

FERNANDA AFONSO

STRESS E TOC: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

PUC-CAMPINAS

2006

FERNANDA AFONSO

STRESS E TOC: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Dra. Marilda E. N. Lipp

PUC-CAMPINAS

2006

FERNANDA AFONSO

TOC E STRESS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

BANCA EXAMINADORA

Presidente Profa. Dra. Marilda E. N. Lipp

Profa. Dra. Vera Adami Raposo do Amaral

Profa. Dra. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

PUC-CAMPINAS

2006

Dedico este trabalho a meus pais, Arcelino e Maria, que me trouxeram até aqui, e que me ofereceram estabilidade para continuar.

Aos meus amados filhos, Caio e Lucas, por serem tudo em minha vida, fontes inesgotável de força, coragem e principalmente, amor.

*“A mais bela coragem, é a confiança
que devemos ter na capacidade do
nosso esforço.”*

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

Sou grata a Deus, pelo dom da vida, por estar presente em todos os meus caminhos, especialmente, por conceder-me mais esta conquista.

À Dra. Marilda Lipp, minha orientadora, professora e conselheira, quero manifestar meu reconhecimento e profunda gratidão, pelo estímulo ao meu desenvolvimento profissional e pessoal, por partilhar seus conhecimentos e experiências, por sua competência, dedicação e valiosa orientação, que me conduziram aos caminhos da pesquisa em psicologia.

A Maira, por seu apoio, dicas preciosas e agradável companhia, “roubados” de seu tempo tão escasso.

Aos anônimos participantes, pacientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo Compulsivo, que com sua valiosa e indispensável contribuição, permitiram que este trabalho fosse realizado.

As minhas irmãs Rosana, Cristiane e Kelly, por quem eu tenho um carinho e admiração especiais ... por tornarem a vida mais agradável.

A Ferzinha minha sobrinha querida e seu namorado Renan, que tem a coragem e disposição dos jovens.

A Luana a mais recente princesinha da família.

A Ícaro, por sua amizade e companheirismo no período que dividíamos nossas histórias.

A Diocle que nestes últimos anos tem sido muito mais que um cunhado, tem sido o irmão que não tive.

Aos médicos psiquiatras que por serem homens de boa vontade participaram efetivamente desta pesquisa encaminhando seus pacientes e cedendo espaço para a coleta dos dados.

Aos professores Vera Amaral, Vera Cury, Elisa, Tânia e Térzis pelo trabalho sério e comprometido com a aprendizagem de seus alunos, principalmente de sentido de educar para a vida, obrigada pelo modelo.

A Sabrina, grande amiga... não fosse você e sua sempre pronta colaboração...lhe devo essa!

Aos amigos da Pós – Lili, Grazi, Jú Amazonas, Mari, Thais, Vera, Ângela, Dani, Ingrid, Izabel, Tati, Aninha, Jú Allegrette, e tantos outros que fizeram da PUC uma extensão de minha casa.

Os mais profundos agradecimentos a todos que colaboraram e incentivaram de forma direta e indireta o desenvolvimento desta pesquisa.

A CAPES, pelo apoio financeiro sem o qual este estudo não seria possível.

SUMÁRIO

INDICE DE TABELAS	ix
INDICE DE FIGURAS	x
INDICE DE ANEXOS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
APRESENTAÇÃO	xiv
INTRODUÇÃO	
Análise do Comportamento – da noção de comportamento aos efeitos do controle aversivo.....	1
Stress: uma reação necessária ou perigosa?.....	5
Transtorno Obsessivo Compulsivo: principais características.....	8
OBJETIVOS	15
MÉTODO	
Cuidados éticos.....	16
Participantes.....	16
Material.....	18
Juízes.....	19
Procedimento de coleta de dados.....	20
Plano de análise dos resultados.....	20
RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50
ANEXOS	57

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização da amostra.....	17
TABELA 2	Fases de stress dos 10 participantes diagnosticados com TOC.....	25

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1	Classes de comportamentos correspondentes aos sintomas físicos mais frequentes nos 10 indivíduos diagnosticados com TOC.....	27
FIGURA 2	Classes de comportamentos correspondentes aos sintomas psicológicos mais frequentes nos 10 indivíduos diagnosticados com TOC.....	31

INDICE DE ANEXOS

ANEXO A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Participante.....	59
ANEXO B	Ficha de identificação do participante.....	61
ANEXO C	Roteiro de entrevista.....	63

Afonso, F. (2006). *Stress e TOC: Um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado. PUC-Campinas, xiv p + 63 p.

RESUMO

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é um transtorno crônico, que acomete cerca de 2% da população em geral, em que o indivíduo sente-se aprisionado por um padrão de pensamentos e comportamentos repetitivos, exagerados e desagradáveis. O stress é uma reação do organismo frente a uma situação que exija uma adaptação. O presente trabalho objetiva descrever as classes de comportamentos de stress frequentes em pacientes diagnosticados com TOC. Participaram deste estudo 10 adultos, diagnosticados por médicos psiquiatras, com TOC, destes seis eram mulheres e quatro homens. A média de idade dos participantes foi de 33 anos. Foram utilizados os seguintes materiais: termo de consentimento livre e esclarecido; questionário de identificação; Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) e o roteiro de entrevista. No que se refere a resultados, nove dos dez participantes apresentam stress, destes sete encontram-se na fase de resistência e dois na fase de exaustão. O presente resultado ilustra o prejuízo que as classes de comportamentos de stress, associadas aos comportamentos obsessivos compulsivos provocam na vida destes indivíduos. Foi possível identificar, por meio da categorização utilizada, certa regularidade nas respostas dos participantes, tanto com relação às questões do Inventário de Sintomas de Stress, quanto ao roteiro de entrevista. Com base nos dados da entrevista, a análise das variáveis de contexto permitiu a identificação das principais contingências relacionadas ao TOC. Observaram-se sentimentos e comportamentos acerca da preocupação com o que o outro pensa, ao medo de desagradar e junto a isto sentimentos de incompreensão. Também foi possível notar comportamentos de baixo autocontrole, isto provavelmente em função de comportamentos de repetição, dificuldade de organização de tempo e do cansaço. Destacam-se também comportamentos de baixa auto-estima e baixa autoconfiança e em decorrência destes, relatos indicativos de sentimentos de culpa, alta ansiedade e pouco prazer. É importante ressaltar que esses resultados referem-se apenas ao estudo coletivo dos dados obtidos e portanto não devem ser generalizados. Novas pesquisas com a finalidade de compreender melhor as classes de respostas de stress e do Transtorno Obsessivo Compulsivo são necessárias, a fim de se poder assegurar um atendimento de maior qualidade a esta população.

Palavras chaves: stress, TOC, variáveis de contexto.

Afonso, F. (2006). *Stress & Obsessive-Compulsive Disorder: An explaining study*. Master Thesis. Puc-Campinas, , xiv p + 63 p.

ABSTRACT

The obsessive-compulsive disorder is a chronic disease present in 2% of general population. Its victims feel like they have been prisoners of behaviors and thoughts patterns usually exaggerated, repetitive and unpleasant. Stress is an adaptation organic response. The present study proposal is to describe the stress behavior classes in obsessive-compulsive patients. This study subjects were composed by ten adults (six women and four men), whose age were around 33 years old, previously considered an obsessive-compulsive patient by psychiatrists. The instruments used were the Informed Consent Form, The Stress Symptoms Inventory (ISSI), The Interview Script, and The Identification Form for the patients. The results has shown that 9 participants presented stress, 7 in resistance and 2 in exhaustion phases, what illustrates how damage the stress behavior classes is when associated to obsessive-compulsive behaviors. The categorization used has identified common responses in The Stress Symptoms Inventory (ISSI) and interview script. According to the interview, the context variable analysis was able to identify the principal contingencies related to the obsessive-compulsive disorder. Feelings and behaviors related to worries about the other's thoughts, rejection, and the non-understanding feelings were also noticed among the answers, as the low-control behaviors, what can be associated to the repetition, no time organization and tiredness behaviors. Self-esteem and self-confidence difficulties could be detached, and as a consequence, there were many reports of guilty, anxious and low-pleasure feelings. It is important to stick out these results reflects this group data analysis, and they shouldn't be generalized. New researches focused on the stress response classes and the obsessive-compulsive disorder are crucial to develop a better quality attendance to these patients.

Key-words: stress, COD, context variables.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo descrever as classes de comportamentos de stress freqüentes em pacientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo Compulsivo. Estas classes de comportamentos de stress podem ser correspondentes a sintomas físicos ou psicológicos e foram observadas a partir dos dados do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp. A caracterização dos participantes, os materiais, o procedimento de coleta e de análise dos resultados estão descritos no método. Em sua seqüência estão os resultados e a discussão dos mesmos, bem como as considerações finais da pesquisa.

A opção por fazer este estudo foi em função de situações observadas e vivenciadas com pacientes diagnosticados com TOC no contexto de um grupo de apoio, onde os mesmos verbalizavam que o stress muitas vezes prejudicava no tratamento do transtorno, pois os deixava mais sensíveis e suscetíveis as obsessões e em decorrência disto aumentavam as compulsões.

Esta experiência me levou a desejar verificar as principais classes de respostas de stress presentes em pacientes diagnosticados com TOC, pois a alta ansiedade, stress e sentimento de culpa mostram-se produtos de contingências adversas e coercitivas, bastante presentes no Transtorno Obsessivo Compulsivo. Foi desenvolvida a revisão da literatura e a partir disto, se observou que o tema desta pesquisa parece ser pioneiro, uma vez que não se encontrou em nenhuma base de dados científicos trabalhos que investigassem os dois temas: stress e TOC.

É interessante ressaltar que o Transtorno Obsessivo Compulsivo é um transtorno crônico, que acomete cerca de 2% da população em geral (Chacon e cols. 2001). Sabe-se que os transtornos de ansiedade correspondem aos transtornos mentais com maior prevalência na população. O TOC é um tipo de transtorno de ansiedade de difícil tratamento, que causa prejuízo substancial no funcionamento do individuo, gerando grande sofrimento tanto para os pacientes diagnosticados quanto para suas famílias. No TOC, muitas vezes o indivíduo apresenta dificuldade em lidar com mudanças e no stress, o individuo apresenta dificuldade em adaptar-se a elas.

O stress é então caracterizado como um estado de tensão que provoca uma ruptura na homeostase do organismo, no equilíbrio interno do organismo. Esta reação segundo

Lipp (1999), contém elementos físicos e psicológicos e é fruto de alguma interação psicofisiológica frente à determinada situação. Stress, portanto seria um desgaste geral do organismo, é então a denominação a um conjunto de reações do organismo (Lipp, Romano & Covolan, 1991).

Fez-se necessário o uso do questionário de entrevista para a identificação das variáveis de contexto que eliciam a resposta stress nestes paciente e também se existe certa regularidade nestas variáveis.

A análise das variáveis de contexto é fundamental, pois ao compreendê-las, naturalmente são observadas as principais contingências relacionadas ao TOC, o que muito pode contribuir para intervenções futuras, na medida em que esta análise de contingências favorece a compreensão do desenvolvimento e manutenção das respostas de TOC, bem como das respostas de stress.

Desta maneira, esta pesquisa, pretende ampliar o corpo de conhecimentos da área, na medida em que este tema tenha sido observado em diversas populações. Portanto estudar melhor um fenômeno, implica conhecê-lo para realizar uma intervenção mais precisa. Uma intervenção bem estruturada permite um atendimento de qualidade às necessidades da população.

Skinner (1993) descreve que a ciência é, certamente, mais do que um conjunto de atitudes, pois ela trata do passado e do futuro, indo além da simples descrição e previsão de eventos. É a busca da ordem, da uniformidade, de relações ordenadas entre os eventos da natureza.

Análise do Comportamento – da noção de comportamento aos efeitos do controle aversivo

O conhecimento científico deve desvendar as relações de determinação que existem entre fenômenos como: a maneira de conhecer o mundo e a realidade. Pensando desta maneira, o caminho que o cientista percorre para produzir o conhecimento deve ser público, a fim de propiciar possibilidades de avaliação pela comunidade científica através das contingências de reforçamento impostas por esta. Conforme Skinner (1993):

O “sistema” científico, como lei, tem por finalidade capacitar-nos a manejar um assunto do modo mais eficiente. O que chamamos de concepção científica de determinada coisa não é conhecimento passivo. A ciência não se preocupa com contemplação (p.26).

A Análise do Comportamento, com base nos pressupostos filosóficos do Behaviorismo Radical, tem como foco de seu estudo o comportamento. Este é definido por Matos (2001, p.53) como “uma maneira de funcionar do organismo, uma maneira interativa de ser. Comportamento é interação, comportamento não ‘mantém’ uma relação de interação. E essa interação é entre organismo e ambiente”. De Rose (2001) complementa esta afirmação ao apontar que o comportamento de qualquer indivíduo é contínuo, um fluxo de atividade que nunca cessa, não havendo, desta forma, nada na atividade de um organismo que se repita de modo rigorosamente igual.

O ponto peculiar desta ciência, segundo Micheletto (1997, p.44), é sua noção de causalidade, o que a difere de outras posturas da psicologia: “Skinner, com a noção de causalidade, combate a noção de um agente iniciador que orientou a mecânica clássica e

também orientou concepções mentalistas de uma mente criadora”. Para ele, as causas se situam na relação do indivíduo com o ambiente e não em agentes internos.

Para o Behaviorismo Radical “o próprio homem pode ser controlado por seu ambiente, mas é o ambiente feito quase que inteiramente por ele” (Skinner, 1977, p.161). Esta proposta nega ao sujeito o papel de agente iniciador da ação ao mesmo tempo em que rompe com a noção de que o indivíduo é mero receptáculo de determinações sociais.

Assim, a noção de causalidade específica dos organismos vivos, explica o comportamento a partir dos três níveis de determinação: filogenético, ontogenético e cultural. A determinação ambiental age, selecionando, em dimensões temporais muito diferentes: além do ambiente delimitado pelo espaço de uma vida individual, ela envolve os ambientes em que a espécie foi selecionada e os ambientes sociais - as culturas. Estes ambientes transformam-se constantemente.

Skinner (1993), enfatiza em seu trabalho não apenas acerca de estímulos que produzem respostas, mas também os efeitos que o organismo provoca sobre o ambiente quando “responde” a ele. A esse comportamento Skinner chamou de operante, porque faz uma operação sobre o mundo, modificando-o.

