



TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UMA CONCEPÇÃO MULTICONCEITUAL

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO:
UNA CONCEPCIÓN MULTICONCEPTUAL

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER:
A MULTICONCEPTUAL CONCEPTION

Hygor Santiago Andrade do Santos¹
Marcelo Augusto Resende²

RESUMO: O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é uma condição complexa que requer uma conversa colaborativa entre a psiquiatria e a psicanálise para ser adequadamente compreendida. A psiquiatria considera esse transtorno como resultado de vários fatores, utilizando diferentes critérios diagnósticos, enquanto a psicanálise permite uma exploração mais profunda do sofrimento subjetivo, enfatizando a lógica do desejo, da repressão e dos rituais que estruturam a dinâmica psíquica do indivíduo obsessivo. Esta revisão, que compõe a parte teórica de uma monografia submetida ao curso de Psicologia, destaca que ambas as disciplinas, apesar de suas bases teóricas diversificadas, oferecem contribuições que se complementam: a psiquiatria ajuda na identificação exata dos sinais e das comorbidades, enquanto a psicanálise amplia a percepção sobre o papel inconsciente das obsessões e compulsões. Dessa forma, o artigo ilustra como a união dessas abordagens enriquece a compreensão clínica do TOC e propõe alternativas promissoras para métodos de cuidado que sejam mais abrangentes e atentas à complexidade do indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Clínica Freudiana; Clínica Lacaniana; Psiquiatria; Tratamento multidisciplinar.

RESUMEN: El Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) es una condición compleja que requiere un diálogo colaborativo entre la psiquiatría y el psicoanálisis para ser comprendida adecuadamente. La psiquiatría considera este trastorno como resultado de múltiples factores y utiliza diferentes criterios diagnósticos, mientras que el psicoanálisis permite una exploración más profunda del sufrimiento subjetivo, enfatizando la lógica del deseo, la represión y los rituales que estructuran la dinámica psíquica del individuo obsesivo. Esta revisión, que compone la parte teórica de una monografía presentada en un curso de Psicología, destaca que ambas disciplinas, a pesar de sus bases teóricas diversas, ofrecen contribuciones complementarias: la psiquiatría ayuda en la identificación precisa de los signos y comorbilidades, mientras que el psicoanálisis amplía la comprensión del papel inconsciente de las obsesiones y compulsiones. De este modo, el artículo muestra cómo la unión de estos enfoques enriquece la comprensión clínica del TOC y propone alternativas prometedoras para métodos de cuidado más integrales y atentos a la complejidad del individuo.

PALABRAS CLAVE: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; clínica freudiana; clínica lacaniana; Psiquiatria; Tratamiento Multidisciplinario.

ABSTRACT: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a complex condition that requires a collaborative dialogue between psychiatry and psychoanalysis to be properly understood. Psychiatry views the disorder as the result of multiple factors and relies on various diagnostic criteria, while psychoanalysis enables a deeper exploration of subjective suffering, emphasizing the logic of desire, repression, and the rituals that structure the psychic dynamics of the obsessive individual. This review, which constitutes the theoretical part of a monograph submitted to a Psychology program, highlights that both disciplines, despite their differing theoretical foundations, offer complementary contributions: psychiatry assists in the accurate identification of symptoms and comorbidities, while psychoanalysis broadens the understanding of the unconscious role played by obsessions and compulsions. In this way, the article illustrates how the integration of these approaches enriches the clinical

¹ Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2019). Pós-graduado em Clínica Psicanalítica na Atualidade: Contribuições de Freud e Lacan pela mesma instituição (2024).

² Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1985), com Mestrado (2004) e Doutorado (2016) em Psicologia também pela UFMG.

understanding of OCD and proposes promising alternatives for care methods that are more comprehensive and attentive to the complexity of the individual.

KEYWORDS: Obsessive-Compulsive Disorder; freudian clinic; lacanian clinic; Psychiatry; Multidisciplinary Treatment.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é reconhecido como um transtorno psiquiátrico pelas principais classificações diagnósticas, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR). Clinicamente, o transtorno é caracterizado pela presença de obsessões, que consistem em pensamentos ou imagens intrusivas, involuntárias e recorrentes capazes de provocar intensa angústia, e de compulsões, entendidas como comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo sente necessidade de realizar para reduzir o sofrimento associado às obsessões (Organização Mundial de Saúde, 2003; American Psychiatric Association, 2022).

