



---

ALARICE FIGUEIREDO SATO

**TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO:  
VISÃO PSICOLÓGICA E VISÃO PSIQUIÁTRICA**

---

Campo Grande, MS  
2020

ALARICE FIGUEIREDO SATO

**TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO:  
VISÃO PSICOLÓGICA E VISÃO PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Anhanguera Uniderp, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Psicologia.

Orientador: Amanda Mattos

ALARICE FIGUEIREDO SATO

**TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO**  
**VISÃO PSICOLÓGICA E VISÃO PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Anhanguera Uniderp, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Psicologia.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof(a). M.a Cleudimara Sanches Sartori Silva

---

Prof(a). M.a Giuliana Elisa dos Santos

---

Prof(a). M.a Fernanda Corrêa Galvão Moraes

Campo Grande, dia 19 de junho de 2020.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço aos meus pais Antonio e Cleonice, pelo o apoio e incentivo em persistirem comigo nessa longa jornada dos cinco anos de curso.

Ao companheirismo de meu esposo, André, ao suporte com meu filho de minha sogra Mieko e avó Carmen, e minhas amigas e colegas de curso, aos quais compartilhamos muitas alegrias e muitos momentos de dificuldades encontrados nesse longo período de formação.

Agradeço aos meus professores, pois suas contribuições foram fundamentais e essenciais na minha formação profissional. A dedicação, compreensão e o conhecimento aos quais nos fora passado aos longos desses anos. Agradeço principalmente aos mestres: Marly Bigattão (docente e Gestalt terapeuta) por todos os conhecimentos teóricos e práticos transmitindo seu amor pelo conhecimento e em ensinar; Graciela Delmondes (docente e psicanalista) por todo seu carinho em nos ensinar com seu jeito único; Avany Leal (docente) pela a experiência em psicopatologia e em neuropsicologia a qual me desperta o interesse na qual tornava meus dias mais alegres e cativantes, e por fim e não menos importante, a minha orientadora, Amanda Mattos, que sem as suas orientações e conhecimento, o caminho para a conclusão do presente trabalho seria mais difícil, então, meu muito obrigada!

*“Um dia, quando olhares para trás, verás que os dias  
mais belos foram aqueles em que lutaste”.*

*(Sigmund Freud)*

SATO, Alarice Figueiredo. **Transtorno Obsessivo Compulsivo: Visão Psicológica e Visão Psiquiátrica**. 2020. 22 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Anhanguera Uniderp, Campo Grande, 2020.

## RESUMO

O tema “O Transtorno Obsessivo Compulsivo: Visão Psicológica e Visão Psiquiátrica” descrito no decorrer do artigo proposto foi escolhido a fim de conhecer melhor ambas as visões, bem como a atuação de cada profissional em sua área, tanto o psicólogo, quanto o psiquiatra, assim como sua importância na atuação em campo com o paciente de Transtorno Obsessivo Compulsivo. Devido serem profissionais que visam a área da saúde com dissimilaridades, conhecimentos e métodos dissemelhantes, mas que juntos somam no tratamento, melhorando e buscando sua subsistência do paciente com o transtorno descrito (transtorno obsessivo compulsivo), então, desta forma faz-se necessário um conhecimento mais elaborado e abrangente perante ambos os profissionais. O artigo é voltado para a área da saúde, onde buscou compreender a importância da atuação do psicólogo e do psiquiatra e suas diferenciações. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica a partir de materiais científicos já desenvolvidos, constituído principalmente por livros e artigos.

**Palavras-chave:** Transtorno Obsessivo Compulsivo; Visão Psicológica; Visão Psiquiátrica; Importância da Atuação; Diferenciações.

SATO, Alarice Figueiredo. **Obsessive-Compulsive Disorder**: psychological view and psychiatric view 2020. 22. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Anhanguera Uniderp, Campo Grande, 2020.