O conceito de operante revela um homem agente, construtor de sua história, que age e produz conseqüências que selecionam ou não seus comportamentos. Estas conseqüências determinam a probabilidade de emissão futura das classes de respostas que integram um operante (Skinner, 1974).

Mesmo podendo agir e transformar o ambiente, estamos constantemente respondendo ao mesmo, e naturalmente, ao controle que ele nos impõe. Um exemplo desta relação é a subjetividade humana que se mostra estritamente social, dependente da comunidade verbal e das contingências sociais, pois são elas que propiciam a construção e o conhecimento do “eu”, evidenciando que o indivíduo é controlado por múltiplas relações ambientais e por esta razão diz-se que é um organismo “multideterminado”.

A determinação do ambiente é seletiva, pois o ambiente age fortalecendo uma classe de respostas, ou seja, tornando mais provável a ocorrência de respostas futuras pertencentes à mesma classe. Condições passadas e presentes determinam o comportamento. Histórias específicas de reforçamento explicam comportamentos de cada indivíduo. Sendo assim, a determinação ambiental não

gera a homogeneidade e a padronização, ela produz a variação – de espécies, de comportamentos, de cultura (Micheletto, 1999, p. 8).

O termo contingência, na Análise do Comportamento, é empregado como termo técnico e é definido como "a probabilidade de um evento poder ser afetada ou causada por outros eventos" (Catania,1999,p.368), ou seja, é importante considerar as probabilidades condicionais que relacionam um evento a outro, verificar qual a probabilidade de um evento na presença e na ausência de outro. Quando relacionada ao comportamento operante, contingência refere-se "às condições sob as quais uma consequência é produzida por uma resposta, isto é, depende de uma resposta" (Catania,1999,p.368).

A Análise Funcional é a tentativa sistemática de descrever relações funcionais entre eventos, ou seja, é uma busca por “variáveis de controle” em que eventos são considerados como variáveis de controle quando eles são percebidos como estando, de alguma forma, relacionados ao comportamento analisado (Kohlenberg, 2001).

A importância de se realizar a Análise Funcional reside exatamente na possibilidade de se identificar os elementos envolvidos em uma dada situação e, ao mesmo tempo, verificar se há ou não uma relação de dependência entre eles. Se houver, o próximo passo é identificar qual é o tipo de relação existente, uma vez que diferentes relações de contingências dão origem a diferentes processos e padrões de comportamento (Souza, 2001).

Sendo a prática do analista de comportamento fundamentada em estudar contingências em seu efeito cumulativo sobre o desempenho dos organismos (Matos, 2001), percebe-se que é através da manipulação destas contingências analisadas que se pode estabelecer, instalar ou alterar comportamentos, conforme abaixo citado:

Um analista do comportamento tem como tarefas identificar contingências que estão operando (ou inferir quais as que podem ou devem ter operado), quando se depara com determinados comportamentos ou processos comportamentais em andamento, bem como propor, criar, ou estabelecer relações de contingência para o desenvolvimento de certos processos comportamentais. É através da manipulação de contingências que se pode estabelecer ou instalar comportamentos, alterar padrões (como taxa, ritmo, seqüência, espaçamento),

assim como reduzir, enfraquecer ou eliminar comportamentos dos repertórios dos organismos (Souza, 2001, p.85).

Estas contingências de reforço, conhecidas também por reforçamento em seu sentido técnico, genérico, referem-se a “todas as conseqüências ou contingências que afetam (aumentam ou diminuem a força do comportamento)” (Kohleberg, 2001, p.9). O mesmo autor aponta esta definição de reforçamento como sendo funcional pelo fato de algo poder ser definido como um reforçador se, após sua apresentação, houver o efeito de aumentar ou diminuir a força do comportamento que apareceu. “Observamos a freqüência de uma resposta selecionada, depois tornamos um evento a ela contingente e observamos qualquer mudança na freqüência. Se houver mudança, classificamos o evento como reforçador” (Skinner, 1974).

Os eventos reforçadores são de dois tipos: alguns reforços consistem na apresentação de estímulos, no acréscimo de alguma coisa, (por exemplo: alimento, água) à situação. São os reforços positivos. Outros consistem na remoção de alguma coisa, (por exemplo: muito barulho, calor ou frio intenso) da situação. Estes se denominam reforços negativos. Em ambos os casos o efeito do reforço é o mesmo: a probabilidade da resposta será aumentada. É importante ressaltar que uma conexão reforçadora não precisa ser óbvia para o organismo.

Já a punição consiste num efeito diferente ao reforço, o objetivo mais razoável do uso desta é parar comportamentos indesejáveis, impedir pessoas de fazer coisas que são perigosas, assustadoras ou que consideramos inadequadas, desvantajosas (Sidman, 1995). A apresentação de estímulos adversos e a suspensão da apresentação de estímulos reforçadores são as duas formas de punição possíveis.

Os efeitos da punição são intensos e são responsáveis por muito do que está errado em nossos sistemas sociais. Coerção produz afastamento, esquiva e, finalmente, contracoerções. (Sidman, 1995). O mesmo autor ainda aponta que, em curto prazo, a punição é freqüentemente o caminho mais fácil no sentido de que não requer treinamento especial.

Skinner (1993) descreveu como o grupo social controla seus membros e os possíveis efeitos deste controle sobre as ações e sentimentos das pessoas. Para ele, o grupo exerce um controle ético sobre cada um de seus membros, através da detenção de estímulos

reforçadores e punitivos, constituindo-se uma agência controladora. Os efeitos desse controle podem ser benéficos ou prejudiciais ao indivíduo, a depender dos processos comportamentais por meio dos quais as agências o exercem. Torna-se importante reconhecer que os controles exercidos pelo grupo e pelas agências controladoras sejam religiosas, governamentais ou educacionais, caracteriza o indivíduo como membro de um grupo. Isto resulta um aspecto positivo, pois este controle estabelece certos limites que são importantes e úteis dentro de uma dada cultura (Baptistussi, 2001).

Além disto, segundo Andery e Sérgio (1997) uma análise detalhada das situações de controle aversivo revela diversas alterações que podem ser identificadas no repertório comportamental: vigilância que dificulta a aprendizagem de outras respostas; repertório estreito e limitado; respostas de fuga-esquiva estereotipadas e mecânicas; respostas acidentalmente associadas com respostas de esquiva se fortalecem, gerando comportamento supersticioso de difícil extinção. Assim, sob controle aversivo, vive-se em um contínuo estado de ansiedade, apreensão e stress.

Stress: uma reação necessária ou perigosa?

O stress é visto como um tema complexo quando considerado um tópico subjetivo, o que acontece é que a maioria das pessoas já vivenciou situações estressantes em circunstâncias do cotidiano.

Na física, o termo stress surge no sentido de descrever uma pressão externa agindo sobre um corpo, na medida em que se postulou que esta pressão é um agente que deforma ou rompe com o equilíbrio de um sistema (Farias, 1982; Gatchel, Baum & Krantz, 1989).

Para Spielberg (1979) a palavra é derivada do latim, e foi popularmente utilizada durante o século XVII para representar “adversidade” ou “aflição”, passando em fins do século XVIII a denotar “força”, “pressão” ou “esforço”.

Em 1925, um jovem estudante de medicina da Universidade de Praga chamado Hans Selye a partir de suas pesquisas e através da observação de alguns de seus pacientes, começou a observar um quadro de sintomas comuns em alguns deles, o que chamou de “síndrome de estar apenas doente”, que segundo ele caracterizava a própria doença (Selye, 1965). Com o desenvolvimento de suas pesquisas, passou a descrever uma síndrome não

específica que estava relacionada com a capacidade adaptativa do organismo.

Dando continuidade a seus estudos em laboratórios envolvendo ratos, Selye observou uma tríade de respostas: dilatação do córtex supra-renal, a redução do timo, baço, nódulos e de todas as outras estruturas linfáticas do corpo (Selye, 1965). Em função destas descobertas, surge o conceito da Síndrome de Adaptação Geral (SAG), que é a resposta não específica do organismo a situações que o enfraquecessem ou o fizessem adoecer. Esta síndrome foi caracterizada como sendo trifásica, com manifestações iniciais particularmente agudas (fase de alerta ou reação de alarme), com sua subsequente desaparecimento (fase de resistência) e, finalmente, o esgotamento do organismo, com a desapropriação total da resistência (fase de exaustão), esta terminologia é ainda usada, mas foi simplificada pelo próprio Selye para “stress”.

A partir de 1936, Selye passou a utilizar o conceito stress (Barlett, 1998) de acordo com o qual sua fase inicial caracteriza-se pela primeira reação do organismo objetivando se defender, tentando manter o equilíbrio, a homeostase. Na segunda fase, os agentes que causam stress estariam persistindo, exigindo toda a capacidade defensiva do organismo. E por fim, sua última fase destaca-se por um desgaste intenso, onde há o enfraquecimento geral do organismo, dando então lugar ao aparecimento das enfermidades de adaptação.

As diferenças individuais que aparecem numa situação estressante são devidas à variação de sua percepção da situação como potencialmente estressante, a avaliação que a pessoa faz de tal situação é fundamentalmente importante. Se um evento é percebido como estressante, ele será estressante (Lazarus, 1986).

Várias pesquisas têm apontado para o fato que o stress é essencial para que a pessoa produza e até para se proteja num momento de perigo, pois pode servir como um recurso importante e útil para um indivíduo frente às diferentes situações da vida, já que em situações em que o indivíduo se sente ameaçado, o organismo entra em estado de alerta, resguardando-se de maiores danos (Alcino, 1999; França & Rodrigues, 1997 apud Figueiredo, 2000).

De acordo com Farias (1982) qualquer definição de stress só é válida se o considerarmos como um processo decorrente da atuação de diversos fatores individuais e ambientais. Bernik (1997) concorda com Farias e acrescenta que o stress corresponde a uma relação entre o indivíduo e o seu meio.

Lipp (1999) caracteriza o stress como um estado de tensão que provoca uma ruptura na homeostase do organismo, em seu equilíbrio interno. Esta reação contém elementos físicos e psicológicos e é fruto de alguma interação psicofisiológica frente a uma determinada situação. Stress, portanto, seria um desgaste geral do indivíduo, é então a determinada situação. denominação a um conjunto de reações que o corpo emite quando exposto a qualquer estímulo que o excite, irrite, amedronte ou o faça muito feliz (Lipp, Romano & Covolan, 1991).

É relevante o uso de instrumentos e técnicas para mensurar o stress. No Brasil, para este fim, existe o Inventário de Sintomas de Stress para adultos que foi desenvolvido e padronizado por Lipp (Lipp, 2000). Na fase de desenvolvimento de suas pesquisas em relação a este material, a autora percebeu uma quarta fase de stress, esta identificação ocorreu tanto clínica como estatisticamente. Esta nova fase foi denominada de quase exaustão, por se encontrar entre a fase de resistência e a fase de exaustão, caracterizando-se por um enfraquecimento da pessoa, que não consegue adaptar-se ou resistir ao estressor. Toda reação de stress é desencadeada por um estímulo ou situação que passa a ser chamada de estressor.

Nem toda pessoa passa necessariamente pelas quatro fases do stress, na verdade, o indivíduo só chega a fase de exaustão quando está diante de um estressor muito grave ou de um acúmulo grande de estressores por um período prolongado de tempo. Na maioria das vezes, chega-se apenas à fase de alerta e resistência, havendo depois uma adaptação (Urbano, 2004).

O stress prolongado segundo Lipp e colaboradores (1990), pode afetar o sistema imunológico. Isto ocorre porque as células linfáticas do timo, glândula que participa ativamente do sistema imunológico, são prejudicadas, assim como as glândulas dos gânglios linfáticos. Em decorrência disso, os linfócitos, ou seja, as células brancas diminuem em número e o organismo fica sujeito a várias infecções e doenças, podendo ocorrer, inclusive, envelhecimento precoce (Urbano, 2004).

Desta maneira, qualquer mudança na rotina de vida de uma pessoa que exija algum tipo de adaptação por parte do organismo pode causar um certo nível de stress. Os sintomas de stress mais comuns e fáceis de serem identificados são: mãos frias e suadas, taquicardia, azia, falta de apetite, dores de barriga, dores de cabeça, nó no estômago, boca seca, tensão

nas costas, insônia, respiração ofegante e outros (Lipp, Souza, Romano & Covolan 1991).

Lipp e Rocha (1996) relacionam outros sintomas mais comprometedores e de um estágio mais avançado do stress, como por exemplo: o cansaço constante, a dificuldade com a memória, as dúvidas quanto a si próprio, a dificuldade de concentração, a falta de interesse por sexo, a herpes simples, os problemas estomacais e a tontura.

O stress, além de afetar psicologicamente o indivíduo, pode comprometer também a sua saúde, proporcionando o surgimento de: hipertensão, úlceras gastroduodenais, câncer, infarto, psoríase, vitiligo, retração de gengivas, cefaléia etc. (Lipp, 1996).

Transtorno Obsessivo Compulsivo principais características

O TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo – é considerado bastante comum e acomete aproximadamente um em cada 40 ou 50 indivíduos, porém era considerado raro até pouco tempo. No Brasil, é provável que existam entre 3 a 4 milhões de portadores, sendo que muitas dessas pessoas, embora tenham suas vidas gravemente comprometidas pelos sintomas, nunca foram diagnosticadas e tampouco tratadas, provavelmente por não terem conhecimento deste transtorno e das possíveis formas de tratamento (Cordioli, 2004, p.8).

Soares (2003) aponta o TOC como um transtorno de ansiedade de evolução crônica e de difícil tratamento que tende a causar prejuízos substanciais no funcionamento do indivíduo, gerando um grande sofrimento tanto para os pacientes quanto para suas famílias.

Acomete praticamente na mesma proporção homens e mulheres adultos e varia desde casos considerados leves até incapacitantes, com enorme tempo despendido em rituais e/ou que geram dependência de outra pessoa até para as atividades mais rotineiras, em geral com grande impacto negativo na auto-estima do portador (Torres, 2002).

Conforme DSM IV – (1995, p. 443) as características essenciais do Transtorno Obsessivo-Compulsivo são:

Obsessões ou compulsões recorrentes (Critério A) suficientemente severas para consumirem tempo (isto é, consomem mais de uma hora por dia) ou causar sofrimento acentuado ou prejuízo significativo (Critério C). Em algum ponto durante o curso do transtorno, o indivíduo reconheceu que as obsessões ou

compulsões são excessivas ou irracionais (Critério B). Em presença de outro transtorno do Eixo I, o conteúdo das obsessões ou compulsões não se restringe a ele (Critério D). A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (Critério E).

