismo— por exemplo, quando anticorpos dirigidos à proteína M do estreptococo passam a reagir contra a tropomiosina, uma proteína encontrada em células miocárdicas. Tal concepção poderia ser transposta para o SNC, que também expressa essa proteína. (MERCADANTE, 2001, p.32).

Desse modo, através da corrente sanguínea os anticorpos chegam ao SNC reagindo com as tropomiosinas lá encontradas. Porém

para chegar ao SNC os anticorpos precisam quebrar uma barreira protetora sendo que

[...] alguns fatores podem provocar a ruptura da barreira (hematolíquórica). Um deles é a febre alta que normalmente acompanha infecções, o que poderia ocorrer com uma parte desses pacientes com TOC/ST imunológico (MERCADANTE, 2001, p.32).

Para complementar essas características expostas acima, pode-se dizer que o fenótipo dos pacientes de TOC imunológico ou autoimune pode ser crônico, como observado nas doenças autoimune, ou então, efêmero como em um caso de processo inflamatório agudo. Para reforçar essa ideia do caráter imunológico, como sendo um dos possíveis fatores etiológicos do TOC, podemos relatar as pesquisas que confirmaram que de 10 % a 30% das crianças que possuem TOC apresentam também alterações imunológicas (ROSARIO-CAMPOS; MERCADANTE, 2000).

O diagnóstico de TOC, segundo González (1999), só deverá ser feito quando os sintomas ocuparem mais de uma hora por dia e se afetarem no relacionamento social, intrapessoal, ocupacional e acadêmico da pessoa.

Tratamentos com inibidores de serotonina (neurotransmissor) e com medicamentos antagonistas aos receptores dopaminérgicos faz com que os sintomas do TOC tenham uma queda significativa (GONZALEZ, 1999). Entre os medicamentos que provocam inibição de serotonina podemos citar a Clomipramina, pois ela, como os demais antidepressivos ou medicamentos com a mesma função como a Fluoxetina, a Fluvoxamina, a Sertralina, a Paroxetina e o Citalopran, atuam bloqueando a recaptção de serotonina, ou seja, esses medicamentos fazem com que haja uma maior concentração desse neurotransmissor disponível (no sistema nervoso), aumentando, dessa forma, a atividade das sinapses (HOLMES, 1997; MARQUES, 2001).

Mesmo com esses medicamentos, a melhora dos sintomas demora a aparecer, sendo que, a resposta não é completa, pois há somente redução de 40% dos sintomas entre 40% e 60% dos casos. Após a suspensão do uso dos medicamentos, a tendência é que os sintomas retornem aos padrões iniciais da ocorrência do transtorno (MARQUES, 2001).

Observando que o transtorno obsessivo-compulsivo é um transtorno de ansiedade, uma das explicações psicodinâmicas para o

MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina  
Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina  
Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

surgimento de tal transtorno, como também para casos como transtornos fóbicos, do pânico, entre outras neuroses, pode ser encontrada nos escritos de Sigmund Freud, a partir da teoria psicanalítica. (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

Freud postula que a ansiedade consiste no alerta das ameaças contra o EGO exercidas pela oposição do prazer imediato do ID (instintos) e pela perfeição do SUPEREGO (censura). Dessa forma o EGO protege o aparelho psíquico, conforme relatado abaixo:

a ansiedade provoca a tensão, motivando o indivíduo a tomar alguma atitude para reduzi-la. De acordo com a teoria de Freud, o EGO desenvolve um sistema proteção – os chamados mecanismos de defesa – que consistem nas negações inconscientes ou distorções da realidade. (SCHULTZ, D.P.; SCHULTZ, S.E, 2005. p. 374).