### **ABSTRACT**

The theme “Obsessive Compulsive Disorder: Psychological Vision and Psychiatric Vision” published in the published article was chosen as an end to get to know the best views, as well as the performance of each professional in his area, both the psychologist and the psychiatrist, as well as his importance in acting in the field with the patient Obsessive Compulsive Disorder. They can be considered professionals who aim at a health area with dissimilarities, knowledge and methods of use, but together add up to treatment, improving and seeking their subsistence of the patient with obsessive compulsive disorder, so, in this way more elaborate and comprehensive knowledge, both professionals. The article is focused on a health area, where you seek to understand the importance of the role of the psychologist and the psychiatrist and their differences. The methodology used was a bibliographic review based on scientific materials already developed, consisting mainly of books and articles.

**Key-words:** Obsessive-compulsive disorder; Psychological Vision; Psychiatric Vision; Importance of Performance; Differentiations.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. FUNCIONAMENTO E TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO .....	11
3. OLHAR DA PSICOLOGIA NO TOC X OLHAR DA PSIQUIATRIA NO TOC .....	14
4. PSICÓLOGO E PSIQUIATRA NO TRATAMENTO DO INDIVÍDUO COM TOC	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	20
REFERÊNCIAS .....	21



## 1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é destacado como uma ambivalência que atua em toda a vida do indivíduo, interferindo no seu dia a dia, desde os menores aspectos, causando tanto sofrimento pessoal quanto social, onde o mesmo tem a percepção real da situação, reconhecendo a excessividade e irracionalidade das mesmas, porém não conseguindo controlar a carga excessiva de ansiedade, se submetendo assim aos designios do Transtorno (BERGERET 2005).

Nota-se que é de extrema importância a participação de psicólogos e psiquiatras perante o indivíduo diagnosticado com transtorno obsessivo compulsivo, a fim de ajudar com suporte emocional e medicamentoso, seja em intervenções individuais ou grupais, onde ambos os profissionais trabalham de forma multidisciplinar.

A pesquisa sobre o tema se deu em virtude de elucidar a forma de atuação tanto do psicólogo quanto do psiquiatra. Devido a serem áreas diferentes, mas que uma não funciona sem a outra perante o tratamento do portador de transtorno obsessivo compulsivo, faz-se necessário um conhecimento mais elaborado perante a atuação de ambos os profissionais.

No âmbito social, a pesquisa possui o intuito de acarretar uma discussão e, de modo consequente, a compreensão da atuação dos profissionais citados, a luz da teoria da Psicologia e do embasamento psiquiátrico, facilitando o entendimento, e possibilitando uma compreensão de ambas as áreas.

Devido a psicologia e a psiquiatria serem áreas diferentes, qual a importância de ambos os profissionais, tanto o psicólogo quanto o psiquiatra no tratamento do indivíduo com TOC? Buscou-se responder a essa questão ao longo do proposto trabalho, tendo como norte o objetivo geral a importância do trabalho do Psicólogo e Psiquiatra frente ao portador de TOC, além dos seguintes objetivos específicos: conceituar o Transtorno Obsessivo Compulsivo, diferenciar o trabalho do Psicólogo e do Psiquiatra em Pacientes com TOC, compreender a importância de ambos os profissionais tanto o Psicólogo tanto o Psiquiatra no tratamento do portador de TOC.

Foi utilizada a revisão bibliográfica como metodologia qualitativa e descritiva, que definido por Gil (2008) é elaborada a partir de materiais científicos já desenvolvidos, constituído principalmente por livros e artigos. Os referenciais estudados consideraram artigos e periódicos elaborados em um prazo de no máximo

trinta e cinco anos, e outras normativas e referências como livros de autores referentes ao tema. A pesquisa direcionou-se através das palavras-chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo, atuação do Psicólogo, atuação do Psiquiatra, atuação dos profissionais.