O National Institute of Mental Health (NIMH) nos traz dados importantes sobre o TOC. O transtorno afeta entre 2% a 3% da população mundial ao longo da vida, sendo um dos transtornos psiquiátricos mais comuns, com a prevalência entre adultos. Nos Estados Unidos, por exemplo, aproximadamente 1,2% da população foi consumida com TOC e esse número ainda pode variar entre 1% a 3%, dependendo dos métodos utilizados para o diagnóstico e das condições de vida em cada país. A prevalência aponta que o transtorno é um pouco mais frequente em mulheres na vida adulta, mas entre crianças e adolescentes, é em meninos (American Psychiatric Association, 2022; National Institute Of Mental Health, 2020).

No Brasil, pesquisas epidemiológicas realizadas por equipes de psiquiatria evidenciam que o TOC impacta aproximadamente 2 a 2,5% da população adulta. Esses índices surgem em censos populacionais conduzidos nas capitais brasileiras entre as décadas de 1990 e 2010, que exploraram a frequência de transtornos mentais em grupos representativos da população urbana (Almeida-Filho *et al.*, 1997; Andrade *et al.*, 2002). Além disso, Miguel *et al.* (2008) notaram, ao avaliar uma ampla amostra clínica no Brasil, uma alta taxa de comorbidade, particularmente com transtorno de ansiedade generalizada e depressão, evidenciando a complexidade da situação. Um aspecto crítico identificado na literatura é o subdiagnóstico do TOC no país, especialmente em áreas com acesso limitado a serviços especializados. Em São Paulo, a região com a maior densidade populacional e a melhor oferta de serviços, apenas 40% das pessoas com TOC recebem tratamento adequado, demonstrando que nas outras cidades do país a

realidade pode ser mais desigual. Esses dados destacam a urgência de políticas públicas e intervenções preventivas, uma vez que o tratamento em tempo hábil diminui a intensidade dos sintomas e melhora significativamente a qualidade de vida dos pacientes (Miguel *et al.*, 2008).

O início dos sintomas geralmente ocorre na infância ou adolescência, com a idade média de 15 a 19 anos. Cerca de 15% dos casos começam antes dos 14 anos e é incomum que o TOC se manifeste após os 35 anos. Um aspecto importante a destacar é a alta taxa de cronicidade, o que significa que na maioria dos casos diagnosticados na infância ou adolescência continuam a apresentar sintomas significativos na vida adulta (Rosa-Alcázar *et al.*, 2019).

Muitas pessoas apresentam comportamentos que lembram, de forma superficial, aqueles observados em indivíduos com TOC. Frequentemente, são vistas pela sociedade como estranhas, metódicas ou anormais, o que reflete o estigma ainda associado a esse tipo de comportamento (Miguel *et al.*, 2008). Para ilustrar a complexidade dessas manifestações, recorreremos ao filme TOC TOC, uma comédia obsessivamente divertida, dirigido por Vicente Villanueva (2017), que retrata de maneira bem-humorada e verossímil diferentes expressões do transtorno. Na trama, diversas pessoas com distintas formas de lidar com o sintoma coincidem no horário de atendimento em um consultório de psicologia e, enquanto aguardam, compartilham suas histórias e vivências.

Uma das personagens apresenta rituais de verificação constantes: ao sair de casa, retorna repetidas vezes para checar portas, janelas e eletrodomésticos (Villanueva, 2017). Esse comportamento, que no plano diagnóstico corresponde à compulsão de verificação descrita no DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), revela algo mais que o medo de esquecer, é expressado a tentativa de restaurar uma certeza impossível. Cada retorno funciona como um gesto de apaziguamento frente à angústia de um real que escapa, evidenciando o caráter repetitivo e o aprisionamento subjetivo típico do sintoma obsessivo (FINK, 1997).

