



Natasha de Paula Cipro Almeida RA: 3469597

Thâmara Verissimo RA: 4586861

SNAPPS	4
1. Sumarizar	4
2. Numerar	4
3. Analisar	4
3. a Analisar o caso Ana Maria segundo a abordagem da TCC	5
3. b Analisar o caso Ana Maria segundo o DSM 5: Transtorno Obsessivo Compulsivo (F42)	6
3. b. I Critérios diagnósticos - TOC	7
3.b.II Transtorno Obsessivo-compulsivo Diagnóstico Diferencial: TOC e TAG	7
3. c Analisar o caso Ana Maria segundo a abordagem da Psicanálise	10
4. Perguntar	12
5. Planejar	13
5 .a Planejamento terapêutico para o caso Ana Maria segundo a TCC	13
5 .b Planejamento terapêutico para o caso Ana Maria segundo a Psicanálise	15
6. Selecionar	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

Estudo de caso instrumentalizado por SNAPPS

Personagem do longa-metragem, *TOC-TOC*, de Vicente Villanueva

O filme *TOC-TOC* oferece uma visão humorística e sensível das vidas de seis pacientes que compartilham o desafio comum do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) enquanto esperam pelo Dr. Palomero, psicólogo clínico, em seu consultório. Cada personagem lida com seus sintomas de TOC de maneira particular, e o filme destaca essas experiências individuais.

Lili, uma das personagens, enfrenta a compulsão de repetir incessantemente palavras e frases, o que afeta sua comunicação e levou à perda de seu emprego.

Otto é obcecado por simetria e organização, evitando pisar em linhas, o que dificulta sua concentração nas atividades diárias. Emílio é um taxista que se sente absorvido por repetidas em atividades mentais que envolvem números, diagnóstico conhecido como transtorno obsessivo compulsivo numérico ou aritmomania. Ele tem uma forte necessidade de contar suas ações ou os objetos ao seu redor, fazendo cálculos matemáticos.

Blanca é uma auxiliar de laboratório obsessiva por limpeza que apresenta pânico de contaminação biológica por micro-organismos, demonstrando dificuldades em tocar pessoas ou objetos, o que a faz lavar e desinfetar as mãos constantemente e a se distanciar fisicamente de tudo a seu redor.

Ana Maria cumpre rituais compulsivos, incluindo verificar objetos e realizar rituais religiosos e de verificação, o que atrasa seus compromissos, afeta suas relações pessoais e a impede de aproveitar o presente.

Finalmente, Federico é o único na sala de espera que não tem TOC; ele sofre de síndrome de Tourette, condição em que involuntariamente profere insultos e escatologias por meio de tiques físicos e vocais. Essa condição neurológica, no início, pode destoar do quadro apresentado pelos outros personagens, mas é explicada ao longo da trama.

O filme ilustra de forma cativante como esses personagens se organizam e se mobilizam como grupo para enfrentar suas obsessões e compulsões únicas enquanto aguardam suas consultas, revelando uma visão sensível e esclarecedora sobre o TOC e outras condições relacionadas à saúde mental.

Caso clínico da personagem Ana Maria

Ana Maria, uma mulher de 58 anos, busca tratamento de saúde mental devido a questões que têm afetado sua qualidade de vida. Em alguns momentos, ela menciona que não está buscando tratamento para si, mas para auxiliar uma amiga que a pediu que a acompanhasse na consulta.

Ana Maria é conhecida por sua forte devoção religiosa e frequenta regularmente sua igreja local. No entanto, ela relata uma série de preocupações e comportamentos que vêm ocorrendo ao longo dos anos. Esses sintomas incluem rituais religiosos, como fazer o sinal da cruz repetidamente e beijar objetos religiosos. Além disso, ela sente a necessidade de verificar inúmeras vezes se portas estão trancadas, luzes apagadas, o gás da cozinha e aparelhos desligados antes de sair de casa.

Esses rituais de verificação e preocupações religiosas frequentes resultam em atrasos em seus compromissos sociais, o que, por sua vez, a levou ao isolamento social. Ana Maria é viúva e vive sozinha em sua casa, o que torna essas preocupações ainda mais intensas.

Embora Ana Maria não tenha um diagnóstico formal neste momento, ela está buscando ajuda devido ao impacto significativo que esses sintomas têm em sua vida cotidiana e bem-estar psicológico.

Ela relata que sua forte devoção religiosa é uma parte central de sua vida, mas os rituais e as preocupações têm dificultado viver de acordo com suas crenças de maneira saudável.