Segundo Smaira e Torres (2000, p. 41) “só podemos falar em sintomas e doença quando houver improdutividade, sofrimento e limitações: quando o indivíduo estiver como que ‘escravizado’ pelos sintomas, tendo perdido sua liberdade de escolha”.

Para Torres (2002, p. 25) o TOC “trata-se da ocorrência primária de dois fenômenos muito – mas nem sempre – associados: as obsessões e as compulsões”. Diz-se primária, porque a simples presença de obsessões e compulsões não caracteriza o TOC, já que estes sintomas podem fazer parte de vários outros transtornos mentais, como as depressões, demências e mesmo esquizofrenias, ou seja, temos obsessões e/ou compulsões ocorrendo primária e não secundariamente.

Conforme Shavitt (2000, p.51), pode se apresentar de três maneiras: “somente obsessões; somente compulsões e obsessões com compulsões, cujas respostas de medo, ansiedade e evitação de situações são as mais frequentemente observadas”.

Obsessões são caracterizadas como: “idéias, pensamentos, impulsos ou imagens persistentes, que são vivenciados como intrusivos e inadequados e causam acentuada ansiedade ou sofrimento” (DSM IV, 1995, p.443). Torres (2002) afirma que a pessoa reconhece tais pensamentos como seus, mas não consegue controlar sua ocorrência, ao contrário, quanto mais tenta não pensar naquilo, mais a idéia/imagem/impulso insiste em voltar à sua mente.

As obsessões mais comuns são pensamentos repetidos acerca de contaminação (por ex., ser contaminado em apertos de mãos), dúvidas repetidas (por ex., imaginar se foram executados certos atos, tais como ter machucado alguém em um acidente de trânsito ou ter deixado uma porta destrancada), uma necessidade de organizar as coisas em determinada ordem (por ex., intenso sofrimento quando os objetos estão desordenados ou assimétricos), impulsos agressivos ou horrorizantes (por ex., de machucar o próprio filho ou gritar uma obscenidade na igreja) e imagens sexuais (por ex., uma imagem pornográfica recorrente). Os pensamentos, impulsos ou imagens não são meras preocupações excessivas acerca de problemas da vida real (por ex., preocupação com dificuldades atuais,

como problemas financeiros, profissionais ou escolares) e não tendem a estar relacionados a um problema da vida real (DSM IV), 1995 p.443).

Outros exemplos comuns de obsessões apontados por Torres (2002, p.26) são “idéias de que algo ruim (doença, acidente, morte) pode acontecer ou vir a acontecer com a própria pessoa ou algum ente querido”. Imagens mentais relacionadas podem também ocorrer, como “ver mentalmente” uma cena temida, como um acidente ou velório envolvendo alguma pessoa significativa. Algumas imagens mentais podem ser de conteúdo “neutro”, mas pela repetitividade acabam, muitas vezes, tornando-se aversivas para o indivíduo.

As compulsões são comportamentos ou atos mentais intencionais repetitivos, emitidos na tentativa de aliviarem temporariamente a intensa ansiedade e sofrimento gerado pelos pensamentos obsessivos. Frequentemente, as compulsões são percebidas como algo sem sentido e o indivíduo reconhece que seu comportamento é irracional e exagerado. De acordo com a caracterização da DSM IV, (1995) o objetivo destes comportamentos é prevenir e reduzir a ansiedade ou sofrimento e não de oferecer prazer ou gratificação. Este manual cita algumas sensações experimentadas pelo indivíduo, como taquicardia, respiração ofegante sudorese, palidez, tremores, náuseas etc, que são extremamente comuns e aversivas para eles.

Salkovskis e Kirk (1997) apresentam como ponto de vista no desenvolvimento de análise funcional do comportamento obsessivo compulsivo, com este sendo caracterizado como um comportamento de esquiva. A resposta compulsiva, segundo este modelo, seria mantida por eliminar a ansiedade, desencadeada pela obsessão ou por estímulos aversivos que provocariam as obsessões (Zamignani, 2001).

Neste tipo de análise, um evento público (estímulo aversivo ou estímulo pré-aversivo) desencadeia um evento privado (obsessão), que desencadeia um outro evento privado (sofrimento, ansiedade) o paciente então executa uma resposta aberta ou encoberta (compulsão) para eliminar (supostamente) a estimulação aversiva gerada por estes estímulos públicos e privados. Desta maneira, se a resposta compulsiva levar à eliminação da estimulação aversiva, esta tende a aumentar a frequência, caracterizando uma contingência de reforço negativo (Moore, 1984 apud Zamignani, 2001).

Conforme Zamignani e Vermes (2003) a alta frequência de respostas de esquiva de situações aversivas e baixa frequência de reforçamento para respostas concorrentes é

bastante comum nestas pessoas. Desta forma, o repertório social e de enfrentamento tende a ser reduzido, o que dificulta que o mesmo consiga lidar de forma “saudável” com grande parte dos problemas de seu dia-dia.

Torres (2002) discute outra peculiaridade deste transtorno quando cita que a maioria destas pessoas apresenta não um único sintoma ou par de sintomas, mas sim vários deles ao mesmo tempo, sendo que estes tendem a mudar espontaneamente de conteúdo com o tempo.

Apesar de haver, muitas vezes, semelhança na apresentação sintomatológica, cada indivíduo reage ao problema de forma própria, conforme suas características de personalidade, sua história de vida, seu contexto familiar e seu modo típico de agir (Smaira e Torres, 2000, p.43).

Estas mesmas autoras apontam que o TOC ainda pode se apresentar associado a outros transtornos mentais, como por exemplo: depressão, transtornos ansiosos (ansiedade generalizada, pânico, fobia social ou específica), somatoformes (somatizações, hipocondria) ou do controle de impulsos. Estas associações são caracterizadas na linguagem médica como “co-morbididades” (Torres, 2002).

Em relação às “causas” do TOC, Shavitt (2000, p.47) discorre que o modelo mais aceito é o de que esta doença seja “decorrente da combinação entre fatores hereditários ou genéticos (genes que conferem maiores chances a certas pessoas de desenvolverem o problema) e ambientais”. Estes fatores ambientais estão relacionados à evolução da gravidez, condições do parto, infecções, acontecimentos da vida, e fatores psicológicos, entre outros.

Por freqüentemente apresentar um curso crônico e que geralmente afeta a qualidade de vida dos pacientes devido ao stress provocado pela ansiedade em si, a evitação que acompanha o medo do sofrimento e ao estigma associado a ter problemas emocionais, este transtorno tende a produzir um grande impacto na vida destas pessoas: “Alguns pacientes podem ainda ser afastados do trabalho, de seus relacionamentos e de suas atividades em consequência dos sintomas do TOC ..” (Soares, 2003, p.414).

A presença de uma pessoa com comportamentos obsessivo-compulsivos tende a produzir mudanças, na maioria das vezes consideráveis, na vida daqueles que com ela

convivem. Segundo Guedes (2000, p. 73) “Talvez em nenhum outro transtorno psiquiátrico seja a família tão envolvida como no transtorno obsessivo compulsivo (TOC)”.

Sem saber como ajudar, a família acaba agindo de forma inconsistente. No caso do Transtorno Obsessivo Compulsivo, oscila entre culpar o paciente e compartilhar os rituais com ele, entrando em sua rotina repetitiva. Outras vezes, ainda, antecipa, ignora ou pune a realização do ritual e, dessa forma, leva à manutenção do problema ao invés de sua solução (Guedes, 1997).

As contingências diversas desta relação fazem com que a família ora reforce, ora puna esses comportamentos instalando, aos poucos, padrões de interação nos quais os rituais são estabelecidos como elementos necessários para a obtenção de reforçadores, sejam eles positivos ou negativos (Vermes e Zamignani, 2002).

Tendo ciência dos efeitos deste transtorno no repertório comportamental, nos sentimentos e nas relações sociais das pessoas que o apresentam, a impressão que se tem é que o paciente acometido vive constantemente em um ambiente coercitivo, ou seja, com medo de punições e julgamentos de outrem, e em constante esquivas de que algo ruim aconteça (Sidman, 1995).

Skinner (1995, p. 102) escreveu que: “o que é sentido não é sentimento, mas um estado do corpo”, sendo este estado subproduto das contingências de reforçamento. A alta ansiedade, stress e sentimento de culpa mostram-se produtos de contingências adversas e coercitivas, bastante presentes no TOC.

A ansiedade define-se enquanto fenômeno clínico (1) quando implica em um comprometimento ocupacional do indivíduo, impedindo o andamento de suas atividades profissionais, sociais e acadêmicas, (2) quando envolve um grau de sofrimento considerado pelo indivíduo como significativo e (3) quando as respostas de evitação e eliminação ocuparem um tempo considerável do dia. Esses casos são tratados pela literatura médica e psicológica como Transtorno de Ansiedade (Zamignani, 2001)

O autor acima citado desenvolve uma análise do padrão comportamental característico dos transtornos de ansiedade, e aponta que de acordo com grande parte da literatura, é a esquivas fóbica, ou seja, na presença de um evento ameaçador ou incomodo, o indivíduo emite uma resposta que elimina, ameniza ou adia esse evento. O que diferencia

cada um destes transtornos é o tipo de evento experimentado como ameaçador ou incomodo e/ou o tipo de resposta na qual o sujeito se engaja de forma a produzir uma diminuição do contato com o estímulo aversivo (processos de fuga/esquiva). As respostas desenvolvidas nesse processo podem ser classificadas topograficamente como respostas de evitação (esquiva) e/ou eliminação do estímulo temido, assim respostas de verificação ou outras respostas repetitivas tem a função de diminuir ou eliminar temporariamente a ameaça da apresentação desse estímulo.

Vermes (2003), destaca que um dado coerente foi relacionado por Miranda e Bordin (2001), segundo o qual, 70% dos casos indicam um evento estressante como precedente ao surgimento do TOC, além da classificação DSM IV, (1995), que inclui o TOC no espectro ansioso. Sendo assim, a esquiva como produto de estimulação aversiva pode levar à diminuição do contato entre indivíduo e estímulos reforçadores positivos, já que a esquiva generalizada pode, inclusive, diminuir o acesso do sujeito a situações que possam prover reforçamento positivo.

É também bastante comum a tentativa do indivíduo em esconder os sintomas devido à sua estranheza e desaprovação social, a fim de evitar sentimentos de vergonha e humilhação (Soares, 2003). Porém o sentimento de vergonha, muitas vezes, é produzido pela referida execução dos comportamentos ritualísticos e consciência do sintoma. Diante deste fato, o sentimento de culpa e a omissão desses comportamentos são concomitantes (Torres, 2000).

Referindo-se ao sentimento de culpa, Guilhardi (2002) relata que o mesmo é produzido pela comunidade verbal, uma comunidade poderosa (em primeira instancia a família), por ser esta a responsável por julgar determinado comportamento como adequado e/ou inadequado, de acordo com as regras ou leis do grupo social. Este conceito de “adequado e inadequado” ou “aceitável e inaceitável” após ser aprendido, começa a fazer parte do repertório discriminativo do sujeito. No TOC, geralmente o paciente reconhece a emissão desses comportamentos como inadequada (sendo merecedora de punição e de julgamento), mas é negativamente reforçado pela suposta evitação de algo aversivo, muitas vezes envolvendo familiares na realização dos rituais. Por ter ciência dos prejuízos acarretados para todos, tende a haver um aumento em seus sentimentos de culpa e até na família, que pode se culpar pelo próprio transtorno, ou pelo auxílio dado nos rituais.

As agências controladoras, discutidas por Skinner (1993), como governo e lei, religião, educação, família, funcionam como sistemas dos quais fazemos parte e através dos quais sabemos o que devemos fazer, ou seja, que tipo de comportamento devemos emitir, para evitar ameaça de punições e controle aversivo. No caso do paciente com TOC, sabe-se que seus comportamentos são, de certa forma, incompatíveis com as regras que descrevem contingências positivas e negativas estabelecidas por estas agências controladoras, o que tende a aumentar a ansiedade e o stress, contribuindo para que este indivíduo oculte os sintomas advindos do transtorno.

Com base neste referencial, e tendo em vista que muitas vezes o stress e o TOC são produtos de controle aversivo, questiona-se a existência de uma possível associação entre eles; pois no TOC, o indivíduo apresenta muita dificuldade em lidar com mudanças e no stress, o indivíduo apresenta dificuldade em adaptar-se. Por estas razões, o presente trabalho objetiva descrever as classes de comportamentos de stress frequentes em pacientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo Compulsivo.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Descrever as classes de comportamentos de stress frequentes em pacientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo Compulsivo

Objetivos Específicos

- Verificar o nível de stress nos pacientes diagnosticados com TOC;
- Identificar as variáveis de contexto que eliciam o stress nestes pacientes;
- Verificar se existe certa regularidade nas variáveis de contexto.

MÉTODO

Cuidados éticos

Nesta pesquisa as identidades da amostra foram preservadas e os dados coletados foram utilizados exclusivamente para fins de pesquisa. Conteí com o consentimento livre e esclarecido de cada um dos participantes e zelei para que os recursos humanos e materiais necessários garantissem o bem estar dos participantes da pesquisa. Foi esclarecido aos mesmos que o sigilo seria mantido sobre as informações relatadas e que estes teriam total liberdade de não aceitar ou até mesmo interromper em qualquer momento sua participação. Considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos, houve ponderação entre esses e os benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantindo que danos previsíveis fossem evitados. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos sempre os tratou em sua dignidade, respeitando-os em sua autonomia e defendendo-os em sua vulnerabilidade.

Os riscos que envolveram esta pesquisa foram os riscos emocionais, pois os participantes da pesquisa relembrou alguns dos momentos do seu dia a dia que são muitas vezes estressantes, sendo que isso poderia acarretar certo desconforto emocional. Se isto realmente viesse a ocorrer, seria oferecido um acolhimento pela pesquisadora

Participantes

A amostra para a presente pesquisa constituiu-se de dez adultos, diagnosticados por médico psiquiatra com Transtorno Obsessivo Compulsivo, segundo a classificação do DSM IV, destes seis eram mulheres e quatro homens, com idades entre 26 e 44 anos. Todos os participantes eram residentes no estado do Paraná.

A Tabela 1 apresenta uma breve caracterização da amostra de indivíduos participantes do estudo.

TABELA 1. Caracterização da amostra de indivíduos diagnosticados com TOC.