Dentre os mecanismos de defesa pode-se citar: o recalque (quando um indivíduo não consegue ver ou ouvir o que realmente ocorre), a formação reativa (é a oposição extrema da ação ou pensamento real), a regressão (retorno do indivíduo a etapas anteriores do seu desenvolvimento), a projeção (ocorre a partir da transposição de um pensamento ou de uma concepção de ser para o meio externo), a racionalização (construção de um argumento intelectual plausível que justifique as deformações da consciência) (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

Ainda a respeito da teoria psicanalítica pode-se dizer que as compulsões são oriundas de um comando interior, ou seja, da própria pessoa. Esse comando é uma propagação da voz de um interlocutor que a pessoa teve contato e que a comandou nas fases primárias de seu desenvolvimento, sendo que em nossa cultura esse papel era exercido pelo pai. Porém, o que acontece é que essa voz de comando é internalizada pelo sujeito, denominada SUPEREGO, por exemplo, o ritual de limpeza de alguns pacientes com TO podem estar relacionados a alguns comandos de seus pais que o mandavam limpar-se quando estavam sujos (FENICHEL, 1981; KLEIN, 1991).

Segundo Teixeira (2007), os sintomas neuróticos são, na verdade, indicadores de uma pulsão sexual não concretizada e, assim sendo, tais sintomas vêm acompanhados de um forte fator agressivo que expõe o sentimento de culpa do sujeito, fazendo, dessa forma, os sintomas serem uma forma de satisfação por meio da punição.

A revisão de literatura, como por exemplo Holmes (1997) e Cordioli (2014), também indica que o TOC está ligado às questões familiares. Assim sendo, sobressai uma importante questão: O TOC,



de algum modo, traz repercussões à dinâmica familiar?

Deste modo, considerando a complexidade dos sintomas do TOC, o presente trabalho teve como objetivo verificar se esse transtorno causaria repercussão na dinâmica familiar. Para atingir o objetivo proposto realizou-se entrevistas com pacientes diagnosticados com TOC e com familiares de pacientes diagnosticados com TOC.

## METODOLOGIA

Foram coletados os dados em um Ambulatório Regional de Saúde Mental, no interior de São Paulo, após a aprovação pelo comitê de ética da USC e da instituição mencionada. Os sujeitos da pesquisa foram 05 pacientes diagnosticados com TOC, em tratamento ambulatorial e 05 familiares de pessoas que apresentavam TOC.

Uma vez contatados, foi feito o convite para a participação no estudo. Foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e após a concordância e assinatura foi iniciada a entrevista semiestruturada. Na entrevista foram feitas perguntas abertas. Para a análise de dados foi utilizada a análise de conteúdo categorial temática, que pode ser descrita como uma forma de analisar as falas visando obter o entendimento das mensagens emitidas pelo locutor (BARDIN, 1979).

Na análise de conteúdo, observaram-se as seguintes fases de procedimento: 1. A pré-análise, que é formada por cinco etapas, sendo elas: a escolha dos documentos, a leitura flutuante, formulações de hipóteses e objetivos, a referencia dos indicadores e a preparação do material; 2.a exploração do material que consiste na sistematização e na decodificação das operações anteriormente feitas; 3. o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (GUIMARÃES, 2001).

## RESULTADOS

A apresentação dos resultados seguirá os seguintes critérios de apresentação: primeiramente os resultados obtidos com as pessoas com TOC, e em segundo lugar os resultados obtidos com os familiares de pacientes com TOC.

A escolaridade apresentada pelos pacientes com TOC variou da seguinte forma: 20% dos pacientes com TOC tinham o segundo

MARTINS, João Paulo; GUIMARÃES, Ana Celina Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.



MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina  
Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

grau completo e 80% possuíam o primeiro grau incompleto.

Os pacientes com TOC apresentaram como representação desse transtorno características como: constrangimento, doença, sintoma incômodo, segurança, decepção, frustração, medo de que coisas estranhas possam ocorrer.

Os sentimentos foram caracterizados como: frustração por tornar-se antissocial, tristeza pelo fato do TOC estar atrapalhando a sua vida, preocupação por ter rituais, constrangimento, fato de sentir com estranheza, angústia e alívio ao mesmo tempo.