SNAPPS

1. Sumarizar

Ana Maria, uma mulher de 58 anos, está buscando tratamento de saúde mental devido a preocupações que têm afetado sua qualidade de vida. Apresenta intensos sintomas relacionados principalmente a rituais religiosos repetitivos, como beijar imagens de santos e fazer o sinal da cruz, bem como rituais de verificação, como atrasar-se e perder compromissos para checar o gás fechado, a luz apagada, as chaves na porta etc. Ela relata não estar procurando tratamento para si, mas para acompanhar uma amiga.

2. Numerar

Diante do descritivo da personagem e para maior compreensão do caso clínico, são possíveis alguns levantamentos de hipóteses diagnósticas iniciais (HDI) para Ana Maria. São eles:

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC),
Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG),
Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

3. Analisar

Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno mental grave, incluído pelo manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais - DSM - IV - TR (2003) nos transtornos de ansiedade. Acomete homens e mulheres e é considerado o quarto transtorno psiquiátrico mais frequente, atingindo entre 2,5% e 3% da população mundial (Torres & Prince 2004).

No Brasil, estima-se que 4,5 milhões de pessoas sofram com esse transtorno, mas considera-se que os números possam ser bem maiores, pois em muitos casos as pessoas não procuram ajuda (Tripicchio, 2007).

A etiologia do TOC ainda não é bem conhecida, mas trata-se de uma condição heterogênea associada a fatores idiossincráticos, biológicos e genéticos, que aumentam a suscetibilidade ao desenvolvimento do transtorno.

Por outro lado, apesar da variação de manifestações clínicas, fatores de natureza psicológica, como aprendizagens errôneas, crenças distorcidas e pensamentos de natureza catastrófica, estão presentes na maioria dos portadores, e parecem desempenhar um papel importante no surgimento e na manutenção dos sintomas (Cordioli, 2007).

Os sintomas do TOC geralmente iniciam ainda na infância ou ao final da adolescência. Em aproximadamente 10% dos casos seus sintomas são incapacitantes e comprometem a qualidade de vida de seus portadores (Niederauer et al., 2007). De acordo com o DSM - IV - TR, suas características essenciais são obsessões ou compulsões recorrentes suficientemente severas para consumirem tempo (mais de uma hora por dia) e causar sofrimento acentuado e prejuízo significativo.

Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconhece que suas obsessões ou compulsões são excessivas ou irracionais. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 2000) determina, além dos critérios propostos pelo DSM - IV - TR, que os sintomas estejam presentes na maioria dos dias, por pelo menos duas semanas, para que se considere o diagnóstico de TOC.

3. a Analisar o caso Ana Maria segundo a abordagem da TCC

Como Ana Maria apresenta comportamento obsessivo, uma das abordagens terapêuticas mais adequadas para seu caso é a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que pode ser considerada uma das mais indicadas para tratamento de transtornos de ansiedade, depressão e transtornos relacionados, como o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC).

A TCC é uma abordagem terapêutica que se concentra na identificação e modificação de padrões de pensamento disfuncionais e comportamentos indesejados. No caso de Ana Maria, a TCC pode ser benéfica das seguintes maneiras:

- Identificação de Pensamentos Automáticos Negativos: A TCC ajuda os pacientes a reconhecerem pensamentos automáticos negativos e irracionais que podem contribuir para seus sintomas de ansiedade e depressão. Ana Maria pode aprender a identificar seus pensamentos obsessivos e preocupações relacionadas à religião e à verificação.
- Reestruturação Cognitiva: Com a orientação de um terapeuta de TCC, Ana Maria pode aprender a desafiar e reestruturar seus pensamentos disfuncionais. Isso pode

ajudá-la a desenvolver crenças mais realistas e saudáveis em relação à religião e às preocupações de verificação.

- Exposição e Prevenção de Resposta: Para abordar as compulsões de verificação, a TCC pode envolver técnicas de exposição gradual, nas quais Ana Maria é exposta a situações que desencadeiam suas compulsões, mas é incentivada a resistir a elas. Isso pode ajudar a reduzir a intensidade das compulsões ao longo do tempo.
- Desenvolvimento de Estratégias de Enfrentamento: A TCC ensina habilidades de enfrentamento para lidar com a ansiedade e o estresse. Ana Maria pode aprender técnicas de relaxamento, manejo de estresse e resolução de problemas para lidar com seus sintomas de forma mais eficaz.