Participantes	Sexo	Idade	E. civil	Filhos	Profissão	Religião	Conhecimento	Tratamento
P01	M	40	Casado	1	Professor	Evangélico	15 anos	Medicamentoso
P02	F	27	Casada	1	Psicóloga	Sem religião	7 anos	Medicamentoso e psicoterápico
P03	M	35	Casado	2	Comerciante	Católico	10 anos	Medicamentoso
P04	F	25	Solteira	não	Auxiliar financeiro	Católica	3 anos	Medicamentoso e psicoterápico
P05	F	36	Casada	2	Do lar	Católica	29 anos	Medicamentoso e psicoterápico
P06	M	33	Solteiro	não	Veterinário	Budista	6 anos	Medicamentoso e psicoterápico
P07	F	26	Solteira	não	Advogada	Católica	04 anos	Medicamentoso e psicoterápico
P08	F	44	Solteira	1	Do lar	Católica	7 anos	Medicamentoso e psicoterápico
P09	M	36	Casado	1	Vendedor	Católico	3 anos	Medicamentoso e psicoterápico
P10	F	29	Divorciada	1	Designer de Moda	Evangélica	9 anos	Medicamentoso

Observando-se a Tabela 1, percebe-se que participaram da pesquisa seis mulheres e quatro homens. Em relação a idade, a mínima foi 25 anos e a máxima 44 anos e a idade média foi de 33 anos. Dos quais, 5 são casados, 4 solteiros e 1 divorciado. Em relação a ter filhos, 7 dos participantes têm, sendo que destes 5 tem 1 filho e 2 com dois filhos e 3 participantes não possuem filhos. No que se refere a escolaridade 5 possuem o 3 grau completo, 3 o ensino médio completo, 1 o ensino médio incompleto e 1 o ensino fundamental completo. Em relação à religião da amostra 6 são católicos, 2 evangélicos, 1 adepto ao budismo e 1 sem religião. Percebe-se que em relação ao tempo de conhecimento da doença, obteve-se uma média de 9 anos e três meses. No que diz respeito a forma de tratamento os 10 participantes fazem o tratamento medicamentoso e 7 associam medicação e psicoterapia, ou seja, 70% da amostra.

Material

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o participante (Anexo A)

O termo utilizado obedeceu às normas estabelecidas pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia, publicada em Dezembro de 2000, as Diretrizes 196/96 do Ministério da Saúde e as Normas do Comitê de Ética da PUC-Campinas, e foi apresentado em duas vias: uma para o participante que livremente concordou em fazer parte do estudo e outra para a pesquisadora

2- Questionário para identificação (Anexo B)

Os participantes preencheram um questionário de identificação, que foi elaborado pela pesquisadora, com a finalidade de obter informações relevantes sobre os mesmos e sobre a doença.

Este questionário permitiu a coleta de dados no que se refere a: sexo, idade, estado civil, número de filhos, religião, profissão, naturalidade, tempo de conhecimento da doença, tempo de medicação e forma de realização do tratamento.

3- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos - ISSL (Lipp,2000)

É um instrumento que foi elaborado por Lipp (1989), validado por Lipp e Guevara (1994) e padronizado por Lipp em 2000, inclui sintomas agrupados em físicos e psicológicos. Este instrumento foi baseado inicialmente no modelo trifásico de Hans Selye, porém sugeriu o acréscimo de uma nova fase do stress, designada de "quase exaustão", compondo um modelo quadrifásico do processo de stress.

O ISSL permite diagnosticar a presença de um quadro sintomatológico de stress, em que fase do stress a pessoa se encontra e se a mesma possui propensão para desenvolver

sintomas de stress na área física ou psicológica. Os sintomas são organizados em três quadros em ordem crescente de seriedade, como se segue:

Quadro 1

Destina-se a levantar os sintomas físicos e psicológicos experimentados nas últimas 24 horas, correspondente à fase de alerta do stress.

Quadro 2

Destina-se a levantar os sintomas físicos e psicológicos experimentados na última semana, correspondente à fase de resistência e quase exaustão.

Dependendo do escore obtido o diagnóstico é feito de resistência ou de quase exaustão. No quadro 2, porcentagens até 50, indicam que a pessoa se encontra na fase de resistência, enquanto porcentagens superiores a 50, indicam a fase de quase exaustão.

Quadro 3

Destina-se a levantar os sintomas físicos e psicológicos experimentados no último mês, mais significativos de um stress em fase de exaustão.

4- Roteiro de entrevista (Anexo C)

Utilizou-se também como instrumento para coleta de dados um roteiro de entrevista. Foram elaboradas quatro questões pela própria pesquisadora com o intuito de auxiliar no alcance dos objetivos deste trabalho. O objetivo principal desta entrevista era identificar as variáveis de contexto que eliciam o stress nos indivíduos com Transtorno Obsessivo Compulsivo e verificar se existe certa regularidade nas variáveis de contexto.

5- Material

Foi utilizado um gravador portátil e 5 fitas cassete (60 minutos) para registro integral das entrevistas como instrumento de apoio para que houvesse uma maior fidedignidade das informações e houvesse um menor risco de perda de dados importantes.

A coleta de dados foi realizada em salas das clínicas psiquiátricas.

Juizes

Uma psicóloga clínica comportamental leu as transcrições e avaliou a categorização feita pela pesquisadora.

Procedimento

Para a realização deste estudo, a pesquisadora entrou em contato com médicos psiquiatras de seu conhecimento que atuam no Paraná. Nestas visitas explicou-lhes os objetivos e procedimentos da pesquisa e solicitou que estes lhe encaminhassem pacientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo Compulsivo para participarem da pesquisa.

A secretaria do médico fez o primeiro contato telefônico aos pacientes indicados pelo próprio médico, esclarecendo-lhes o objetivo da pesquisa e convidando-os a colaborar. Caso aceitassem, a mesma agendava um horário e data para o encontro com a pesquisadora. Estes encontros foram marcados no próprio consultório do médico para favorecer o bem estar do participante, com o intuito de diminuir a probabilidade de constrangimento destes em função do histórico da doença. No local combinado tomaram-se cuidados para que não houvesse interrupções e o sigilo fosse mantido.

Os encontros foram marcados individualmente. A pesquisadora após se apresentar e novamente explicar sobre a pesquisa que estava desenvolvendo e os objetivos desta, fez a coleta dos dados após o consentimento livre e esclarecido dos participantes. A estes foi informado também que a entrevista estava sendo gravada e que posteriormente a mesma seria transcrita para então ser analisada.

Num primeiro momento foram coletados os dados referentes à identificação dos participantes, em seguida estes responderam ao ISSL, e logo após a entrevista.

Método de análise dos resultados

Os dados referentes à identificação dos participantes são apresentados na tabela 1, para que sejam vistos de forma mais clara.

Anteriormente a apresentação dos resultados referentes ao objetivo geral, são apresentados os níveis/fases de stress obtidos através do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp, 2000. O panorama dos níveis/fases de stress é fundamental para se observar a relação entre a sintomatologia do TOC e respostas físicas e psicológicas de

stress. Para identificação e seleção das classes de comportamentos de stress, foi estabelecido o seguinte critério: foram selecionadas as respostas do Inventário de Sintomas de Stress que foram assinaladas acima de cinco participantes, sendo este um número médio que sugere uma frequência considerável.

Os dados da entrevista foram analisados de forma que pudessem ser identificadas as variáveis de contexto que eliciam a resposta stress nos indivíduos com TOC e verificada se existe certa regularidade nestas variáveis. Para facilitar a realização desta identificação, foram feitas várias leituras das respostas das entrevistas e, a partir disso buscou-se reunir e analisar as questões de número 1 de todos os participantes, bem como questões 2, 3 e 4. Tal análise foi feita de forma a selecionar relatos indicativos das variáveis de contexto mais relevantes, ou seja, das contingências relacionadas à instalação e manutenção do TOC e do stress.

A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si... Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso (Gomes, 2001, p. 70).

Essas categorias verbais foram criadas de forma que deveriam ser excludentes, sendo que o que caracterizava cada uma das categorias é a semelhança de seu conteúdo. Vale esclarecer que no início de cada verbalização dos participantes, há uma sigla a qual descreve que “P” esta relacionado ao participante e o número subsequente refere-se a identificação deste participante.

Para maior fidedignidade desta classificação, a pesquisadora pediu que uma psicóloga clínica comportamental também lesse as transcrições e avaliasse a categorização feita pela pesquisadora. Esta psicóloga concordou com a categorização em todo seu conteúdo.

Abaixo estão descritas as categorias criadas, as explicações a que se referem e as questões do roteiro de entrevista realizado no qual foram obtidas as respostas que formaram tal categoria identificando assim as variáveis de contexto através dos relatos dos participantes.

Categorização 1- Variáveis de Contexto: (Essa categoria foi formulada a partir das respostas obtidas pela questão 1 do roteiro de entrevista: **O que é pra você ter o TOC?**).

- **Relatos indicativos de sentimentos e comportamentos com relação ao outro:** refere-se as verbalizações dos participantes acerca de preocupação com o que o outro pensa; ao medo de ofender/desagradar alguém e ao sentimento de incompreensão/vergonha do outro.

- **Relatos indicativos de comportamento de baixo autocontrole:** refere-se as verbalizações dos participantes que demonstram comportamentos de repetição, dificuldade de organização do tempo e cansaço.

- **Relatos indicativos de sentimento de baixa auto-estima e baixa autoconfiança:** refere-se as verbalizações dos participantes na qual expressam sentimentos/comportamentos de baixa auto estima e baixa autoconfiança.

- **Relatos indicativos de sentimentos de culpa, alta ansiedade e pouco prazer:** refere-se as verbalizações dos participantes que revelam sentimentos de culpa, dificuldade em relaxar, pouco prazer e alta ansiedade.

Categorização 2- Variáveis de Contexto: (Essa categoria foi formulada a partir das respostas obtidas pela questão 2 do roteiro de entrevista: **No dia a dia, a pessoa que tem TOC enfrenta muitas situações que a fazem ficar tensa/estressada. Por favor, indique e comente situações que você considera e sente como estressantes**).

- **Relatos indicativos de regras que funcionam como estímulos discriminativos para pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos:** refere-se a regras que o participante relata e acredita ser verdadeira e correta em sua concepção e que muitas vezes funcionam como estímulos discriminativos para pensamentos e comportamentos compulsivos

- Relatos indicativos de classes de respostas: refere-se às verbalizações do participante em relação a classes de respostas que envolvem frustrações, contrariedades e sentimentos de culpa, vergonha, medo e preocupação. Também percebe-se verbalizações que expressam classes de respostas que envolvem excesso de pressão e cobrança e ainda envolvendo situações e problemas para resolver.

Categorização 3- Variáveis de Contexto: (Essa categoria foi formulada a partir das respostas obtidas pela questão 3 do roteiro de entrevista: **Se você não tivesse o TOC, que situações estressantes deixariam de existir no seu dia a dia?**).

- Relatos sobre pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos: refere-se as respostas dos participantes na qual expressam sobre comportamentos obsessivos e comportamentos compulsivos que produzem tensão, cansaço e julgamento do outro.

- Relatos indicativos de redução de comportamentos: refere-se aos relatos dos participantes que indicam a redução de comportamentos de cobrança, exigência, pressão e de regras que funcionam como estímulos discriminativos para pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos;

- Relatos indicativos de sentimentos de liberdade e felicidade e menos sentimentos de ansiedade, culpa, vergonha e medo: refere-se às respostas das participantes na qual relatavam alguns comportamentos, que indicavam ser positivos descritos como agradáveis e bons.

Categorização 4- Variáveis de Contexto: (Essa categoria foi formulada a partir das respostas obtidas pela questão 4 do roteiro de entrevista: **O que precisaria mudar em sua vida para que ela ficasse menos estressante?**).

- Relatos indicativos de comportamentos de maior autocontrole: refere-se as verbalizações dos participantes acerca de comportamentos de maior autocontrole, no sentido de diminuir as repetições, aumento da organização do tempo e menos cansaço.

- **Relatos indicativos de comportamentos de mais independência:** refere-se aos relatos dos participantes relacionados a comportamentos de mais independência, e junto a isto maior organização e assertividade, assim respeitando seus desejos e possibilidades.

- **Relatos indicativos de redução das regras que funcionam como estímulos discriminativos para pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos:** refere-se as respostas dos participantes que caracterizam comportamentos/sentimentos/pensamentos de baixo desconforto.

- **Relatos indicativos de redução dos sentimentos de culpa, ansiedade e mais prazer/afeto:** refere-se as verbalizações dos participantes que possibilitam a identificação de baixa de comportamentos de esquiva, reduzindo assim sentimentos de culpa, ansiedade e aumentando o prazer e afetos nas relações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Anteriormente à apresentação dos resultados referentes ao objetivo geral, serão apresentados os níveis/fases de stress obtidos através do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp, 2000. O panorama dos níveis/fases de stress é fundamental para se observar a relação entre a sintomatologia do TOC e respostas físicas e psicológicas de stress. A Tabela 2 mostra o nível de stress dos 10 participantes do estudo.

TABELA 02. Fases de stress dos 10 participantes diagnosticados com TOC

STRESS PARTICIPANTE	FASES				
	S/stress	Alerta	Resistência	Q. exaustão	Exaustão
P01			X		
P02			X		
P03			X		
P04			X		
P05			X		
P06				X	
P07			X		
P08				X	
P09			X		
P10	X				

Ao se observar a Tabela 02, vê-se que 9 dos 10 participantes apresentam stress, estando 7 na fase de resistência e 2 na de quase exaustão. Há uma participante que não apresenta stress. Segundo Lipp (2000), o modelo teórico do stress é quadrifásico. A fase do alerta é positiva, pois a pessoa se prepara para a ação. Já a fase de resistência ocorre se a fase de alerta é mantida por períodos muito prolongados ou se novos estressores se acumulam e o organismo entra em ação para impedir o desgaste total de energia. A fase de quase exaustão se instala quando a tensão excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional vai se quebrando e a ansiedade é altíssima. Neste contexto, observa-se que a fase de resistência é marcante nesta amostra, indicando um certo desequilíbrio nos

participantes. Ao se conhecer o TOC, pode-se compreender melhor o porquê deste índice alto na fase de resistência e de alguns em quase exaustão. O TOC produz efeitos de certa forma chocantes para o indivíduo, pois implica alteração nos hábitos, no cotidiano, no trabalho, na vida social, modificando a sua rotina e a de sua família, pois novas adaptações são necessárias a todo o momento.