## **2. FUNCIONAMENTO E TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO**

O Transtorno Obsessivo Compulsivo foi detectado pelo Francês Étienne (1968), mas sua primeira ocorrência foi por em torno de um século á mais atrás, onde foi realizado por Bear (1994) sendo um dos transtornos com manifestações neuróticas que mais atraia interesse sendo muito enriquecida nos seus conteúdos de simbologias, mas a sua origem ainda se encontra desconhecida entre sua extrema complexidade.

Segundo Garcia (2006), sua causa pode estar ligada a situações como influências nos neurotransmissores conhecidos como dopamina e serotonina, onde interfere também no equilíbrio, acarretando alterações no apetite, humor e sono, uma doença que anteriormente era detectada como rara, hoje tem seus números aumentando cada vez mais, a mesma tem seu surgimento na infância onde pode acarretar também a adolescência.

A hereditariedade está associado á sua etiologia, encontrando três fenótipos do mesmo, sendo: TOC associado a tique que é onde seus sintomas são em uma idade mais precoce tendo suas comorbidades classificadas diferentes e se associando predominantemente ao sexo masculino; o TOC esporádico que é onde não há casos do transtorno na família; e o TOC tendo sua história familiar positiva, ou seja, onde há casos de hereditariedade de TOC na família.

De acordo com Barlow (1999) podemos perceber que quando ocorrido na fase da infância, na qual a incidência habitualmente é em homens, costuma atrapalhar no desenvolvimento psicossocial, atrapalhando na fase escolar e afetando o seu desempenho, já na fase adulta na qual os mais acometidos são nas mulheres, frequentemente atrapalha na questão financeira, acometendo perda de emprego e dificuldades em relações conjugais.

O transtorno em si, é um quadro psiquiátrico onde suas principais características são duas, um pensamento obsessivo e um comportamento compulsivo, que segundo o DSM-V (2014) essas características são extremamente severas que consomem totalmente o portador da mesma. A sua qualidade de vida é mais breve, e com o decorrer da mesma, encontra prejuízos tanto sociais quanto profissionais.

O TOC é um distúrbio gerado por pensamentos compulsivos, designado por crises recorrentes de obsessões e compulsões gerando ansiedade que causa desconforto, se utilizando de ações ou pensamentos na tentativa de neutralizar ou excluir o determinado desconforto. Um fenômeno que atormenta milhares de pessoas em todo o mundo, sendo que em alguns casos pode ser mais grave e em outros, podendo ser menos perceptível (TORRES; PRINCE, 2004). É um transtorno mental grave incluído no DSM V no Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtornos Relacionados. (DSM V, 2014).

A forma de enxergar e interpretar a realidade também se encontra distorcida no portador do TOC, onde o mesmo exagera situações como de risco, de responsabilidade e as consequências.

O transtorno obsessivo compulsivo pode se manifestar em qualquer idade, independente da classe social, porém no sexo masculino a tendência é de aparecer mais cedo, sendo ocorrido na infância, já no sexo feminino a tendência é de aparecer mais na fase adulta (CAMPOS, 2001).

De acordo com Barlow (1999) podemos perceber que quando ocorrido na fase da infância, na qual a incidência habitualmente é em homens, costuma atrapalhar no desenvolvimento psicossocial, atrapalhando na fase escolar e afetando o seu desempenho, já na fase adulta na qual os mais acometidos são nas mulheres, frequentemente atrapalha na questão financeira, acometendo perda de emprego e dificuldades em relações conjugais.

Pensando nisso, mesmo com a tipicidade dos sintomas do transtorno, ainda se leva de dez a mais anos para diante de seu surgimento e seu diagnóstico adequado, o receio das pessoas em expor ou expressar seus sintomas, por medo e vergonha e até mesmo por pensarem ser normal, dificulta também no tratamento em si (SHAVITT, 2003).

Para melhor entendermos o tratamento, visamos conhecer o trabalho do psicólogo e do psiquiatra em pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é importante ressaltar o foco geral de ambas as práticas, sendo ambos especialistas da saúde mental com potencial para tratar questões do emocional, do mental e do físico atuando de forma preventiva e curativa.