Outra personagem é dominada por rituais de limpeza que consomem grande parte do seu dia. De acordo com o DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), tal comportamento configura compulsão quando interfere no convívio e nas atividades profissionais. O que no filme se confirma ao percebermos o sofrimento vai para além da higiene excessiva, pois ela quer conviver com outras pessoas e não consegue. A terceira personagem repete compulsivamente o que diz, revelando um sofrimento que vai além da fala: o significante retorna, insistente, como se o sujeito não pudesse sustentar a própria palavra sem repeti-la. A comunicação se torna impossível justamente porque cada frase precisa ser seguida por sua duplicação, o que a isola e a aprisiona no circuito do mesmo (Villanueva, 2017).

De acordo com o DSM-5-TR, a repetição compulsiva na fala, que é observada na terceira personagem, é caracterizada como uma forma de compulsão mental ou verbal, incorporada no diagnóstico. O manual ressalta que, além da mera ocorrência de comportamentos repetitivos, é fundamental analisar se esses atos consomem um tempo excessivo, causam sofrimento clínico considerável ou afetam a interação social, profissional ou outras áreas significativas da vida do indivíduo. Dessa maneira, a repetição incessante da fala, quando ritualizada e com o propósito de aliviar a angústia ou assegurar a segurança, se relaciona às compulsões mentais e verbais descritas no DSM-5-TR, o que justifica a consideração diagnóstica do transtorno obsessivo-compulsivo para a personagem, especialmente quando a repetição compromete a comunicação e os relacionamentos (Associação Psiquiátrica Americana, 2022).

Na interface entre psiquiatria e neurociência, o TOC é frequentemente vinculado a alterações neurobiológicas, que incluem disfunções em uma rede chamada circuito cortico-estriato-tálamo-cortical (CETC) e desequilíbrios nos neurotransmissores, especialmente a serotonina (Stein *et al.*, 2019; Abramowitz *et al.*, 2009). Essa conexão é uma rede neural essencial que desempenha um papel importante no controle motor, na regulação de comportamentos repetitivos e na modulação de funções cognitivas. Essa rede funciona como um trajeto que conecta várias áreas do cérebro: o córtex cerebral, o estriado, o globo pálido e o tálamo, formando um loop de retroalimentação (o próprio sistema se regula). No caso do TOC, acredita-se que a disfunção ocorra sobre a forma de hiperatividade nesse sistema, o que pode levar a um aumento da preocupação com pensamentos obsessivos e à necessidade de realizar comportamentos compulsivos para aliviar a ansiedade (MENZIES *et al.*, 2008). No entanto, enxergar o TOC apenas sob uma perspectiva neurobiológica reduz a complexidade da visão psiquiátrica atual (Stein *et al.*, 2019; Abramowitz *et al.*, 2009). A psiquiatria, como está delineada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2022) e na Classificação Internacional de Doenças (Organização Mundial Da Saúde, 2003), vê esse transtorno como resultado de múltiplos fatores que surgem da interação entre predisposições biológicas, aspectos cognitivos, vivências pessoais e contextos socioculturais. Assim, o diagnóstico não se restringe a detectar irregularidades no cérebro, mas envolve uma análise clínica minuciosa dos sinais, da intensidade do sofrimento e do nível de comprometimento funcional (Stein *et al.*, 2019; Abramowitz *et al.*, 2009).

De acordo com as Diretrizes da Federação Mundial de Sociedades de Psiquiatria Biológica (Kasper *et al.*, 2021) a abordagem psiquiátrica para o TOC combina tratamento medicamentoso e terapias psicológicas. Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina

(ISRS) são considerados a opção inicial em farmacoterapia, enquanto as terapias servem como complemento ao tratamento. Assim, para a organização tal combinação ilustra a tendência contemporânea da psiquiatria em adotar um modelo biopsicossocial, que valoriza tanto os fundamentos neuroquímicos quanto a vivência pessoal do paciente.

Na perspectiva psicanalítica, o TOC está intimamente relacionado à neurose obsessiva, uma estrutura psíquica desenvolvida por Freud e posteriormente expandida por Lacan, que compartilha aspectos essenciais com o transtorno. Ambas são caracterizadas pela presença de pensamentos intrusivos e repetitivos, que surgem como experimento de lidar com conflitos inconscientes reprimidos (Abramowitz *et al.*, 2009).