Tendo ciência dos efeitos deste transtorno no repertório comportamental, nos sentimentos e nas relações sociais das pessoas que o apresentam, a impressão que se tem é que o paciente acometido vive constantemente em um ambiente coercitivo, ou seja, com medo de punições e julgamentos de outrem, e em constante esquiva de que algo ruim aconteça (Sidman, 1995).

Por freqüentemente apresentar um curso crônico e que geralmente afeta a qualidade de vida dos pacientes devido ao stress provocado pela ansiedade em si, a evitação que acompanha o medo do sofrimento e ao estigma associado a ter problemas emocionais, este transtorno tende a produzir um grande impacto na vida destas pessoas: “Alguns pacientes podem ainda ser afastados do trabalho, de seus relacionamentos e de suas atividades em consequência dos sintomas do TOC ...” (Soares, 2003, p.414). A presença de uma pessoa com comportamento obsessivo compulsivos tende a produzir mudanças, na maioria das vezes consideráveis, em suas vidas e na vida daqueles que com ela convivem.

Sabe-se que qualquer situação que exija esforço do indivíduo para se adaptar pode gerar stress. Com relação à participante que não apresenta stress, observou-se uma diferença dela com relação aos demais no repertório de enfrentamento e na qualidade de suas relações. Aparentemente esta participante desenvolveu relações sociais de boa qualidade, muito sucesso profissional, de forma que tem prazeres e relações que parecem enfraquecer o poder do TOC em causar sintomas de stress. Isto fica claro em alguns de seus relatos: “... *A minha força está no trabalho, no quanto gosto do que faço, no quanto sou reconhecida, valorizada... Sem falar dos meus amigos, que amo muito, me ajudam a tudo ficar mais leve, menos estressante, menos pesado...* “

Uma pesquisa objetiva além da ampliação do corpo de conhecimentos técnico-científicos, fornecer sustentação e clareza nas intervenções feitas na prática psicológica. Neste contexto, esta pesquisa teve como principal objetivo descrever as classes de comportamentos de stress em indivíduos diagnosticados com Transtorno Obsessivo

Compulsivo, a partir de dados obtidos através do Inventário de Sintomas de Stress para adultos. As classes de comportamentos se traduzem em dois tipos básicos: classes correspondentes aos sintomas físicos e aos sintomas psicológicos, conforme o inventário acima mencionado. Esta descrição é importante na medida em que com base neste trabalho, é possível que se compreenda melhor a relação entre um transtorno psiquiátrico importante na atualidade – o TOC e sintomas de stress que têm se tornado freqüentes e até prejudiciais na vida destes indivíduos. Ao se compreender melhor esta relação, podemos planejar intervenções consistentes e fundamentadas na compreensão dos sintomas e das variáveis a estes relacionadas. Vermes (2003) destaca que um dado relevante foi levantado por Miranda e Bordin (2001). Segundo estes autores 70% dos casos de TOC indicam um evento estressante como precedente ao surgimento do transtorno. Os indivíduos com TOC apresentam elevados índices de stress, muitas vezes decorrentes dos comportamentos de obsessão e compulsão e relacionados aos sentimentos de insegurança, ansiedade, medo e culpa típicos no transtorno (Baptistussi, 2005, no prelo).

Neste trabalho, observou-se na amostra selecionada classes de comportamentos de stress comuns e freqüentes em indivíduos diagnosticados com TOC, conforme critério estabelecido na metodologia do trabalho. Tais classes podem ser observadas na Figura 1 a seguir.

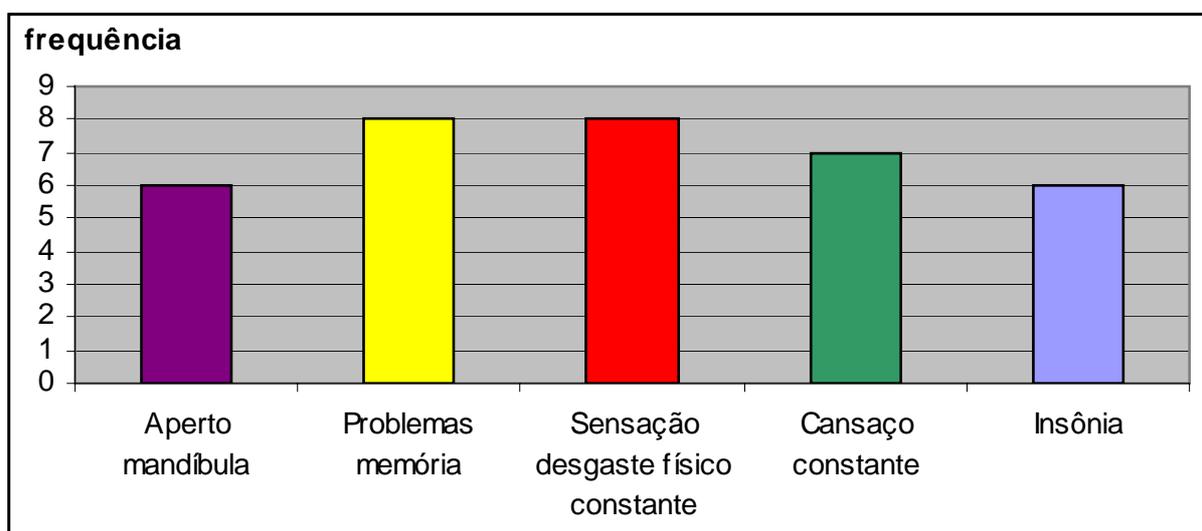


Figura 1. Classes de comportamentos correspondentes aos sintomas físicos mais freqüentes nos 10 indivíduos diagnosticados com TOC.

Observa-se uma alta frequência dos comportamentos de stress correspondentes a **sintomas físicos** nos indivíduos com TOC, visto que dos 10 participantes da pesquisa, 8 responderam apresentar **problemas de memória e sensação de desgaste físico**; 7 responderam sentir **cansaço constante** e 6 apontaram **aperto de mandíbula e insônia**. Neste sentido, 80% dos participantes relatam respostas sintomáticas de stress, as quais possivelmente estão relacionadas ao TOC, o que pode ser melhor observado na análise dos dados da entrevista, quando alguns esclarecem o que o TOC, inerentemente carrega em si grande carga de tensão, desgaste, pressão. A seguir serão apresentados alguns relatos que evidenciam tal relação:

No relato a seguir, observa-se relação entre um comportamento típico no TOC – verificação – e stress, na medida em que algo que se faz repetidamente provavelmente gera desgaste físico

P1, em resposta à questão 03 da entrevista: “... Mas, com relação ao TOC, eu acho que se eu não tivesse essa questão da verificação, de limpeza e da verificação, se as coisas estão ou não fechadas constantemente, com relação ao TOC, talvez isso tiraria um pouco desse stress...”

A expectativa e ansiedade altas produzidas pelo TOC, bem como as frustrações também parecem se relacionar a respostas de stress, conforme observado nos relatos abaixo:

P2, em resposta à questão 02: “... Quando eu tenho alguma coisa para fazer, enquanto eu não faço, eu fico estressada, ansiosa, esperando, eu tenho que fazer... Quando eu quero alguma coisa e não dá certo, eu quero fazer alguma coisa e dá errado, isso me estressa muito...”

As respostas repetitivas, a baixa autoconfiança e a alta ansiedade que aparecem no TOC também se relacionam ao cansaço e naturalmente ao stress, conforme pode ser observado:

P3, em resposta à questão 01: “... TOC é, é ruim demais. É uma coisa que você não tem, você perde a confiança em você mesmo. Você faz uma coisa e não fica confiante naquilo que você fez, e torna a repetir, a fazer de novo e te causa, você fica mais lento, tudo o que você vai fazer, você fica repetindo, repetindo, e é cansativo, muito cansativo, demais. Você perde a vontade de trabalhar, aí você tem que ir em médico, você tem que gastar, sei lá, você fica gastando com médico, tem que comprar medicamento, ficar andando pra lá e pra cá, e outra coisa, é que as pessoas não entendem o que é o TOC...” “... Quanto mais coisa você tem pra resolver, você fica com mais cansaço, mais sensível, isso aí é como se fosse o stress, aí você fica mais estressado, já pensando que vai dar tudo errado...”

P6, em resposta à questão 03: “... Ansiedade... Os sintomas, pensamentos, fantasias, frustração, lembrar que eu tenho TOC, tomar remédios, os pensamentos loucos... Pensamento doido é aquela história vou falar com uma pessoa e imagino que é por engano e alguém faz alguma coisa que é desse tamanho, bem pequeno valor e eu aumento tudo a ponto de querer brigar com a pessoa, é no cotidiano isto também...”

Os sentimentos de medo e insegurança também parecem estar relacionados às respostas de stress, uma vez que o medo tem a ver com antecipação de situações e tal antecipação pode levar o corpo a responder de maneira tensa.

P9, em resposta à questão 02: “... Porque eu tenho medo da morte, então eu acho que vai acontecer alguma coisa, sempre tô achando, então no dia-dia, o dia-dia se torna estressante, porque você está se deparando com o teu problema a toda hora. Eu viajo e tenho medo da morte, então às vezes você pegar a estrada te deixa estressado e você perde o humor e você chega em casa e já desenvolve de novo aqueles TOC`s que você tava conseguindo diminuir, a quantidade, a densidade deles e você volta a tê-lo de novo... “

Destacando a **dificuldade para dormir**, tem-se o seguinte relato:

P3, em relação à questão 03: “...Essa madrugada eu tive insônia, ma foi porque eu tive enxaqueca. Então eu tomei altas doses de remédio a madrugada inteira, nem amamentei agora cedo, de tanto remédio que tomei pra passar a dor.”

P9, em resposta à questão 04: “... Tirando esse fardo que é o medo da morte que eu tenho e que desenvolve a síndrome do pânico, o stress, a depressão, o mau-humor e desenvolveu ao longo do tempo os TOC's, são vários TOC's e por causa disso, eu tenho que estar tomando o meu medicamento, tanto para dormir, por causa da insônia ou para diminuir a ansiedade, que é de onde vem o TOC...”

P10, em resposta à questão 02: “... Tá, olha, organização, é um ponto que me deixa muito tensa e estressada, eu gosto, eu não consigo dormir enquanto a minha casa não está totalmente organizada, a minha louça toda lavada, as minhas roupas guardadas, a cama totalmente arrumada, com o lençol esticado e aí eu acabo sofrendo com isso, porque toda hora eu tenho que arrumar e deixando de fazer outras coisas, inclusive dormir...”

De maneira geral, além das classes de comportamentos correspondentes a sintomas físicos, é possível notar através dos relatos dos participantes a relação destes com os comportamentos de stress de cansaço constante, desgaste físico e até mesmo insônia.

Com relação aos comportamentos correspondentes aos **sintomas psicológicos**, foram observados como mais frequentes os relatados na Figura 2, conforme critério estabelecido na metodologia deste trabalho.

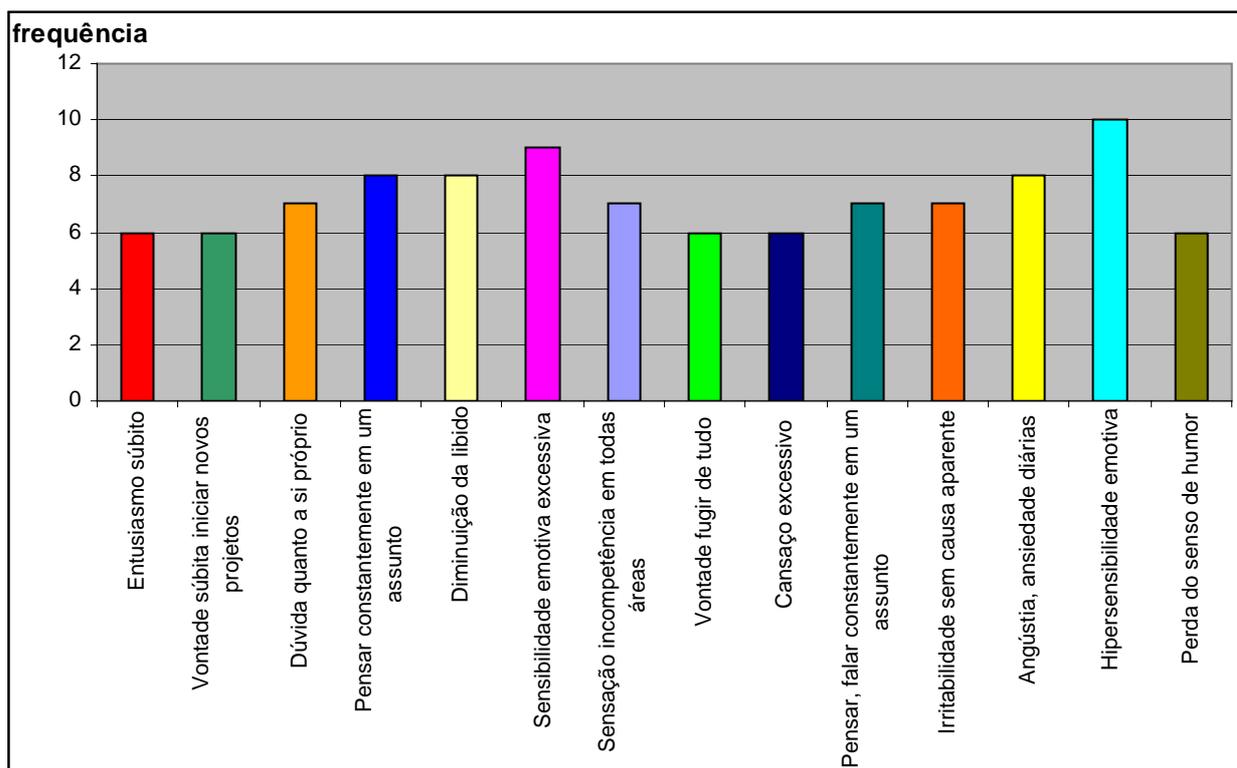


Figura 2. Classes de comportamentos correspondentes aos sintomas psicológicos mais frequentes nos 10 indivíduos diagnosticados com TOC.