Para Mesquita (2018) o psicólogo é um profissional que tem permissão para trabalhar com o comportamento e os processos mentais, em torno dos problemas que estão ligados a mente atuando através da fala e da observação, podendo haver

inserção da aplicação de testes, havendo áreas e linhas de pensamento onde o mesmo pode se especializar. Já o psiquiatra é um profissional com formação em medicina e especialização na psiquiatria, trabalhando desta forma na identificação e diagnóstico de transtornos mentais trabalhando com a parte medicamentosa do tratamento. Desta forma, ambas as práticas podem trabalhar em conjunto atuando de forma que um tratamento consiga apoiar o outro de forma que use os inibidores da recaptação da serotonina atuando nos neurotransmissores conseguindo assim reduzir os sintomas obsessivos-compulsivos.

Segundo Cordioli (2004), desta forma a psicologia entra de forma mais eficaz com a técnica da terapia Cognitivo-Comportamental, com mais ênfase na técnica de exposição e prevenção de respostas onde o paciente é exposto a situações que lhe causam temor, o estimulando ao enfrentamento do mesmo conhecida como (EPR) juntamente com a medicação adotada da parte da psiquiatria. De acordo com Heldt (2008), o psiquiatra entra com a ação medicamentosa conhecida como antidepressivos que foram descobertos não muito recente sobre a sua ação antiobsessiva sendo a Fluoxetina, Sertralina e o Citalopran. Essas drogas quando atuando para o Transtorno Obsessivo Compulsivo, são administradas em doses muito mais elevadas e o seu tempo médio de atuação no tratamento é de doze semanas, sendo em alguns casos administrados até dois tipos de drogas. A melhora vem de forma gradual e os sintomas não são eliminados e sim reduzidos de forma a ajudar o paciente a obter uma qualidade de vida melhorada, conseguindo desta forma a abordagem psicológica atuar com mais eficácia se tratando de um trabalho multidisciplinar entre o psicólogo e o psiquiatra, onde ambos conseguem atuar em conformidade, inibindo e reduzindo as obsessões e compulsões de pessoas com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).

### 3. OLHAR DA PSICOLOGIA NO TOC X OLHAR DA PSIQUIATRIA NO TOC

Para entender o Transtorno Obsessivo Compulsivo é importante reportar sua subdivisão. A sua qualidade de vida é mais breve, e com o decorrer da mesma, encontra prejuízos tanto sociais quanto profissionais, é importante sabermos o que é obsessão, que são ideias e imagens que invadem insistentemente a mente do indivíduo de forma incontrolável, onde o mesmo perde o domínio sob tal, sendo as compulsões pensamentos que são conscientes e frequentes que surgem de forma para aliviar as obsessões, como as ações repetitivas, tais ações são suficientemente severas para consumir muito tempo do indivíduo onde atrapalha a vida do diagnosticado com TOC (CHAMBLESS, 2010).

Cordioli (2002) mostra que o TOC interfere de forma evidenciada na vida da família, que de certa forma também se tornam escravos dos sintomas, onde precisam modificar suas rotinas, se reprimirem a sua vida social, onde acaba por acarretar conflitos no âmbito na qual o indivíduo e sua família têm suas vivências diárias, a falta de compreensão dos demais e até mesmo conscientização atrapalha o progresso do desenvolvimento terapêutico do mesmo, sendo assim, onde se insere a família também no tratamento. A algum tempo atrás, o TOC (transtorno obsessivo compulsivo) era considerado um transtorno de difícil tratamento, onde os estudos sobre o mesmo não tinham uma ampla área, e até mesmo não era visto como uma patologia. Nas últimas três décadas ocorreu uma mudança de forma radical com a introdução de métodos de tratamento onde o TOC nasceu e começou a ser visto como uma patologia.

Segundo Clarck (1986), na Psicologia, a terapia de exposição e prevenção de respostas (EPR), ou a terapia cognitivo-comportamental (TCC) trabalham de forma a reelaborar esse paciente para o que lhe acomete os conflitos com a compulsão e a obsessão.