A grande maioria dos pacientes entrevistados alegou que o transtorno obsessivo-compulsivo influenciou na dinâmica familiar, pois tal transtorno gerou distanciamento familiar tornando presente, brigas e discussões constantes e agressividade por parte de alguns familiares. Um sujeito relatou que começou a ser tratado de forma mais digna pelo fato da conscientização do familiar. Também perante a organização da dinâmica familiar os pacientes com TOC alegaram que houve, em alguns casos, uma ajuda maior de alguns membros da família, em consequência das limitações apresentadas, como por exemplo, dificuldade no transporte escolar de seus filhos. Outro fator bastante pertinente relatado pela maioria dos pacientes com TOC é que os sintomas ou os rituais que estes possuem foram passados para membros da família como sobrinhos, filhos e até mesmo com vizinhos. Relato que indica tanto os aspectos hereditários como os ambientais na etiologia deste transtorno.

No delineamento das expectativas vividas por pacientes com TOC encontrou-se a representação de que o TOC possa ser completamente curado, que ele não seja transmitido a outras pessoas e poder sair de casa sem preocupação alguma. Um sujeito relatou que tal transtorno não poderia ser curado e que não haveria expectativa em relação à vida.

Foram relatados pelos familiares, alguns sentimentos em relação a esse transtorno. Tais sentimentos apresentaram-se da seguinte forma: sentimento de cura em relação ao TOC, “depende da força de vontade”, um sentimento de estranheza.

Identificou-se que em relação à dinâmica familiar o TOC causou algumas mudanças como brigas constantes, dificuldade financeira, influência em relação a outro membro da família e desestruturação afetiva causado pelo paciente com TOC.

## DISCUSSÃO

Todos os sujeitos com transtorno obsessivo-compulsivo alegaram ter ciência de tal transtorno, ou seja, todos eles sabem que possuem TOC e não apenas alguns rituais ou algumas “manias” aleatórias. Demonstraram conhecimento sobre TOC e relataram seus sintomas, tais como: fechar a casa, limpeza excessiva do corpo, de partes do corpo e da casa, várias vezes por dia, medo de sujeira, lavar roupas constantemente, verificação de objetos. Esses dados foram compatíveis com resultados obtidos em outras pesquisas científicas, como a de Gonzalez (1999). Observou-se que a renda familiar não influenciou nas representações. Foi exposto por um familiar de paciente com TOC, que houve uma crise econômica familiar, visto o impedimento de trabalhar e o acúmulo de dívidas, sendo que as dívidas surgiram depois de a pessoa ter o transtorno e não antes.

O relato obtido por um sujeito ratifica as postulações freudianas de que há em todos os sintomas uma característica simbólica. Tal relato consiste na seguinte colocação: “[...] também essa sujeira que quero limpar é também a sujeira do meu passado que quero apagar e limpar da minha vida.” Segundo Freud (1996), o TOC é um transtorno de ansiedade, no qual fica subentendido ou mesmo camuflado em sintomas um conflito. Esse sintoma é simbólico e representa o conflito inicial, sendo nesse caso o ato de limpar as coisas significando o limpar seu passado.

Freud (1996) escreve que tal simbolismo é originário de um trauma ocorrido na infância da pessoa e que após a repressão gera ansiedade. Tal ansiedade provoca, no caso estudado, as obsessões apresentadas e para tentar saná-las ocorrem compulsões, ou seja, uma válvula de escape para a obtenção de um prazer mediante ao desprazer ocasionado pelo sintoma ansioso. Portanto as compulsões e os rituais são simbólicos e teriam o intuito de evitar a lembrança do trauma, sendo seu funcionamento inconsciente (BOCCA, 2005).

Segundo Freud em suas conferências, mais precisamente na conferência XVII, fica claramente elucidado que o que é posto em ação em uma neurose obsessiva (TOC), é a sustentação de uma energia reprimida, o que não ocorre em uma vida psíquica dita normal. Assim sendo, pode ser ressaltada a ansiedade como propulsora dessa energia. É uma ação inconsciente realizada nos rituais, decorrentes de mecanismos de defesa, tais como: deslocamento e condensação. Essa defesa consiste em reparar um conflito mais grave por outros um pouco mais tênues (FREUD, 1996).

MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina  
Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina  
Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

Pode-se dizer, segundo o autor citado acima, que o quadro sintomático advém de uma situação primária que é encontrada em uma necessidade de desvio das exigências libidinais do complexo de Édipo. Dessa forma o EGO sente necessidade de transformar o sentimento ansioso em um sintoma que é mais aceito perante as normas ou regras sociais (BOCCA, 2005).

Foi observado que algumas respostas dos pacientes com TOC e dos familiares não foram congruentes. Tais dados ou respostas eram referentes às questões de quando começou os sintomas, se os rituais influenciaram na dinâmica familiar e se comprometeram outras pessoas da família, também em relação aos próprios rituais observados por ambos, pacientes e familiares. Constatou-se que alguns rituais eram mais acentuados na versão do familiar e assim também foi referente à questão de influência dos sintomas no meio familiar. Em alguns momentos houve certa resistência por parte dos familiares em responder as questões propostas pelo entrevistador, especialmente questões relacionadas às repercussões na dinâmica familiar.

Constatou-se que nos sujeitos entrevistados houve co-morbidade do transtorno obsessivo-compulsivo e a depressão. Um sujeito relatou o sintoma depressivo, com a fala:

[...] Nada mais a esperar na vida. O que tinha que ser já foi. Só estou esperando partir. Não tenho nenhuma expectativa de vida. Não vou negar já tive vontade de tirar a minha vida, mas não tirei porque não tenho direito a isso. Quem decide isso é somente Deus e se eu tirasse minha vida na outra vida seria muito pior que essa e isso eu não aguento. Se aqui está ruim demais imagina se isso piorar.

Os sujeitos estudados apresentaram como sintomas, rituais e pensamentos obsessivos, o que coincide com a literatura pesquisada. Entre tais características estão presentes os rituais de limpeza em 100% dos entrevistados e o de verificação em 40% dos pacientes com TOC entrevistados. Também corroborando com a teoria de Del-Porto (2001) que não existem aspectos transculturais para o aparecimento do TOC, foram vistos os mesmos sintomas em todos os pacientes.

Constatou-se que de um modo geral o TOC causou repercussões na dinâmica familiar. Quando as influências não acometeram os familiares de uma forma direta, como imitação de rituais elas influenciam indiretamente através de brigas e afastamento dos familiares gerando rompimento nos laços da família conforme 60% das falas dos entrevistados. Houve impacto causado pelo TOC nas relações familiares, em relação às expectativas de vida dos pacientes e dos próprios familiares, com a esperança de cura do transtorno, de

não passá-lo para outras pessoas e que se não for para melhorar que não piore o quadro sintomático.

Emergiu a desilusão e o medo do familiar entrevistado, que os sintomas do paciente com TOC possam piorar ou não passar, confirmando mais uma vez o impacto do transtorno sobre os familiares.

## CONCLUSÃO

As representações e sentimentos dos pacientes com TOC e de familiares sobre esse transtorno foram que o mesmo causa limitações por ser uma doença, uma mania, um sistema de vida, uma necessidade interna. Quanto aos sentimentos dos pacientes com TOC, constatou-se que alguns sentiam angústia, preocupação, constrangimento, frustração e tristeza. Segundo os familiares os sentimentos foram caracterizados como estranheza, raiva e pena.

A repercussão desse transtorno na dinâmica familiar foi intensa predominando desestruturação econômica e familiar por motivos diversos envolvendo brigas, discussões e agressividade por parte dos familiares dos pacientes com TOC. Alguns familiares dos pacientes com TOC começaram a repetir os mesmos rituais que tais pacientes apresentavam.

Em alguns casos a ajuda de familiares, perante as “limitações” dos pacientes, foi muito importante.

Nos relatos dos familiares dos pacientes com TOC identificou-se as expectativas divididas em relação ao futuro. Alguns têm esperança de cura de tal transtorno e outros acreditam que não poderá haver uma cura desses sintomas.

Deste modo, se constatou nos relatos dos pacientes e familiares, as questões encontradas na literatura e a angústia de lidar com um transtorno ainda em processo de estudo e investigação, sem respostas absolutas.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao pai celestial (universo) e à minha família por terem me dado toda a força e companheirismo.