Observa-se uma alta frequência dos comportamentos de stress correspondentes a sintomas psicológicos nos indivíduos com TOC. A frequência de tais sintomas pode ser melhor observada na Figura 02, enfatizando que 80% dos participantes apontaram pensar constantemente em um só assunto, diminuição da libido, angústia e ansiedade diária; 90% dos participantes relataram apresentar sensibilidade emotiva excessiva e todos os participantes hipersensibilidade emotiva. Estes sintomas psicológicos além de apontados no Inventário de Sintomas de Stress para adultos, ficam evidentes nos relatos da entrevista. Para uma apresentação mais funcional de tais relatos, agrupou-se os sintomas psicológicos a partir de características semelhantes, conforme apresentado a seguir.

Classes de respostas correspondentes a sintomas psicológicos mais frequentes em indivíduos diagnosticados com TOC:

- Vontade súbita e entusiasmo súbito

- Pensar constantemente em um só assunto e pensar, falar constantemente em um só assunto
- Sensibilidade emotiva e hipersensibilidade emotiva
- Irritabilidade sem causa aparente e perda do senso de humor
- Dúvida quanto a si próprio e sensação de incompetência em todas as áreas
- Vontade de fugir de tudo e angústia/ansiedade diárias
- Diminuição da libido e cansaço excessivo

Com relação à **vontade súbita e entusiasmo súbito**, os participantes em suas respostas à entrevista não relatam nenhuma situação onde possam ser identificados tais comportamentos. Ao contrário, relatam muitas vezes comportarem-se não por vontade ou entusiasmo e sim em função de pensamentos desagradáveis o que na maioria das vezes desencadeia manias, rituais, compulsões.

O TOC tem como característica marcante **o pensar e agir repetidamente**, o que segundo relatos dos participantes leva a muito cansaço e desgaste físico e emocional. Assim para ser classificada como um transtorno, as obsessões ou compulsões devem causar acentuado sofrimento, consumir tempo ou interferir significativamente na rotina normal, funcionamento ocupacional, atividades sociais habituais ou relacionamentos do indivíduo (DSM IV, 1995). Segundo Smaira e Torres (2000, p. 41) “só podemos falar em sintomas e doença quando houver improdutividade, sofrimento e limitações: quando o indivíduo estiver como que ‘escravizado’ pelos sintomas, tendo perdido sua liberdade de escolha”.

P1, em relação à questão 01 da entrevista: “...porque você repete coisas que você já fez a um minuto, né a meio segundo, e você, você não consegue realmente se desvencilhar daquilo, o teu cérebro, a tua mente tem que ta voltada, volta a fazer aquilo novamente, aí você fala não eu já fiz, mas o pensamento fica ali, como se fosse alguém te puxando pra você voltar pra traz, você tenta ir pra frente e aquilo te puxa, é 100% maior que a tua força humana, eu não consigo me controlar.” “...A limpeza, tenho que verificar constantemente, então essa ida para ver se esta limpo e após três, cinco minutos voltar lá novamente para ver se aquele ambiente esta limpo. Aí se eu percebo que tem uma folha caída e se tem

alguma coisa que não esta do jeito que deixei volto novamente. Então esse ritual dessa verificação de limpeza pode provocar sim, um pouco de fato estressante.”

P3, em relação à questão 01 da entrevista: *“...você faz uma coisa e aquilo fica voltando na tua cabeça, não aquilo ta errado, aquilo ta errado, via lá e revê de novo e quanto mais você vai lá e revê de novo você fica com medo e quer rever, sei lá é triste pra mim..”*

P4, em relação à questão 02 da entrevista: *“...Vamos supor que você fala uma coisa pra mim, ai eu acho que eu tenho que voltar lá atrás pra tentar entender direito, se não eu vou ficar pensando em morto, senão alguma coisa ruim vai me acontecer, se não eu não vou evoluir na minha vida por causa daquela palavra que eu não entendi muito bem...” “...É os pensamentos que ficam vindo na cabeça que daí eu tenho que ficar resolvendo as coisas, tenho que voltar lá se eu tocar em algum lugar e esse lugar, na minha cabeça dizendo que eu tenho que tocar de novo pra daí eu não ficar pensando em morto, se na minha cabeça dizendo que eu tenho que tocar la senão eu não vou ficar em paz...”*

P5, em relação à questão 01 da entrevista: *“...porque a gente só se alivia depois que faz aquele ritual. Depois que a gente faz aquele ritual assim e a gente se alivia a gente vai ver assim que não é... podia passar sem aquilo, mas só que na hora a gente tem que fazer para poder se aliviar...”*

P8, em relação à questão 02 da entrevista: *“...quando eu sei que aconteceu alguma coisa, se eu ver na televisão alguma coisa assim que choque sabe, tipo ou com uma pessoa conhecida se eu ver que aconteceu algum acidente ou aconteceu alguma coisa é como se eu tivesse que fazer esses movimentos...” “...esses rituais mais vezes pra proteger as pessoas que eu amo, as pessoas da minha casa pra que aquilo não aconteça, ai eu fico muito nervosa pensando nisso sabe, mistura um pouco a superstição parece, então as vezes eu é, alguém fala alguma coisa que eu associe, na minha cabeça eu faça alguma associação, ai eu começo o tempo todo fazendo pra proteger o meu filho, a minha mãe, minha irmã, eu a minha saúde, a deles, então os momentos que me deixam ansiosa é ouvir ou ver alguém que tenha...”*

As **emoções** muitas vezes ficam vulneráveis e **sensíveis** a forte estimulação ambiental e no caso do TOC isto fica bem evidente, conforme relato dos participantes. Nos quadros de stress, especialmente nas fases de resistência e quase exaustão, tem-se um **hipersensibilidade emotiva**, afinal o indivíduo encontra-se com certa instabilidade afetiva e até física.

P3, em relação à questão 01 da entrevista: *“...você faz uma coisa e aquilo fica voltando na tua cabeça, não aquilo ta errado, aquilo ta errado, via lá e revê de novo e quanto mais você vai lá e revê de novo você fica com medo e quer rever, sei lá é triste pra mim...”*
“...Você falou e fica com medo de ter ofendido alguém, é desgaste dobrado, até no modo de você falar, no modo de você trabalhar, no modo de você andar na rua, no modo de você dirigir um carro: ah, acho que eu fechei aquela pessoa, e você fica com aquilo. Não pode ter nada de cobrança, aquilo te magoa, nada de erro, não pode errar nada...é triste é ruim...”

P3, em relação à questão 02 da entrevista: *“...Daí eu fico sofrendo duas vezes mais, por uma coisa que eu não sei se vai acontecer, sofrendo antecipadamente. Então é péssimo, você ter o TOC...”*

P9, em relação à questão 02 da entrevista: *“...o meu problema é que eu também tenho medo da morte, tenho síndrome do pânico, então se eu me deparar com alguma coisa que vai me deixar com medo, então se eu tenho que viajar é programado eu sofro antes, se for daqui cinco dias, eu vou sofrer os cinco dias...”*

Principalmente em função da repetição e da dificuldade de autocontrole, o TOC produz no indivíduos uma **irritabilidade alta e perda do senso de humor**, características marcantes de em quadro de stress.

P2, em relação à questão 02 da entrevista: *“...Quando eu quero alguma coisa e não da certo, eu quero fazer alguma coisa e da errado, isso me estressa muito...”*

P2 em relação à questão 04 da entrevista: *“...Eu sou muito independente, eu não gosto de depender dos outros. Então quando eu dependo dos outros, isso me estressa, muito, eu precisar de alguém me estressa eu gosto de fazer tudo sozinha...”*

P3, em relação à questão 02 da entrevista: *“...se você vai no banco e fica numa fila, aquilo ali pra você fica irritado, eu tenho que sair daqui logo; é como se o tempo valesse muito dinheiro pra você, então eu não posso ficar perdendo tempo porque o tempo vale muito...”*

P4, em relação à questão 02 da entrevista: *“...me da muita raiva de ficar fazendo as coisas assim muitas vezes, em vez de eu ta me divertindo com os meus amigos, conversando, eu to ali pensando, uma coisa só na minha cabeça...”*

P5, em relação à questão 03 da entrevista: *“...O nervoso, eu acho que o meu nervoso seria menos, porque eu tenho de fazer e enquanto eu to fazendo os meus rituais eu fico muito nervosa comigo mesma e se tem alguém perto pra mim é pior porque eu me atrapalho toda e eu só posso fazer três vezes e se eu me atrapalhar eu tenho que fazer mais de três vezes então para mim se torna difícil...”*

P6, em relação à questão 03 da entrevista: *“...você comete um erro e pá, aquilo vem a mil por hora. Isso é o que mais destroça a gente. Acho que eu ia ser mais tranquilo se eu não tivesse, ia dar mais risadas, não teria tantas oscilações de humor, pelo menos, seria isto...”*

P7, em relação à questão 02 da entrevista: *“...Mais quando eu sou contrariada, ou pelo pessoal lá em casa ou por alguma coisa que eu queria fazer e não deu certo fazer e tem que ficar pra uma outra data, isso me irrita sabe, quando ta tudo programado e de repente por nada sai fora do que era pra acontecer, isso me irrita sabe...”*

P8, em relação à questão 01 da entrevista: “...não sei é totalmente angustiante, irritante, tem dia que da vontade de falar: Azar aconteça o que acontecer se eu morrer azar não tem problema, mas eu quero ficar sem repetir estes movimentos. É terrível, a sensação é horrível pra quem, só tendo mesmo pra sentir o que é...”

P9, em relação à questão 02 da entrevista: “...o dia a dia se torna estressante porque você esta se deparando com o teu problema a toda hora, eu viajo e tenho medo da morte... então as vezes você pegar estrada te deixa estressado e você perde o humor, você chega em casa já desenvolve de novo aqueles TOC’s...”

O TOC leva muitas vezes o indivíduo a se questionar quanto às suas crenças, desejos e capacidades, o que é compatível com as classes de respostas de stress de **dúvida quanto a si próprio e sensação de incompetência**. Estes questionamentos ficam observáveis em alguns relatos dos participantes, conforme se vê a seguir.

P2, em relação à questão 01 da entrevista: “...eu fico com a sensação de que eu sou ridícula, de vez em quando que eu to ficando louca, eu sei que o que eu to fazendo não precisa, não tem necessidade, mas é mais forte que eu...”

P3, em relação à questão 01 da entrevista: “...TOC é, é ruim demais, é uma coisa que você não tem, você perde a confiança em você mesmo. Você faz uma coisa e não fica confiante naquilo que você fez...”

P4, em relação à questão 02 da entrevista: “...porque muitas vezes tem alguém olhando pra mim e como que eu vou voltar lá e tocar no mesmo lugar de novo e a pessoa vai perguntar: porque que você voltou lá e tocou? Daí a gente vai falar o que. Então é a vergonha, e a perda de tempo mesmo, é isso daí...”

P8, em relação à questão 01 da entrevista: “... é uma sensação assim de limitação...”

Ao se avaliar indivíduo como estressado, nota-se que em geral, ele apresenta certa **vontade de fugir de tudo e angústia/ansiedade constantes** e muitas vezes intensas. A pessoa com TOC também relata sentir muita ansiedade, especialmente em função da dificuldade de se autocontrolar, de suportar as frustrações e perdas decorrentes dos rituais compulsivos. Skinner (1995, p. 102) escreveu que: “o que é sentido não é sentimento, mas um estado do corpo”, sendo este estado subproduto das contingências de reforçamento. A alta ansiedade, stress e sentimento de culpa mostram-se produtos de contingências adversas e coercitivas, bastante presentes no TOC.

P2, em relação à questão 02 da entrevista: “...Quando eu tenho alguma coisa pra fazer, enquanto eu não faço eu fico estressada, ansiosa esperando, eu tenho que fazer...” “... Ter que cuidar da nenê...isso aí pra mim é um stress... eu tenho que fazer tudo certinho... eu tenho que trocar a fralda, eu tenho que trocar a fralda, entendeu? E aquilo ali me angustia, porque eu sei que eu teria que estar brincando...”

P2, em relação à questão 03 da entrevista: “... eu acho que sou muito tensa, muito presa, então se eu não tivesse TOC, eu faria as coisas sem me preocupar tanto...”

P6, em relação à questão 01 da entrevista: “... Ansiedade, a gente foge da ansiedade, a gente foge do pensamento, você fica fugindo, fugindo, fugindo...”

P8, em relação à questão 01 da entrevista: “... é uma angústia constante você estar fazendo movimentos repetitivos, e pensando...”

P8, em relação à questão 02 da entrevista: “...se to no hospital, se eu vou visitar alguém, se tem alguma situação assim, eu não consigo sentar, eu não consigo encostar em nada porque eu me sinto contaminada e é como se eu tivesse trazendo contaminação pra eles, então aquilo ali me deixa angustiada...” “... se eu tenho que ta numa fila, isso me causa muita ansiedade e a minha vontade é sair correndo...”

P10, em relação à questão 01 da entrevista: “... eu me agrido de certa forma, a pele fica feia, fica machucada e eu não consigo me controlar, porque fico ansiosa e nem sempre eu penso que vai acontecer alguma coisa ruim, é mais uma compulsão mesmo...” “... eu faço muitas coisas ao mesmo tempo, enquanto eu não conclui uma eu não consigo fazer a outra. Só que ai eu combino de fazer as duas coisas ao mesmo tempo, só que ai eu não concluí a outra ainda, ai a pessoa fica me esperando e eu fico ansiosa...”

Os sintomas de stress também identificados nesta amostra que são **diminuição da libido e cansaço constante** podem também se relacionar ao TOC, na medida em que libido associa-se a desejo e prazer, o que pouco se vê nos relatos dos indivíduos diagnosticados com TOC, que geralmente se caracterizam por ansiedade, medo e tensão.

P2, em relação à questão 01 da entrevista: “... Então pra mim é horrível, entendeu? Eu me desgasto, chego a ficar cansada.”

P3, em relação à questão 02 da entrevista: “...Quando tem mais serviço, você tem que ficar mais estressado e ai você fica mais cansado...” “...eu pego muita responsabilidade tudo quanto é coisa, eu não sei mexer com uma profissão só, mexo com três, quatro, e ai quando começa a ficar muito pesado você já começa a ficar já com medo do TOC, você fica cansado sabe como é, você fica esgotado ai você fica mais sensível ao TOC, quanto mais cansado você tiver mais sensível ao TOC você fica...”

P3, em relação à questão 04 da entrevista: “... levar a minha família inteira ta me custando, não to agüentando, to cansado demais pra mim não abrir mão. Não to aqui. Então eu tenho que voltar pro medicamento, porque a minha cabeça ta bagunçada, você cansa, e tem a cobrança, o que meu pai vai pensar...”