Meyer (1986) através dos experimentos que foram realizados com ratos, onde na qual foi trabalhado comportamentos de evitação, devido a traumas que ocasionaram medos que foram adquiridos através do mesmo experimento, conseguiu tratar com grande vitalidade pacientes diagnosticados com TOC, através de um experimento semelhante, onde a mesma os expunha, os colocando em situações que não lhes agradava, ocasionando a ansiedade, que na qual se chama de exposição, no mesmo momento eram observados para que desta forma os impedissem de causar

a prevenção, onde ocorre a tal EPR, sendo reconhecido como o primeiro tratamento eficaz para o TOC (transtorno obsessivo compulsivo). Foi um tratamento eficaz, porém não o utilizaram logo na época, tendo sido utilizado apenas anos após sua demonstração de eficácia.

Marks (1997) explica que a terapia de EPR é eficaz com uma base de 70% a mais de eficácia nos pacientes que aderiram ao tratamento, sendo um tratamento mais eficaz para pacientes com predominância de rituais ou sintomas onde sua intensidade é leve ou moderada.

Steketee (1997) verificou que apesar da grande eficácia no tratamento de EPR, muitos pacientes não conseguiram aderir ou mesmo, não obtendo resultados com o mesmo e até acabavam por abandonar o tratamento, desta forma, os autores cognitivos distorceram seus estudos para os pensamentos que eram distorcidos e em suas crenças, com maior ou menor intensidade nos indivíduos com TOC, desta forma, seis domínios se destacaram: sobrevalorizar o risco, o dote de seus pensamentos e a necessidade que tem de o controlar, a responsabilidade, o anseio pela certeza em tudo e o perfeccionismo com o seu redor. Desta forma a teoria cognitiva desenvolveu instrumentos que trabalham a intensidades das crenças que estão em disfunção no TOC (transtorno obsessivo compulsivo).

Beck (1998) afirma que a descrição da técnica da TCC no transtorno obsessivo compulsivo se baseia na avaliação do paciente, onde ocorre o seu diagnóstico e surge a montagem de seu tratamento e as contra indicações do mesmo. Feito isso, se vai para a fase inicial do tratamento na qual o paciente passa por uma psicoeducação, identificação de seus sintomas, listagem dos mesmos, avaliação da intensidade dos sintomas, intensificação dos sintomas, introdução dos exercícios de EPR e tarefas e introdução das técnicas cognitivas. O próximo passo é a fase intermediária, onde o paciente já se encontra com as atividades de EPR e se dá continuidade as mesmas assim como os exercícios cognitivos também, desta forma ocorre um monitoramento e reforço das técnicas que são as cognitivas e comportamentais. O próximo passo seria a alta, onde ocorre a prevenção para não ocorrer recaídas e agendamento de terapias de manutenção que é onde se monitora e acompanha o paciente após sua alta.

Já na psiquiatria, Versiani (2007) salienta que o tratamento se dá com os inibidores de recaptção de serotonina (IRS), na qual tem o nome de tratamento de primeira linha, são medicamentos antidepressivos que nele está incluído os inibidores

seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) e a clomipramina. Por outro lado, entra em questō os efeitos colaterais que grande parte dos fārmacos causam, os mais comuns causados com o uso destas medicaçōes estā náuseas, dor de cabeāa e insōnia. As doses recomendadas para os pacientes com TOC (transtorno obsessivo compulsivo), geralmente sōo superiores ao tratamento de transtorno depressivo comum. A clomipramina atua em vārios sistemas de neurotransmissores, atuando melhor no transportador de serotonina do que os outros antidepressivos, desta forma, tendo uma melhor inibiçāo na captura da serotonina. Como seu efeito colateral tem maior incidēncia, acabou perdendo espaāo no tratamento de primeira linha, abrindo terreno para os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) no tratamento de primeira linha.