A TCC demonstrou ser eficaz no tratamento de uma variedade de transtornos de ansiedade e pode ser uma abordagem promissora (Beck, 2008). Para Ana Maria, isso se aplica considerando seus sintomas de obsessões religiosas, compulsões de verificação e ansiedade crônica. No entanto, uma avaliação clínica completa será necessária para determinar o plano de tratamento mais adequado e personalizado para seu caso.

3. b Analisar o caso Ana Maria segundo o DSM 5: Transtorno Obsessivo Compulsivo (F42)

O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados, enquanto compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais em que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente.

3. b. I Critérios diagnósticos - TOC

Presença de obsessões, compulsões ou ambas.

Definições

- Obsessões são definidas por:

1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento.

2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação.

- Compulsões são definidas por:

1. Comportamentos repetitivos (p. ex.: lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex.: orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.
2. Os comportamentos ou os atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos

Duração das obsessões ou compulsões

As obsessões ou compulsões tomam tempo (p. ex., tomam mais de uma hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

3.b.II Transtorno Obsessivo-compulsivo Diagnóstico Diferencial: TOC e TAG

- Transtornos de ansiedade: Pensamentos recorrentes, comportamentos de esquiva e solicitações repetitivas de tranquilizações também podem ocorrer nos transtornos de ansiedade. Entretanto, os pensamentos recorrentes que estão presentes no transtorno de ansiedade generalizada (i.e., preocupações) são geralmente relacionados a preocupações da vida real, enquanto as obsessões do TOC não costumam envolver preocupações da vida real e podem incluir conteúdo estranho, irracional ou de natureza aparentemente mágica; além disso, as compulsões frequentemente estão presentes e em geral são ligadas às obsessões.
- Transtorno de Ansiedade Generalizada(F41.1)

Critérios diagnósticos - TAG

A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).

B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses).

1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.

2. Fatigabilidade.

3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente.

4. Irritabilidade.

5. Tensão muscular.

6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).

D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou

prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Características Diagnósticas - TAG

As características essenciais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão. Os adultos com transtorno de ansiedade generalizada frequentemente se preocupam com circunstâncias diárias da rotina de vida, como possíveis responsabilidades no trabalho, saúde e finanças, a saúde dos membros da família, desgrças com seus filhos ou questões menores (p. ex., realizar as tarefas domésticas ou se atrasar para compromissos). As crianças com o transtorno tendem a se preocupar excessivamente com sua competência ou a qualidade de seu desempenho. Durante o curso do transtorno, o foco da preocupação pode mudar de uma preocupação para outra.

Várias características distinguem o transtorno de ansiedade generalizada da ansiedade não patológica. Primeiro, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são excessivas e geralmente interferem de forma significativa no

funcionamento psicossocial, enquanto as preocupações da vida diária não são excessivas e são percebidas como mais manejáveis, podendo ser adiadas quando surgem questões mais prementes. Segundo, as preocupações associadas ao transtorno de ansiedade generalizada são mais disseminadas, intensas e angustiantes; têm maior duração; e frequentemente ocorrem sem precipitantes. Quanto maior a variação das circunstâncias de vida sobre as quais a pessoa se preocupa (p. ex., finanças, segurança dos filhos, desempenho no trabalho), mais provavelmente seus sintomas satisfazem os critérios para transtorno de ansiedade generalizada. Terceiro, as preocupações diárias são muito menos prováveis de ser acompanhadas por sintomas físicos (p. ex., inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele). Os indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada relatam sofrimento subjetivo devido à preocupação constante e prejuízo relacionado ao funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida.

Ainda sobre TOC e TCC

A Terapia Comportamental como método de tratamento para modificar comportamentos inadequados ou patológicos, com base em diferentes formas de aprendizagem. Zamignani e Vermes (2002) destacam que, na perspectiva da análise do comportamento, as obsessões causam ansiedade e sofrimento, enquanto as compulsões são respostas repetitivas que visam prevenir ou eliminar as obsessões, sendo controladas por reforço negativo.

O analista do comportamento, conforme Shimabukuro (2014), procura entender por que determinado comportamento é mantido e quais são suas consequências para o paciente, utilizando uma análise funcional do comportamento para identificar as funções desse comportamento (Francke, 2018).

A prática clínica analítica-comportamental, segundo Borges e Cassas (2012), ocorre no contexto de gabinete ou "setting clínico", baseando-se nos conhecimentos das ciências do comportamento e na behaviorista radical. No tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), a principal técnica comportamental é a "Terapia de Exposição com Prevenção de Respostas" (EPR).