Freud (1909) descreveu a neurose obsessiva como uma condição em que os impulsos inconscientes, geralmente de natureza agressiva ou sexual, são recalçados, mas retornam à consciência na forma de obsessões e compulsões. No caso do TOC, esses conflitos inconscientes também emergem através de rituais e obsessões, que servem como uma defesa contra o desprazer psíquico (Abramowitz *et al.*, 2009). Lacan (1956-1957) aprofunda sua análise ao destacar que, na neurose obsessiva, o indivíduo organiza sua interação com o desejo do Outro utilizando formações que procuram limitar o gozo e preservar a ilusão de controle sobre aquilo que está além dele. Assim, a obsessão não se limita a ser uma tentativa de organizar um desejo reprimido, mas se conecta ao desejo que foi recalçado, ou seja, àquilo que retorna no inconsciente como significante e molda a vivência subjetiva do indivíduo. Tanto o transtorno obsessivo compulsivo quanto a neurose obsessiva demonstram uma dinâmica de controle sobre o desejo, onde o sujeito busca, por meio de rituais compulsivos, regular o gozo e manter a angústia afastada. Essa percepção permite um exame mais aprofundado de como os tratamentos psicanalíticos de Freud e Lacan podem lidar com essas manifestações (ABRAMOWITZ *et al.*, 2009).

2 FREUD E A NEUROSE OBSESSIVA

A neurose obsessiva foi amplamente estudada por Sigmund Freud, sendo um dos casos mais famosos o do “Homem dos Ratos”. Freud descreve essa condição como o resultado de um intenso conflito entre o ego e os impulsos do id. Nesse sentido, o ego é a parte do aparelho psíquico responsável por lidar com a realidade, enquanto o id representa os desejos mais profundos e inconscientes, que frequentemente envolvem impulsos agressivos e/ou sexuais. No caso da neurose obsessiva, o ego tenta manter esses impulsos inaceitáveis fora da consciência,

o que gera uma tensão interna. Para isso, o ego utiliza mecanismos de defesa, ou seja, estratégias psicológicas inconscientes que ajudam a pessoa a lidar com esse conflito interno (Freud, 1996).

Os mecanismos de defesa funcionam, portanto, como soluções intermediárias que permitem ao indivíduo lidar de maneira parcial com a tensão entre o id e o ego, evitando que os desejos reprimidos se tornem conscientes. No caso do transtorno obsessivo-compulsivo, essas defesas aparecem através de sintomas particulares, como pensamentos indesejados, rituais e comportamentos compulsivos, que atuam como tentativas simbólicas para mitigar a culpa e a ansiedade resultantes da repressão. Nesse cenário, a formação sintomática indica o retorno do que foi reprimido de forma disfarçada: o pensamento obsessivo se substitui ao desejo proibido, enquanto o comportamento compulsivo serve como uma proteção contra ele. Dessa forma, o sintoma exerce uma dupla função — protege o indivíduo do desconforto, mas também revela a continuidade do conflito inconsciente que o causou (Freud, 1909).

O “Homem dos Ratos”, um dos pacientes de Freud, exemplifica essa dinâmica de maneira clara. Ele era um jovem atormentado por obsessões profundas, especialmente concernentes ao bem-estar de sua noiva. Seu receio se manifestava na ideia de que, caso não realizasse certos rituais, algo horrível poderia ocorrer com ela. Esses rituais incluíam a contagem de itens e ações repetitivas que eram feitas de forma compulsiva, como checar diversas vezes se as portas estavam fechadas, verificar constantemente a organização de determinados objetos e repetir palavras ou gestos mentais específicos. Todas essas atividades seguiam uma ordem estrita e inflexível, e desviar-se dessa sequência aumentava drasticamente sua ansiedade. Por exemplo, poderia sentir a necessidade de contar as pedras na calçada ou realizar certas ações em uma ordem particular. Essas compulsões eram sua maneira de tentar neutralizar os pensamentos obsessivos que o atormentavam, mostrando o conflito interno entre suas vontades e a urgência de controle. O caso ilustra como esses rituais, apesar de não fazerem sentido, proporcionavam ao paciente um alívio momentâneo da ansiedade (FREUD, 1909).