Para Lopes (2007) o TOC tem por costume ser crōnico, se iniciando muitas vezes na infāncia ou atē mesmo na adolescēncia, isso causa uma demora ao se perceber o transtorno, demorando a busca pelo tratamento, e ao se procurar, o tempo de evoluçāo jā foi longo, fazendo com que isso cause uma resposta mais lenta ao tratamento, mas de modo geral se percebe a melhora apōs um mēs de tratamento, e quando nāo havendo alguma melhora visível, ocorre o aumento da dose medicamentosa atē a māxima recomendada por dois ā trēs meses, evitando desta forma a mudanāa de medicaçāo quando a resposta ao primeiro medicamento nāo foi totalmente satisfatōria.

Conforme Lopes (2001), o TOC ē um transtorno que exige um tratamento de longo prazo, atē porque a eficācia medicamentosa nāo funciona sem o tratamento psicoterāpico trabalhando em conjunto, ambas as visōes se completam e suportam o tratamento do paciente de transtorno obsessivo compulsivo.



#### 4. PSICÓLOGO E PSIQUIATRA NO TRATAMENTO DO INDIVÍDUO COM TOC

Para melhor entendermos o trabalho do psicólogo e do psiquiatra em pacientes com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é importante ressaltar o foco geral de ambas as práticas, sendo ambos especialistas da saúde mental com potencial para tratar questões do emocional, do mental e do físico atuando de forma preventiva e curativa.

Segundo Cordioli e Braga (2011) a realidade do TOC de difícil tratamento se modificou através dos métodos efetivos de tratamento, como a terapia cognitivo comportamental (TCC), a terapia de exposição e prevenção de respostas (EPR) e também dos medicamentos antidepressivos e antiobsessivos. O maior suporte para o tratamento do TOC tem sido a terapia cognitivo comportamental (TCC) com seu índice de maior eficácia.

Gropo (2015) defende que a terapia cognitivo comportamental (TCC), tem sido um tratamento de primeira escolha para o transtorno, estando ela relacionada ao uso dos fármacos ou não. As obsessões e as compulsões tem origem das crenças, e a intensidade das mesmas que causa o desenvolvimento dos sintomas de obsessão e compulsão. Diferente de outrem, o indivíduo com TOC vê os conteúdos de forma que os internaliza, que acaba fazendo deles obsessões, e para se livrarem do mesmo desencadeiam os tais rituais compulsivos.

Cordioli (2004) diz que a terapia cognitiva comportamental é uma psicoterapia breve, focal e estruturada. Para o tratamento as suas técnicas são cognitivas e comportamentais, destacando etapas a serem seguidas para a TCC no tratamento do TOC: avaliação e indicação do tratamento, motivação e absorver suas informações psicoeducativas e estabelecer e relação terapêutica, treinamento para a identificação dos sintomas, listagem dos sintomas pelo grau de aflição, sessões de terapia, técnicas como a de exposição e prevenção de resposta (EPR), modelação, estratégias criadas para o tratamento das obsessões, prevenção, alta e terapia de manutenção.

Cordioli (2004) afirma que na avaliação é feita uma entrevista que é semi-estruturada, onde o profissional de psicologia tem em foco a identificação de todos os sintomas e suas manifestações, assim como os fatores provocadores das mesmas visando eliminar os fatores que impedem a evolução da terapia.

Para Cordioli (2004) na sessão de terapia, o profissional deve iniciar sempre checando os sintomas e o humor do paciente, revisando as tarefas de casa e

checando os registros de pensamentos dialogando sobre as dificuldades que foram encontradas para a atuação das atividades propostas, onde também ocorre a correção das disfuncionalidades, estabelecendo novas atividades .

Segundo Knapp (2004) a psicoeducação leva o profissional a objetivar o paciente sobre todas as informações do TOC e sobre seu tratamento com a terapia cognitivo comportamental, assim como o profissional também leva a conscientização sobre o transtorno em si para a família, os psicoeducando.