Cordioli (2008a) relata que a EPR foi introduzida no tratamento do TOC na década de 1950 por Meyer, que obteve sucesso ao fazer com que ratos superassem seus medos por meio de exposição. Além da EPR, Cordioli (2014) apresenta outras técnicas

amplamente utilizadas no tratamento do TOC, incluindo a Exposição In Vivo e a Exposição na Imaginação, ambas com o objetivo de reduzir os sintomas ansiogênicos.

Estudos de Fontenelle, Prazeres e Souza (2007) analisaram a adição da exposição imaginária à exposição in vivo e EPR, mas não encontraram melhorias significativas em relação ao grupo que recebeu apenas exposição in vivo. A EPR foi adotada no tratamento do TOC devido à ineficácia da psicanálise e das terapias analíticas, que eram demoradas e não eliminavam os sintomas obsessivo-compulsivos (Cordioli, 2014).

Balkom (1998) questiona se a terapia cognitiva melhorou a eficácia da EPR, citando um estudo que encontrou resultados semelhantes para ambas as abordagens. A eficácia da EPR pode depender da consideração dos reforçadores positivos envolvidos nas respostas adaptativas às respostas ansiosas.

Uma análise de comportamento oferece uma abordagem experimentalmente embasada e eficaz para pacientes com TOC e seus familiares (Wielenska, 2001). Contudo, de acordo com Zamignani e Vermes (2002) é abordada a relação terapêutica com pacientes que não buscam tratamento espontaneamente, mas, sim, por demanda de familiares, representando um desafio adicional para o terapeuta.

É importante identificar obsessões e compulsões, avaliar sua intensidade e o sofrimento associado, bem como observar as consequências a curto, médio e longo prazos do comportamento obsessivo-compulsivo (Wielenska, 2001).

Cordioli (2008b) destaca que, apesar da eficácia comprovada da EPR, alguns pacientes, especialmente aqueles com convicções inflexíveis ou obsessões sem rituais, podem enfrentar dificuldades na terapia da EPR. Alguns pacientes preferem a EPR devido a preocupações com os efeitos colaterais de medicamentos a longo prazo (Barlow, 2009).

3. c Analisar o caso Ana Maria segundo a abordagem da Psicanálise

Para a psicanálise, as obsessões são definidas como pensamentos ego-distônicos recorrentes, enquanto as compulsões são ações que devem ser feitas para alívio da ansiedade. Temos como queixas dos pacientes cinco categorias:

- 1) rituais envolvendo checagem;
- 2) rituais envolvendo limpeza;
- 3) pensamentos obsessivos não acompanhados por compulsões;
- 4) lentidão obsessiva;
- 5) rituais mistos (Jenike, 1986).

O transtorno obsessivo-compulsivo é frequentemente complicado por depressão e sério prejuízo no funcionamento ocupacional e social, de forma que os membros da família e os que trabalham com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo podem também sofrer repercussão da doença.

O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva parece responder bem à psicanálise e à psicoterapia orientada para o *insight*. Sabe-se também que os sintomas aumentam ou diminuem dependendo da presença ou a ausência de estresse na vida do paciente. Quando a tensão é reduzida, pode ocorrer melhora, enquanto o aumento do estresse ou a recorrência da situação desencadeante original piora os sintomas (Black, 1974).

4. Perguntar

- Quais foram os fatores que fizeram você desenvolver esses comportamentos?
- Alguma situação ou gatilho específico que desencadeia seus sintomas de TOC?
- Você diz que esses comportamentos surgiram na adolescência; consegue se lembrar de como era sua vida antes de você desenvolver esse comportamento?
- Esses comportamentos na sua adolescência chegaram a atrapalhar sua vida escolar?
- Na sua adolescência, seus pais te ajudaram a compreender esses comportamentos? Buscaram algum suporte profissional para te auxiliar?
- Tem algum parente na família que apresente o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)?
- Há algum padrão de melhora ou piora em seus sintomas ao longo do tempo?
- Já tentou controlar ou resistir às compulsões? Com que resultado?
- Que tipo de sentimento te ocorre após realizar comportamentos compulsivos? Isso alivia temporariamente a ansiedade?