P5, em relação à questão 04 da entrevista: “... mas até que o ultimo da casa não vai dormir eu não deito. Só fico imaginando assim e dizendo: vai deitar, vai deitar pra mim poder descansar. Mas na verdade eu não descanso, porque eu fico assim com o coração batendo pra boca...”

P7, em relação à questão 01 da entrevista: “... *E é desgastante, porque chega uma hora que nem eu agüento mais essas manias, eu me canso delas...*”

As classes de comportamentos de stress, sejam estas correspondentes a sintomas físicos ou psicológicos foram observadas a partir dos dados do inventário e da entrevista. Conforme discutido anteriormente, têm-se fortes indicativos de que o TOC, sua sintomatologia e especificações relacionam-se às respostas de stress. Além do objetivo geral do trabalho, procurou-se também identificar **as variáveis de contexto que eliciam o stress** em indivíduos diagnosticados com TOC, bem como se existe certa regularidade em tais variáveis. A análise das variáveis de contexto é fundamental, pois ao compreendê-las, naturalmente são observadas as principais contingências relacionadas ao TOC, o que muito pode contribuir para intervenções futuras, na medida em que esta análise de contingências favorece a compreensão do desenvolvimento e manutenção das respostas de TOC, bem como das respostas de stress.

É fundamental a identificação das variáveis de contexto, a especificação dos seus produtos e ainda a verificação dos fatores antecedentes a estas relacionadas. Isto com a finalidade de compreender as contingências e identificar a relação de manutenção de comportamentos inadequados, discriminando assim as contingências em atuação e a partir disto, alterar as relações e comportamentos.

Meyer (1997) afirma que mudanças no comportamento de uma pessoa podem ocorrer mais facilmente se ocorrerem também mudanças nas contingências dos contextos em que essa pessoa apresenta o comportamento “inadequado”.

A categorização das variáveis de contexto foi feita da seguinte forma: foram reunidas e analisadas as questões de número 1 de todos os participantes, bem como questões 2, 3 e 4. Tal análise foi feita de forma a selecionar relatos indicativos das variáveis de contexto mais relevantes, ou seja, das contingências relacionadas à instalação e manutenção do TOC e do stress. A seguir será apresentada a categorização das variáveis de contexto de acordo com as questões da entrevista e os relatos representativos de cada categoria:

Categorização 01- Variáveis de Contexto: (Essa categoria foi formulada a partir das respostas obtidas pela questão 01 do roteiro de entrevista: **O que é pra você ter o TOC?**).

- Relatos indicativos de sentimentos e comportamentos com relação ao outro: refere-se as verbalizações dos participantes acerca de preocupação com o que o outro pensa; ao medo de ofender/desagradar alguém e ao sentimento de incompreensão/vergonha do outro.

P3: *“...outra coisa é que as pessoas não entendem o que é o TOC...” “... Você falou e fica com medo de ter ofendido alguém, é desgaste dobrado...”*

P7: *“...É complicado assim, mais em razão do que os outros vão pensar, do que os outros vão estar achando, vão estar notando eu estar fazendo ou não. Porque parece que quanto mais eu tento disfarçar, mais eu tento me controlar, mais eu faço, mais a necessidade de eu estar fazendo tanto...”*

P9: *“...quem tá do teu lado, as pessoas do teu convívio diário não vão saber o que está acontecendo com você, explicar você não consegue, passar pra eles o que realmente é. Então atrapalha porque você fica com vergonha...”*

- Relatos indicativos de comportamento de baixo autocontrole: refere-se as verbalizações dos participantes que demonstram comportamentos de repetição, dificuldade de organização do tempo e cansaço.

P2: *“... eu sei que o que to fazendo não precisa, não tem necessidade, mas é mais forte que eu e eu tenho que fazer...”*

P7: *“...porque chega uma hora que nem eu agüento mais essas manias, eu me canso delas...”*

P10: “... a falta de autocontrole que é característico dele é o que mais machuca, a gente se sente escravizado muitas vezes. Isto sem falar em outra coisa, a perda de tempo, isso eu queria comentar, porque a gente não consegue se organizar...”

- Relatos indicativos de sentimento de baixa auto-estima e baixa autoconfiança: refere-se as verbalizações dos participantes na qual expressam sentimentos/comportamentos de baixa auto estima e baixa autoconfiança.

P3: “... TOC é ruim demais, é uma coisa que você não tem, você perde confiança em você mesmo. Você faz uma coisa e não fica confiante naquilo que você fez...”

P6: “...Você pode descrever TOC como cansativo, não sou normal, sou louco, os outros me chamam de louco, será que sou louco?”

- Relatos indicativos de sentimentos de culpa, alta ansiedade e pouco prazer: refere-se as verbalizações dos participantes que revelam sentimentos de culpa, dificuldade em relaxar, pouco prazer e alta ansiedade.

P1: “...o pensamento fica ali, como se fosse alguém te puxando pra você voltar pra traz, você tenta ir pra frente e aquilo te puxa, é 100% maior que a tua força humana...” “... se eu tentar me controlar eu fico pior, porque daí dá a impressão que não tá fechado, que não está limpo e eu não consigo sair de casa, eu tenho que voltar e verificar tudo de novo, até que a minha consciência esteja tranqüila de que tudo está fechado e realmente limpo, ao contrário, nada feito.”

P5: “...a gente só se alivia depois que faz aquele ritual...”

Categorização 02- Variáveis de Contexto: (Essa categoria foi formulada a partir das respostas obtidas pela questão 02 do roteiro de entrevista: **No dia a dia, a pessoa que tem TOC enfrenta muitas situações que a fazem ficar tensa/estressada. Por favor, indique e comente situações que você considera e sente como estressantes).**

- Relatos indicativos de regras que funcionam como estímulos discriminativos para pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos: refere-se a uma regra que o participante relata e acredita ser verdadeira e correta em sua concepção e que muitas vezes funcionam como estímulos discriminativos para pensamentos e comportamentos compulsivos

P2: *“...eu tenho que fazer tudo certinho, se eu não fizer certinho... aquilo ali me angustia...não eu tenho que dar a mamadeira, ela tem que mamar certinho, e isso me estressa. É uma regra.”*

P4: *“...É os pensamentos que ficam vindo na cabeça que daí eu tenho que ficar resolvendo as coisas, tenho que voltar lá. Se eu tocar em algum lugar, e esse lugar e a minha cabeça me dizendo que tenho que tocar lá de novo pra aí eu não ficar pensando em morto...”*

- Relatos indicativos de classes de repostas: refere-se às verbalizações do participante em relação a classes de respostas que envolvem frustrações, contrariedades e sentimentos de culpa, vergonha, medo e preocupação. Também percebe-se verbalizações que expressam classes de respostas que envolvem excesso de pressão e cobrança e ainda envolvendo situações e problemas para resolver.

P4: *“...é a vergonha, e a perda de tempo mesmo, é isso daí, eu acho que mais a vergonha que a gente sente das pessoas, de ficar fazendo as coisas, me da muita raiva de ficar fazendo as coisas assim muitas vezes me vez de ta me divertindo com meus amigos, conversando eu to ali pensando, uma só coisa na minha cabeça.”*

P6: *“...medo de contaminação, de pegar alguma coisa contaminada, medo de pegar AIDS, medo de alguma doença desconhecida, que mais eu poderia falar. Medo de ser punido. Qualquer coisa que eu faça... medo da crítica, isso é constantemente. Acho que seria isso que eu disse, seriam os medos.”*

Categorização 03- Variáveis de Contexto: (Essa categoria foi formulada a partir das respostas obtidas pela questão 03 do roteiro de entrevista: **Se você não tivesse o TOC, que situações estressantes deixariam de existir no seu dia a dia?**).

- Relatos sobre pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos: refere-se as respostas dos participantes na qual expressam sobre comportamentos obsessivos e comportamentos compulsivos que produzem tensão, cansaço e julgamento do outro.

P1: “...eu acho que se não tivesse essa questão da verificação da limpeza e da verificação se as coisas estão ou não fechadas constantemente, com relação ao TOC talvez, isso tiraria um pouco desse stress.” “...as pessoas acham que eu tenho algum problema porque é uma coisa que se repete a cada cinco, a cada dez, vinte minutos dependendo de onde estou, com quem estou e o que estou fazendo...”

P2: “...é uma regra, se me vejo dormindo assim até muito tarde.o que vão pensar de mim se eu to dormindo até tarde. Eu tenho que levantar cedo...”

P5: “...enquanto eu to fazendo os meus rituais eu fico muito nervosa comigo mesma e se tem alguém perto pra mim é pior...”

P6: “...ansiedade, os sintomas, pensamentos, fantasias, frustrações, lembrar que eu tenho TOC, tomar remédios, os pensamentos loucos...”

P7: “... eu acho que é ficar fingindo que eu não tenho TOC, de ter que ficar disfarçando perto dos outros,de ter que ficar disfarçando as minhas manias, então quanto mais eu to disfarçando, mais outra mania aparece...”

- Relatos indicativos de redução de comportamentos: refere-se aos relatos dos participantes que indicam a redução de comportamentos de cobrança, exigência, pressão e de regras que funcionam como estímulos discriminativos para pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos;

P1: “...se eu não tivesse esta questão de ordem de limpeza e essa questão de ordem de verificação...eu acho que isso tiraria pouco sim dessa parte estressante...”

P2: “...se eu não tivesse o TOC eu levaria a vida mais amena, eu não seria tão estressada, eu vejo que eu levaria a vida mais branda. Eu deixaria a casa desarrumada...” “...eu não teria mais enxaqueca...”

P3: “...o medo de errar. Esse medo de errar é terrível. Medo de cobrança...”

P10: “...eu acho que eu saberia priorizar...” “...ser mais relaxada nesse sentido, menos preocupada de querer tudo muito perfeito...”

- Relatos indicativos de sentimentos de liberdade e felicidade e menos sentimentos de ansiedade, culpa, vergonha e medo: refere-se às respostas das participantes na qual relatavam alguns comportamentos, que indicavam ser positivos descritos como agradáveis e bons.

P2: “...eu levaria a vida mais amena, eu acho que eu sou muito tensa, muito presa, então se eu não tivesse o TOC, eu faria as coisas sem me preocupar...”

P4: “...eu ia ser mais vencedora, eu ia conseguir fazer as coisas melhor, no trabalho... eu ia ser feliz, eu ia cantar direito, trabalhar direito, eu ia ser mais assim, esperta na minha vida social, eu ia ser bem mais chique.”

P6: “...eu ia ser mais tranqüilo se eu não tivesse, ia dar mais risadas, não teria tantas oscilações de humor, pelo menos seria isso.”

P9: “...eu não teria que verificar gás, não teria que verificar várias vezes portas e janelas, não teria que tomar dois cafezinhos em um lugar que um amigo me convide para tomar

café...se eu não tivesse envolvido com o TOC isso me ajudaria muito. Eu não tenho problemas relacionado a família...”

P10: *“...eu ficaria menos ansiosa, menos tensa, não posso te falar que eu sou constantemente tensa porque seria exagero, mas eu sou uma pessoa assim que quer tudo perfeito. Então eu acho que eu seria mais relaxada nesse sentido, menos preocupada de querer tudo perfeito.”*

Categorização 04- Variáveis de Contexto: (Essa categoria foi formulada a partir das respostas obtidas pela questão 04 do roteiro de entrevista: **O que precisaria mudar em sua vida para que ela ficasse menos estressante?**).

- Relatos indicativos de comportamentos de maior autocontrole: refere-se as verbalizações dos participantes acerca de comportamentos de maior autocontrole, no sentido de diminuir as repetições, aumento da organização do tempo e menos cansaço.

P3: *“...tenho que aprender a viver de novo.”*

P9: *“...conseguir controlar os impulsos que fazem com que eu tenha a síndrome do pânico, o stress, a depressão, o TOC.”*

P10: *“...eu precisaria me organizar melhor, e eu precisaria me autocontrolar mais ... então principalmente ter autocontrole na organização e no cuidado com a pele. E orgnizao o meu tempo, priorizar, isso faria com certeza com que eu ficasse assim, tivesse dias menos estressantes.”*

- Relatos indicativos de comportamentos de mais independência: refere-se aos relatos dos participantes relacionados a comportamentos de mais independência, e junto a isto maior organização e assertividade, assim respeitando seus desejos e possibilidades.

P2: “...eu precisava ser mais independente, mais do que eu já sou pra mim não depender mais dos outros.”

P3: “... tirar um tempo pra mim. Eu não tenho tempo pra mim. Eu não sei o que é isso...”

- Relatos indicativos de redução das regras que funcionam como estímulos discriminativos para pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos: refere-se as respostas dos participantes que caracterizam comportamentos/sentimentos/pensamentos de baixo desconforto.

P6: “...desencalhar...porque aí o pensamento some, quando eu to sozinho o pensamento explode, nesse sentido... quando to com as pessoas que eu gosto, diminui muito os pensamentos, diminui muito o stress, eu me acalmo, paro de pensar nisso e naquilo. Então diminui muito, muito ter uma pessoa legal que eu goste perto. A solidão piora muito o TOC, porque daí você vive pra fantasia, pro pensamento, pra doença, você não vive pra si mesmo...”

- Relatos indicativos de redução dos sentimentos de culpa, ansiedade e mais prazer/afeto: refere-se as verbalizações dos participantes que possibilitam a identificação de baixa de comportamentos de esquiva, reduzindo assim sentimentos de culpa, ansiedade e aumentando o prazer e afetos nas relações.

P3: “...Aprender a dizer não pras pessoas, não é tudo não, não é ser chato. Mas se eu tiver cansado, eu não quero, então aprender a não ligar pro que as pessoas vão falar...”

P8: “...arrumar um namorado lindo maravilhoso que me ame muito. É verdade uma companhia, uma pessoa, e é obvio tirar todo, acabar com essa ansiedade, com o TOC claro.”

É importante ressaltar que esses resultados referem-se apenas à análise coletiva dos dados observados e não podem ser generalizados, pois o comportar-se de um sujeito sofre

muitas influências, em função de sua história e contexto de vida e, portanto, somente uma análise individual poderá realmente indicar o que controla verdadeiramente as relações entre o stress e o TOC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal conclusão desta pesquisa, diz respeito à verificação, através dos resultados obtidos via Inventário de Sintomas de Stress, da alta frequência de stress nesta população, pois 9 dos 10 participantes apresentam stress. Este fato pode ser interpretado como uma demonstração da presença de classes de comportamentos de stress em pacientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo Compulsivo

Dos participantes que apresentaram sintomas de stress houve um predomínio significativo na fase de resistência 77% e 23% na fase de quase exaustão. Estes dados ilustram o prejuízo que as classes de comportamentos de stress, associadas a comportamentos obsessivos compulsivos tendem a provocar na vida destes indivíduos. Uma pessoa sob tensão, ansiedade, pressão, angústia, medo, cansaço constante, com dúvidas quanto a si própria não consegue usufruir de uma boa vida.