Para Cordioli e Filho (1998) ter uma aliança terapêutica estabelecida com o paciente é fundamental para o desenvolvimento do trabalho, como a terapia cognitivo comportamental é uma terapia que exige total participação do paciente assim como disposição do mesmo, ter a aliança estabelecida é o foco principal e feito isto se ceta o contrato terapêutico tendo o paciente aceitado iniciar o tratamento.

Cordioli e Braga (2011) mostra que listar os sintomas é o ponto de partida para iniciar o tratamento elevando a terapia para o sucesso. A lista é o paciente quem a monta, onde o terapeuta pode ajudar na sua execução, servindo para dar suporte no planejamento do tratamento. Listar e Classificar os sintomas faz com que o terapeuta consiga trabalhar começando pelos sintomas mais leves, tratando sucessivamente cada sintoma conforme a sua classificação, fazendo desta forma com que o paciente enxergue seu potencial em se livrar dos mesmos. A principal técnica comportamental que o profissional utiliza no tratamento do TOC é a terapia de exposição e prevenção de resposta (EPR), porém, também se faz uso das técnicas de automonitoramento, modelação e os testes comportamentais.

Uma das causas do TOC para Cordioli (2008), são de fatores neurobiológicos, devido a isso o psiquiatra faz o uso dos fármacos antiobsessivos havendo por vezes uma combinação com antidepressivos que ajudam na elevação do nível de serotonina nas sinapses nervosas devido a inibição da receptação dentro do neurônio conseguindo desta forma fazer a diminuição da intensidade dos sintomas obsessivos compulsivos.

A associação das técnicas do psicólogo com as técnicas do psiquiatra possibilita maior eficácia no tratamento, mas o uso dos medicamentos causa uma certa resistência nos pacientes devido a anseios em poder se tornar dependente dos psicofármacos, onde se encaixa a psicoeducação com o trabalho do psiquiatra. Cabe ao psiquiatra ver em quais casos a medicação é cabível, como em pacientes com TOC

grave ou com associação de comorbidades associada ao transtorno obsessivo compulsivo como transtornos psiquiátricos. (CORDIOLI; FILHO, 1998).

Quando o paciente tem uma ascendência de obsessões, têm uma melhora muito inferior só com o uso da terapia, entrando então o papel do psiquiatra com os fármacos, como a citalopram, clomipramina, escitalopram, setralina e fluoxetina. A clomipramina é um medicamento que está a mais tempo no mercado, porém seus efeitos colaterais são superiores aos outros medicamentos, levando desta forma o psiquiatra a ter preferência pelos outros medicamentos citados anteriormente (CORDIOLI, 2008)

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho demonstra a importância do psicólogo e do psiquiatra no tratamento de pacientes com transtorno obsessivo compulsivo (TOC), visto que são de áreas diferentes, com técnicas diferentes, mas que juntos fazem a evolução do paciente acontecer, preparando os mesmos para o seu dia a dia perante todas as dificuldades causadas pelas obsessões e compulsões. Sendo assim, podemos afirmar que os objetivos da pesquisa foram alcançados, já que a mesma respondeu o problema proposto e trouxe embasamento para cada um dos objetivos específicos.

Ao finalizar a leitura do trabalho, fica claro entender o funcionamento do transtorno obsessivo compulsivo (TOC), perante a visão de ambos os profissionais, desde seus primórdios, dos trabalhos iniciais, e das pesquisas iniciais da área, até o atual momento da atuação dos mesmos. A psicologia e a psiquiatria tiveram diversas fases durante a sua evolução, sendo muitas delas retratadas na dissertação, citando ainda pontos relevantes dessas fases.

Conclui-se que a diferença entre a psicologia e a psiquiatria, apesar de ser grande, havendo olhares e métodos diferentes na forma de atuação de cada profissional, um profissional soma com o outro profissional fazendo o tratamento acontecer.

Além disso, baseando-se no estudo proposto, percebe-se que ambas as práticas por mais diferentes que sejam, atuam de forma curativa e preventiva, a psicologia com a terapia cognitivo comportamental e a psiquiatria com os fármacos, ambos auxiliando para que o paciente com o transtorno obsessivo compulsivo, consiga lidar com os seus sintomas.