- Quando e como surgiu esse contato com a sua religião?
- Você notou algum desencadeante específico para essas preocupações?
- Como era o relacionamento com seu marido e como ele enxergava esses comportamentos em você?
- Além do TOC, há outros sintomas de saúde física ou mental que você acha importante mencionar?
- Você tem algum histórico médico importante ou usa medicamentos regularmente?
- Tem algum desejo ou objetivo no tratamento do TOC? O que você espera alcançar?
- Como você prefere que seu psicoterapeuta o ajude a lidar com o TOC?
- Você já participou de alguma forma de terapia, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), para tratar seu TOC? Se sim, como foi a experiência?
- Em que momento percebeu que esses comportamentos poderiam estar te atrapalhando?

5. Planejar

5.1 Planejamento terapêutico para o caso Ana Maria segundo a TCC

No planejamento terapêutico para Ana Maria, considerando os sintomas apresentados e a fundamentação teórica que sugere a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como uma abordagem eficaz, pode-se esboçar um plano de tratamento que considere atingir um objetivo principal conforme a aplicação de determinadas estratégias.

Desse modo, pode-se definir como objetivo principal reduzir os sintomas ansiosos e comportamentos compulsivos de Ana Maria, melhorando sua qualidade de vida e reintegrando-a à vida social. Para isso, será necessário valer-se das estratégias detalhadas a seguir.

Passos do Planejamento Terapêutico:

Iniciar com uma avaliação completa para entender os sintomas de Ana Maria, suas crenças e padrões de pensamento relacionados à religião, verificação e ansiedade. Isso pode incluir entrevistas clínicas e a aplicação de escalas de avaliação de ansiedade.

Construir uma relação terapêutica sólida e empática com Ana Maria, demonstrando compreensão e apoio à sua situação. Explicar de maneira simples e acessível o que é o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, seus sintomas e possíveis causas. Isso ajuda a reduzir o estigma e a aumentar a compreensão da paciente sobre seu próprio quadro.

Identificação de Crenças Disfuncionais, usar técnicas cognitivas para identificar as crenças disfuncionais de Ana Maria, especialmente aquelas relacionadas à religião e à necessidade de verificação. Isso pode envolver o uso de registros de pensamento.

Exposição e Prevenção de Resposta: implementar gradualmente essas técnicas para ajudar Ana Maria a enfrentar suas obsessões e reduzir as compulsões. Isso envolverá a exposição controlada a situações desencadeantes e a prevenção de suas respostas compulsivas. Ensinar técnicas de relaxamento, como respiração profunda e relaxamento muscular progressivo, para ajudar Ana Maria a lidar com a ansiedade.

Podemos Estabelecer Metas e monitoramento para definir metas terapêuticas claras em colaboração com Ana Maria, monitorando o progresso ao longo do tempo.

Trabalho com Crenças Religiosas: se a religião for uma parte significativa dos sintomas, é importante abordar as crenças religiosas de maneira respeitosa e colaborativa, ajudando Ana Maria a encontrar um equilíbrio entre sua fé e os sintomas.

Acompanhamento e Prevenção de Recaídas: Planejar sessões de acompanhamento regulares após a redução dos sintomas para prevenir recaídas e consolidar os ganhos terapêuticos.

Resultados Esperados:

- Com o tempo e a adesão ao tratamento.
- Redução significativa nos sintomas ansiosos e compulsivos.
- Melhoria na qualidade de vida e no funcionamento social.

- A capacidade de enfrentar situações desencadeantes sem recorrer a compulsões.
- A integração bem-sucedida nas atividades sociais e comunitárias.

5 .b Planejamento terapêutico para o caso Ana Maria segundo a Psicanálise

No modelo específico da clínica psicanalítica, esses sintomas serão considerados como tendo um sentido para o sujeito, sendo que esse sentido está relacionado com a trama inconsciente. O psicanalista abre espaço para que o indivíduo se manifeste livremente pedindo para que ele fale de si mesmo, sendo esse, o método, para desvendar o significado do sintoma (PRISZKULNIK, 2000).

O tratamento psicanalítico pode ser extremamente útil em uma série de situações. Muitos pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo parecem agarrar-se a seus sintomas, resistindo muito aos esforços de tratamento. Pelo fato de os sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo poderem acompanhar qualquer nível de personalidade subjacente ou organização de ego (MALEN, 1978), uma avaliação psicanalítica também deve focar a função dos sintomas em toda a estrutura intrapsíquica do paciente. Apesar da natureza refratária de muitos sintomas obsessivo-compulsivos, a psicanálise e/ ou psicoterapia psicanalítica podem melhorar consideravelmente o funcionamento interpessoal dos pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo.