A partir do conhecimento dos efeitos que o TOC produz na vida das pessoas fica mais fácil entender este resultado. Além do desgaste costumeiramente chamado de físico, possivelmente envolvido em qualquer situação aversiva, contingências de fuga/esquiva geram, como um de seus subprodutos, sentimentos e sensações que são aversivos, que são desgastantes para os participantes destas interações. Como Sidman (1989 apud Guedes, 1997) aponta, reforçamento negativo, ou contingências de fuga/esquiva, submetem as pessoas a um estresse contínuo, a ficarem temerosas diante de qualquer mudança ou novidade, a viverem “uma vida de quieto desespero” (p. 109).

Foi possível identificar, por meio da categorização utilizada, certa regularidade nas respostas dos participantes, tanto com relação às questões do Inventário de Sintomas de Stress, quanto ao Roteiro de Entrevista. Este poderia ser um indicador de que a categorização adotada foi útil para a sistematização das informações obtidas.

A análise das variáveis de contexto foi fundamental, pois a partir dela identificou-se as principais contingências relacionadas ao TOC isto com base nos dados da entrevista. Observaram-se sentimentos e comportamentos acerca da preocupação com o que o outro pensa, ao medo de desagradar e junto a isto sentimentos de incompreensão. Também é possível notar comportamentos de baixo autocontrole, isto provavelmente em função de comportamentos de repetição, dificuldade de organização de tempo e do cansaço.

Destacam-se também comportamentos de baixa auto-estima e baixa autoconfiança e em decorrência destes, relatos indicativos de sentimentos de culpa, alta ansiedade e pouco prazer.

Conforme Zamignani e Vermes (2003) a alta frequência de respostas de esquiva de situações aversivas e baixa frequência de reforçamento para respostas concorrentes é bastante comum nestas pessoas. Desta forma, o repertório social e de enfrentamento tende a ser reduzido, o que dificulta que o mesmo consiga lidar de forma “saudável” com grande parte dos problemas de seu dia-dia ficando mais sensível aos comportamentos de stress.

O que foi discutido aqui só vem enfatizar a necessidade de se considerar da maneira mais exaustiva possível às relações entre stress e o Transtorno Obsessivo Compulsivo para que se possa planejar e executar intervenções com maiores chances de sucesso. Também é relevante que profissionais que visam trabalhar com stress e TOC considerem estes resultados no planejamento e avaliação dos procedimentos de tratamento a serem utilizados.

REFERÊNCIAS

Banaco, R. A. (2001). Alternativas não aversivas para tratamento de problemas de ansiedade Em: Maria Luiza Marinho e Vicente E. Caballo (Org). Psicologia Clínica e da Saúde. Editora UEL – APICSA.

Baptistussi, M. C. (2001). Comportamento do terapeuta na sessão que favorecem a redução de efeitos supressivos sobre comportamentos punidos do cliente. Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento da Pontifícia Universidade Católica. São Paulo:SP.

Baptistussi, M. C. (2005). Análise comportamental do sentimento de culpa em pacientes com TOC. (no prelo)

Bernik, V. (1997). Estresse: o assassino silencioso. Revista de Medicina: Cérebro & Mente. 3,setembro/novembro:1-7.

Barlett, D. (1998). Stress: perspectives and processes. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Catania, A. C. (1999). Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. Trad. Deisy das Graças de Souza (et al) 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Chacon, P. e cols. (2001). Subtipos clínicos do TOC e suas implicações para o tratamento. Em: H. J. Guilhardi (Org), Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade v.8. p. 243-254. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Cordioli, A. V. (2004). Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: manual de terapia cognitivo comportamental para pacientes e terapeutas. Porto Alegre: Artmed.

Farias, F. R. (1982). Uma contribuição ao estudo do stress: introversão-extroversão, dogmatismo e vulnerabilidade ao stress. Tese de Doutorado. R.J.: Fundação Getúlio Vargas.

Figueiredo, P. M. (2000). Os efeitos do estresse e da ansiedade na qualidade de vida. Dissertação de Mestrado, Universidade Gama-Filho Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

Gatchel, R., Baum A. &Krantz, D. (1989). An introduction to health psychology. New York: Mc Graw Hill.

Gomes, Romeu. (2001). A análise de dados em pesquisa qualitativa. Em: Minayo, Maria Cecília de Souza (org). Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade. 18ª ed. Petrópolis: Vozes.

Guedes, M. L. (2000). O tratamento psicoterápico do transtorno obsessivo-compulsivo e o papel da família. Em: Torres, A. R, Shavitt, R. G., Miguel, E. C. (org.) Medos, dúvidas e manias: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. Porto Alegre – Atmed.

Guedes, M. L. (1997). Transtorno Obsessivo Compulsivo: um estudo do processo de acomodação familiar. Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo-SP.

Guilhardi, H. J. (2002). Análise comportamental do sentimento de culpa. Campinas: Instituto de Análise do Comportamento

Khölenberg, R. J. (2001). Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas Intensas e Curativas. ESETec Editores Associados.

Lazarus, R. D., & Holroyd, K. A. (1986). Stress, coping, and somatic adaptation. Em: L. Goldberger & S. Breznitz, Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects (pp. 115-132). New York: The Free Press.

Lipp, M. E. N. (1996). Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papyrus.

Lipp, M. E. N. (2000). Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adulto de Lipp (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. N., Romano, A. S., Covolan, M. A. & Nery, M. J. G. (1991). Como Enfrentar o Stress infantil. São Paulo: Ícone.

Lipp, M.E.N. (2003). O Modelo Quadrifásico do Stress. In: M. E. N. Lipp (Org.). Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: teoria e aplicação clínica. São Paulo: Casado Psicólogo.

Lipp, M. E. N., Romano, A. S., Colovan, M. A., & Nery, M. J. G. (1990). Como enfrentar o stress. São Paulo: Ícone.

Lipp, M. E. N. (1999). O que é que eu tenho? De onde ele vem? Em: Lipp, M, N. (Org.) O stress está dentro de você. São Paulo: Contexto.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV (1995). Porto Alegre, Artes Médicas.

Matos, M. A. (2001). Com o que o behaviorismo radical trabalha. in: Banaco, Roberto Alves et al. Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de

formação em análise do comportamento e terapia cognitivista. 1ª ed. Santo André, SP: ESETec, Editores Associados.

Matos, M. A. (1999). Análise funcional do comportamento. Revista Estudos de Psicologia, PUC – Campinas, v.16, p. 8 – 18, setembro/dezembro.

Mello, E. L. (2004). Análise de contingências de um caso clínico de transtorno obsessivo-compulsivo. Em: Dias, A., L., F., Cruvinel, A., C., Cillo, E., N. Ciência do comportamento: conhecer e avançar. Vol.4. Santo André, SP: Editores Associados.

Meyer, S. (1997). Sentimentos e emoções no processo clínico. Em: M. Delliti (Org). Sobre Comportamento e Cognição – A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental (pp. 188-194). Vol 1. São Paulo: ARBytes Editores Ltda.

Micheletto, N. (1997) Bases filosóficas do Behaviorismo Radical. Em: Roberto Alves Banaco (Org.) Sobre Comportamento e Cognição (pp. 29-44). Vol. 1. Santo André: Arbytes

Micheletto, N. (1999). Behaviorismo e outros ismos. Em: Kerbauy R. R. e Wielenska R. C. (Org.). Sobre Comportamento e Cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva: da reflexão teórica à diversidade (pp. 3-12). Vol. 4. 1ª ed. Santo André, SP: ARBytes.

Rose, J. C. (2001). O que é comportamento. Em: Banaco, Roberto Alves et al. Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista. 1ª ed. Santo André, SP: ESETec, Editores Associados.

Shavitt, R. G. et al. (2000). As possíveis causas do problema. In: TORRES, A. R, SHAVITT, R. G., MOGUEL, E. C. (org.) Medos, dúvidas e manias: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. - Porto Alegre - Atmed.

Smaira, S. I. & Torres, A. R. (2000). As principais características do transtorno obsessivo-compulsivo. In: TORRES, A. R, SHAVITT, R. G., MOGUEL, E. C. (org.) Medos, dúvidas e manias: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. Porto Alegre - Atmed.

Soares, I. D. et al. (2003). Qualidade de vida em pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Em: Brandão, Z. S. B. et al. Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação. 1ª ed Santo André – SP: ESETec Editores Associados.

Souza, D. das G. de. (2001). O que é contingência. Em: Banaco, R. A. et al. Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista. 1ª ed. Santo André, SP: ESETec, Editores Associados.

Urbano, M. F. G. (2004). Stress e qualidade de vida dos pais de crianças com leucemia e os stress da criança. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade de Campinas – São Paulo.

Salkovskis, P. e Kirk, J. (1997). Distúrbios obsessivos. Em: K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk e D. Clark (Org.). Terapia Cognitivo Comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático. (pp. 185-240). São Paulo: Martins Fontes

Selye, H (1965). Stress, tensão da vida. Traduzido do original inglês por Frederico Branco. São Paulo: Ibrasa.

Sidman, M. (1995). Coerção e suas implicações. Campinas: Editorial Psy

Skinner, B. F. (1995) Questões recentes na análise comportamental. Campinas, Papyrus Editora.

Skinner, B. F. (1993) Ciência e Comportamento Humano. trad. João Carlos Todorov, Rodolfo Azzi. São Paulo: Martins Fontes.

Skinner, B. F. (1977). O mito da liberdade. (trad. Leonardo Goulart e Maria Lúcia Ferreira Goulart). 3ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Bloch Editores.

Skinner, B. F. (1974) Sobre o behaviorismo. São Paulo: Cultrix..

Smaira, S. I. & Torres, A. R.(2000). As principais características do transtorno obsessivo-compulsivo. Em: Torres, A. R, Shavitt, R. G., Miguel, E. C. (org.) Medos, dúvidas e manias: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. Porto Alegre. Artmed.

Spielberger, C. (1979). Understanding Stress and Anxiety. San Francisco: Harper & Row Publishers.

Torres A. R. (2002). O que é transtorno obsessivo-compulsivo? Em: Dennis Roberto Zamignani e Maria Cecília Labate.(Org.). A vida em outras cores: superando o transtorno obsessivo-compulsivo e a síndrome de tourette. 1ª ed. Santo André, SP:ESETec Editores Associados.

Torres, A. R.(2000). As manias (compulsões ou rituais). Em: Torres, A. R, Shavitt, R. G., Miguel, E. C. (org.) Medos, dúvidas e manias: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. ed. - Porto Alegre – Atmed.

Vermes, J. V. (2003). Uma proposta para estudo de algumas relações funcionais envolvidas nos comportamentos obsessivos-compulsivos a partir da análise de casos únicos. Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento da Pontifícia Universidade Católica. São Paulo:SP.

Vermes, J. S. & Zamignani, D. R.(2002). A perspectiva analítico-comportamental no manejo do comportamento obsessivo-compulsivo: estratégias em desenvolvimento. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva Vol. IV, nº2, 135-149.

Zamignani, D., R., e Vermes, J., S. (2003). Propostas analítico-comportamentais para o manejo de transtornos de ansiedade: análise de casos clínicos. Em: Sadi, H., M., e Castro, N., M., S. Ciência do comportamento: conhecer e avançar. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Zamignani, D. R. (2001). Uma tentativa de caracterização da prática do analista do comportamento no atendimento de clientes com e sem o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo. Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento da Pontifícia Universidade Católica. São Paulo:SP.

Zamignani, D. R. & Labatte, M. C. S.(2001). O grupo de apoio a familiares e portadores de TOC e Síndrome de Gilles de La Tourette. Em: Guilhardi, H. J. et al. Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade. 1ª ed Santo André, Sp ESETec Editores Associados.

ANEXOS

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o Participante

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TÍTULO DA PESQUISA: Stress e Transtorno Obsessivo Compulsivo: possíveis relações

Eu,.....,RG, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar da pesquisa supracitada, sob a responsabilidade da pesquisadora Fernanda Afonso e orientação da Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp, docente da PUC – Campinas

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

1 - O presente estudo é parte de uma pesquisa realizada pela aluna, Fernanda Afonso, para sua dissertação de mestrado em Psicologia Clínica pela PUC – Campinas, que tem por objetivo descrever as classes de comportamentos de stress em pacientes diagnosticados com Transtorno Obsessivo Compulsivo, na faixa etária de 20 a 50 anos;

2 - Durante o estudo terei que participar de uma entrevista individual com a pesquisadora, esta será gravada para garantir a fidedignidade das informações, também responderei ao Inventário de Sintomas de Stress e algumas perguntas sobre meus dados pessoais;

3 - Declaro que obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;

4 - Estou livre para interromper a qualquer momento a participação na pesquisa, sem nenhum prejuízo;

5 - Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;

6 - Poderei entrar em contato com a responsável pelo estudo, Psicóloga Fernanda Afonso, sempre que julgar necessário pelo telefone (44) 9925-4474 ou com a Comissão de Ética (19) 3729-6808. Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com a pesquisadora responsável.

Campinas, ___ de _____ de 2005

Assinatura:

ANEXO B

Ficha de Identificação do participante

Ficha de Identificação do Participante

O participante do estudo, deverá responder as perguntas abaixo:

Data: ____/____/____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Idade: _____

Estado Civil: _____

Número de filhos: _____

Profissão: _____

Religião: _____

Naturalidade: _____

Tempo de conhecimento da doença: _____

Tempo de medicação: _____

Forma de realização do tratamento: _____

Informações complementares: _____

ANEXO C

Roteiro de entrevista

Roteiro de entrevista

- 1- Fale um pouco de como é para você ter TOC.

- 2- No dia a dia, a pessoa que tem TOC enfrenta muitas situações que a fazem ficar tensa/estressada. Por favor, indique e comente situações que você considera e sente como estressantes.

- 3- Se você não tivesse o TOC, que situações estressantes deixariam de existir no seu dia a dia?

- 4- O que precisaria mudar em sua vida para que ela ficasse menos estressante?