## REFERÊNCIAS

- BARLOW, David. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. Porto Alegre, Artmed, 1999.
- BEAR, Leon. **Análises e sintomas – Transtorno Obsessivo Compulsivo**. São Paulo: Artmed, 1994.
- BECK, Arthur. **Terapia cognitiva e a desordem emocional**. Rio de Janeiro: Imago Editora LDTA, 1998.
- BERGERET, Jean. **Psicopatologia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CAMPOS, Maria. **Peculiaridades do transtorno obsessivo compulsivo na infância e na adolescência**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 1-7, 2001.
- CAMPOS, Maria; MERCADANTE, Marcos. **Transtorno obsessivo-compulsivo**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 1-8, 2000.
- CHAMBLESS, Luis. **O transtorno obsessivo compulsivo e o seu dia a dia**. Porto Alegre, Artmed, 2010.
- CLARK, Diogene. **A operação cognitiva do pânico**. Rio de Janeiro: Imago Editora LDTA, 1986.
- CORDIOLI, Aristides. **Psicoterapias cognitivas comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. – 2. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2004.
- CORDIOLI, Aristides. **Psicoterapias: abordagens atuais**. (2ª Ed). Porto Alegre: Artmed, 1998.
- CORDIOLI, Aristides. **Terapia cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo**. Porto Alegre, Artmed 2002.
- CORDIOLI, Aristides. **TOC: manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo**. – 2. Ed.- Porto Alegre: Artmed, 2008.
- CORDIOLI, Aristides. **Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual da terapia cognitivo comportamental para pacientes e terapeutas**. São Paulo, Artmed, 2004.
- CORDIOLI, Aristides; BRAGA, Daniela. **Psicoterapias cognitivas comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. – 2. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2011.
- CORDIOLI, Aristides; FILHO, Constantino. **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

DSM - V - **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais: Referência rápida aos critérios diagnósticos.** (5ª ed.) American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ETIENNE, Jean; **Abordagem psicodinâmica do paciente obsessivo.** Porto Alegre: Artmed, 1968.

GARCIA, Vera. **Neurotransmissores – TOC.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

GROPO, Luciana. **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para crianças e adolescentes.** Porto Alegre: Artmed, 2015.

HELDT, Carlos. **A Psiquiatria e medicação do paciente obsessivo.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

KNAPP, Paulo. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** – Porto Alegre: Artmed, 2004.

LOPES, Ariel. **Transtorno obsessivo-compulsivo: avaliação inicial da eficácia e perfil de eventos adversos.** Porto Alegre, Artes Médicas, 2007.

LOPES, Ariel. **Tratamento transtorno obsessivo compulsivo: uma revisão sistemática.** Porto Alegre, Artes Médicas 2001.

MARKS, Ivan. **Desordem da terapia obsessiva compulsiva.** São Paulo, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php>> acesso em 16 de maio 2020

MESQUITA, Sandro. **Psicólogo, Psiquiatra e Psicanalista: conheça o papel de cada um.** Juiz de Fora – MG, 2018. Disponível em: <https://psicologo-psiquiatra-psicanalista/> > acesso em 02 mai 2020.

MEYER, Vivian. **Modificações de expectativas em casos com rituais obsessivos.** Rio de Janeiro: Imago Editora LDTA, 1986.

SHAVITT, Roseli. **Sintomas e diagnósticos do Transtorno Obsessivo Compulsivo.** São Paulo, 2003. Disponível em: <https://saude.abril.com.br> > acesso em 02 maio 2020.

TORRES, Miguel; PRINCE, Juan. **O desconforto causado pelo o TOC e suas ações.** Rio de Janeiro: Imago Editora LDTA, 2004.

VERSIONI, Mike. **Atualização no tratamento farmacológico de transtorno obsessivo compulsivo.** Porto Alegre, Artmed, 2007.