Alguns profissionais de saúde mental (Leib, 2001; Meares, 2001) observaram como o envolvimento dos pacientes com rituais e pensamentos obsessivos pode levar a uma existência pessoal altamente restrita, levando igualmente ao desenvolvimento problemático do *self* e das relações objetais. A psicanálise e/ou psicoterapia psicanalítica podem ser necessárias para ajudar o paciente a redefinir um sentido de self separado da experiência dos rituais e pensamentos obsessivos e a desenvolver uma maior consciência com respeito à vida interna dos outros.

No entanto, por perceberem que também havia sujeitos que não conseguiam perceber a não funcionalidade de seu sintoma, a área médica passou a considerar importante como critério diagnóstico a existência de indivíduos sem *insight*, sendo esse um fator já abordado no DSM-IV. Esse termo se refere ao conhecimento da pessoa de que seus sintomas não têm sentido. Dependendo do humor do indivíduo ou das circunstâncias poderá haver alterações entre período de *insight* e períodos de forte crença

As compulsões surgem nesse contexto na tentativa de neutralizar o efeito das obsessões, sendo resposta às mesmas ou a regras rígidas que podem se manifestar na forma de comportamento repetitivos

Wallerstein, (1998) em seu livro *A cura pela fala*, coloca que o psicanalista, após levantar os principais aspectos relacionados aos processos inconscientes do paciente e

identificar os mecanismos de defesa utilizados, busca por meio da análise desses mecanismos de defesa utilizados, centralmente as fantasias transferenciais, alcançar o entendimento do passado infantil originador dos sintomas, sendo que esse processo de busca, ao dissolver a resistência do indivíduo, permite a reelaboração do trauma ou por meio da investigação dos desencadeantes que iniciam ou exacerbam os sintomas. Ao ajudarmos os pacientes a compreender a natureza desses estressores, os sintomas podem ser manejados de forma mais eficaz.

6. Selecionar

Diante do exposto, pode-se selecionar alguns recortes para aprofundamento de pesquisa, como os tópicos abaixo.

- TOC e religião: um enfoque sobre crenças individuais e seu impacto na saúde do indivíduo
- O impacto das relações no comportamento do sujeito: um olhar para o histórico familiar no TOC
- A influência do ambiente no comportamento em pacientes com TOC

Por meio de posterior elaboração de artigo científico, iremos aprofundar nossas pesquisas e discussões sobre TOC, tal qual se apresenta no quadro clínico observado pela paciente Ana Maria, no filme *TOC-TOC*, de Vicente Villanueva, focalizando a psicopatologia Transtorno Obsessivo Compulsivo, adotando um recorte de maior especificidade acadêmica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁVILA, Ana Paula Da Silva. *Neurose obsessiva e toc: um diálogo entre psicanálise e psiquiatria*. Faculdade de Ciências da Saúde – FACS. Curso de Psicologia. Brasília, jun. 2008. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/185253649.pdf>. Acesso em: 15 set. 2023.

American Psychiatric Association, Manual Diagnóstico e Estatístico De Transtornos Mentais. DSM-5, tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento .. et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre Artmed, 2014.

BORTOLI, Bruno Almeida de; FRANCKE, Ingrid Ávila. Tratamento psicoterápico do transtorno obsessivo-compulsivo: perspectivas da terapia cognitivo-comportamental e terapia analítico-comportamental. *Periódicos eletrônicos em Psicologia*. jan. dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942018000100012 Acesso em: 17 set. 2023.

CHIAPETTI, Nilse; GOMES, Lucena Cavalcanti; MELLO, Caroline; *Revista brasileira de terapias cognitivas*. Rio de Janeiro: Universidade Federal da Paraíba. n. 1. vol. 8. jun. 2012.

CORDIOLI, Aristides Volpato; KNAPP, Paulo. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *BJP - Brazilian Journal Psychiatry*. n. 30. vol. 2. out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/xZ6MGPFQJfqf4CysRQYByyh/>. Acesso em: 20 set. 2023.

KNAPP, P.; BECK, A.T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa na terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30(2), 54-64.

LOWENKRON, Theodor. A clínica psicanalítica atual: obsessão, compulsão, fobia e pânico. Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo. v.43 n.3 set. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0486-641X2009000300014&script=sci_arttext. Acesso em: 21 set. 2023.

Mariana Bandeira Formiga ,Melyssa Kellyane Cavalcanti Galdino,