Freud observa que a neurose obsessiva, como no caso do “Homem dos Ratos”, é caracterizada por uma profunda ambivalência em relação a figuras importantes, especialmente os pais. Essa ambivalência se refere ao fato de que o sujeito experimenta simultaneamente sentimentos de amor e ódio por essas figuras. O paciente tinha uma relação conflituosa com o pai, marcada por sentimentos de rivalidade e culpa. A ambiguidade nos sentimentos do paciente se refletia em sua compulsão: ele precisava manter sua noiva segura, mas seus medos o levavam a rituais que o afastavam dela. Esse conflito entre os sentimentos de amor e a ansiedade diante de possíveis perdas ilustra a tensão entre os impulsos libidinais (relacionados ao amor) e os impulsos agressivos (Freud, 1909).

Essa dualidade entre amor e ódio na neurose obsessiva é que dá origem aos mecanismos de defesa que dentre os principais estão o recalçamento, o isolamento do afeto, a formação reativa e a anulação. O recalçamento ocorre quando o ego expulsa os desejos ou pensamentos inaceitáveis para o inconsciente, impedindo-os de chegar à consciência (Freud, 1909). Já o isolamento do afeto refere-se à capacidade de separar um pensamento do sentimento que ele normalmente evocaria, permitindo que a pessoa pense em algo perturbador sem sentir o desconforto emocional associado a isso. A formação reativa ocorre quando a pessoa age de maneira oposta ao seu desejo inconsciente – por exemplo, alguém com impulsos agressivos pode agir de forma extremamente gentil. A anulação, por sua vez, é um mecanismo em que o sujeito realiza comportamentos repetitivos na tentativa de “anular” ou desfazer simbolicamente pensamentos ou impulsos que lhe causam angústia (Freud, 1909).

Freud também observou que a neurose obsessiva é marcada por uma ambivalência em relação a figuras importantes, especialmente os pais. A ambivalência, nesse contexto, significa que o sujeito obsessivo experimenta simultaneamente sentimentos de amor e ódio por essas figuras. Por exemplo, uma pessoa pode amar profundamente um de seus pais, mas ao mesmo tempo sentir raiva ou ressentimento. Esse conflito entre sentimentos opostos revela a tensão entre os impulsos libidinais (relacionados ao amor) e os impulsos agressivos. Para lidar com essa ambiguidade, o sujeito desenvolve rituais que lhe dão uma sensação de controle sobre seus desejos e emoções. No caso do “Homem dos Ratos”, o paciente usava suas compulsões como forma de enfrentar a angústia associada a seus pensamentos obsessivos (Freud, 1909).

A anulação é um mecanismo central na neurose obsessiva. Os atos repetitivos, como os rituais compulsivos, são tentativas de desfazer ou neutralizar simbolicamente pensamentos ou impulsos angustiantes. Assim, a compulsão se torna uma estratégia para manter o controle sobre a vida psíquica e reduzir a ansiedade gerada pelos desejos reprimidos. No caso do paciente, seus rituais de contagem serviam como uma forma de “anular” os medos de que sua noiva pudesse ser prejudicada (Freud, 1909).

Outro ponto central na compreensão da neurose obsessiva é o papel do Complexo de Édipo. Freud sugeriu que um conflito mal resolvido do Complexo de Édipo contribui para a formação da neurose obsessiva (Freud, 1926). O Complexo de Édipo refere-se à fase do desenvolvimento infantil em que a criança direciona desejos inconscientes ao progenitor do sexo oposto enquanto o percebe o do mesmo sexo como um rival. Quando esse conflito não é resolvido de maneira satisfatória, a criança pode desenvolver sentimento de culpa intenso. Esse sentimento pode se transformar em uma neurose obsessiva, especialmente se o superego – que representa a consciência moral e os valores internalizados dos pais – se torna excessivamente

punitivo. Nesse caso, o superego rígido intensifica os sintomas obsessivo-compulsivos (Freud, 1926).

Na neurose obsessiva, o superego atua como uma instância crítica e autoritária, exigindo que o indivíduo siga padrões de comportamento extremamente moralistas. Essa pressão psíquica leva o sujeito a realizar compulsões e rituais na tentativa de manter os desejos inconscientes sob controle, evitando assim a punição moral imposta pelo próprio superego. Isso cria um ciclo vicioso, em que a pessoa fica presa em seus rituais e compulsões na tentativa de escapar da culpa e da ansiedade geradas por seus desejos reprimidos (Freud, 1926).