Agradeço a agência financiadora da pesquisa, FAP/USC, pois sem ela o presente trabalho não teria sido concretizado.

MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina  
Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina  
Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

Agradeço à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilene Cabello Di Flora que além de uma professora foi para mim um referencial, à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Celina Pires de Campos Guimarães, pessoa especial que me orientou nessa pesquisa e foi mais que uma professora orientadora, sempre paciente e companheira.

Agradeço à coordenação e aos pacientes do Ambulatório Regional de Saúde Mental de Bauru pelo acolhimento, ajuda e prontidão prestados.

Agradeço aos amigos que indiretamente, propiciaram fortemente a execução desse trabalho.

Enfim, muito obrigado!

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BOCCA, F. V. Investigação acerca do conceito de simbolismo. **Inter-ação: Rev. Fac. Ed.** Goiânia, v.30, s.2, p. 331-357, 2005.

BOCK, A.M.B.; FURTADO, O; TEIXEIRA, M. de L.T. A psicanálise. In: \_\_\_\_\_. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. 13<sup>a</sup> ed. São Paulo: Saraiva, p.70-82, 2001.

CLASSIFICAÇÃO de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CORDIOLI, A. V. O TOC e as suas manifestações. In: \_\_\_\_\_. **Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. 2<sup>a</sup>ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FENICHEL, O. Obsessão e Compulsão. In: \_\_\_\_\_. **Teoria psicanalítica das neuroses**. Rio de Janeiro: Atheneu, p. 251-290, 1981.

FREUD, S. Conferência XVII – O sentido dos sintomas. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: v.16: Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. Conferência XXIII – Os caminhos da formação dos sintomas. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: v.16. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GONZALEZ, C.H. Transtorno Obsessivo-Compulsivo. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 21, s.2, p.63-69, 1999.

GONZALEZ, C.H. Aspectos genéticos do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v.23, s.2, out. 2001.

GUIMARÃES, A. C. P. de C. **Grupoterapia em hospital-dia**: uma análise temática de quinze sessões. 2001. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

HOLMES, D. S. Transtorno de ansiedade: explicações. In: \_\_\_\_\_. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

HOUNIE, A.G. et al. Transtorno obsessivo-compulsivo: possíveis subtipos. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v.23, s.2, p.13-16, 2001.

KLEIN, M. A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: \_\_\_\_\_. **Amor, culpa e reparação: E outros trabalhos (1921-1945)**. **Obras completas** de Melanie Klein. Vol. 1. Rio de Janeiro: Imago, p. 253-264, 1991.

MARQUES, C. Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista brasileira de psiquiatria**. São Paulo, v.23, s.2, p.49-51, 2001.

MERCADANTE, M. T. Transtorno obsessivo-compulsivo: aspectos neuroimunológicos. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v.23, s.2, p.31-34, 2001.

MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

MARTINS, João Paulo;  
GUIMARÃES, Ana Celina  
Pires de Campos. *Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Repercussões na Dinâmica Familiar*. Mimesis, Bauru, v. 33, n. 2, p. 165-180, 2012.

OLIVEIRA, D. de. et al Relato de um paciente com diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo e depressão. **Revista contexto e saúde**. Ijuí, v. 10, n. 20, 2011.

ROSARIO CAMPOS, M. C. do; MERCADANTE, M. T. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v.22, s.2, p.16-19, dez. 2000.

SAMPAIO, A. S. et al. Estudos de associação genética do transtorno obsessivo-compulsivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 40, n. 5, 2013.

SCHULTZ, D.P.; SCHULTZ, S.E. Psicanálise: os primórdios. In:\_\_\_\_\_. **História da psicologia moderna**. 8ª ed. São Paulo: Cengage Learning, p.345-383, 2005.

TEIXEIRA, V. L. A escolha do sintoma na neurose obsessiva. **Mosaico estudos em psicologia**. Belo Horizonte, v.1, nº1, p. 11-16, 2007.