3 LACAN E A ESTRUTURA OBSESSIVA

Lacan oferece uma visão mais estruturante da neurose obsessiva. Ao retomar a obra de Freud, ele enfatizou a importância da linguagem e do simbólico na constituição do sujeito (Lacan, 1966). Assim, a neurose obsessiva está relacionada à posição subjetiva em relação ao desejo e à falta, estruturando-se no âmbito do simbólico, especialmente na relação com o Nome-do-Pai (Lacan, 1957-1958).

Este conceito "simbólico" é central na psicanálise lacaniana, refere-se à dimensão da linguagem, das normas, e das leis que estruturam a subjetividade e a cultura. Lacan, inspirado por Saussure e Lévi-Strauss, define o simbólico como uma ordem que precede o sujeito e regula suas relações com os outros e consigo mesmo. É através da entrada no campo do simbólico, principalmente pela aquisição da linguagem, que o sujeito é inserido na cultura e subordinado às leis sociais, especialmente o interdito do incesto e a Lei do Pai (Lacan, 1966).

Para Lacan, o simbólico é uma das três ordens que estruturam a psique, junto com o real e o imaginário formam o conjunto RSI. Conforme ele observa, essas três dimensões constituem o que ele se refere como os registros do sujeito, cada uma desempenhando uma função estrutural única. No primeiro seminário, ele declara: “o imaginário é a matriz das identificações”, ou seja, é o domínio das imagens, das formas e das relações especulares que organizam a percepção que o sujeito tem tanto de si mesmo quanto do outro (Lacan, 1953-1954). Em relação ao simbólico, é no terceiro seminário que ele o caracteriza como “a ordem do significante”, enfatizando que é no simbólico que o sujeito é absorvido pela linguagem e pela conexão social, ficando sujeito às leis e aos processos estruturais que o atravessam (Lacan, 1955-1956).

Por último, o real é possivelmente o registro mais complexo, pois é justamente é “aquilo que não para de não se escrever” como é abordado no seminário 11. Real então é o que resiste à simbolização e se manifesta como uma impossibilidade, um impacto ou uma lacuna na

vivência subjetiva (Lacan, 1964). Esses três registros, interligados entre si, ajudam a entender como o sujeito se situa entre o que imagina, o que representa e o que escapa completamente ao sentido.

Para Bruce Fink (1997) A primazia do simbólico, no conjunto RSI, sugere que o indivíduo somente pode emergir dentro da rede de significados que o precede e o transcende. Assim para Lacan, a linguagem não serve como ferramenta do indivíduo, mas sim como algo que o apreende, o identifica e o determina. Nesse contexto, o desejo se forma sempre no âmbito do Outro, visto que o simbólico, fundamentado na linguagem, organiza a posição do sujeito em relação ao imaginário e delimita o que pode ser significado a partir do real. Assim, a subjetividade surge dessa alienação estrutural: o sujeito se apresenta dividido, submisso à ordem significativa que molda sua vivência e define o que é passível de ser pensado, dito e desejado. Como Fink (1997) destaca, o inconsciente lacaniano é resultado dessa cadeia simbólica, que forma o sujeito enquanto o afasta de qualquer controle sobre si mesmo.

O Nome-do-Pai é o representante simbólico da lei e da ordem, introduzindo a criança na linguagem e no mundo simbólico. O Nome-do-Pai intervém na relação dual entre a criança e a mãe, instaurando a falta e regulando o desejo. Na neurose obsessiva, essa intervenção é marcada por uma dinâmica particular. O obsessivo se encontra preso em uma relação ambivalente com o desejo do Outro (a figura materna ou o grande Outro simbólico), muitas vezes buscando evitar a castração simbólica, isto é, a facilidades plena da falta e da separação (Quinet, 2001).

Lacan no Seminário 5 ao falar sobre a formações do Inconsciente (1957-1958) caracteriza o sujeito obsessivo como aquele que busca incessantemente evitar a castração e, ao mesmo tempo, se submete a ela através de rituais e pensamentos compulsivos. A compulsão ao controle e à ordem no TOC pode ser vista como uma tentativa do sujeito de regular o gozo e manter a falta em um estado de equilíbrio (Miller, 1981). O obsessivo lida com a culpa e a responsabilidade de seus desejos recalçados, colocando-se em uma posição de escravidão das regras e dos rituais que ele próprio cria. Para Lacan, os rituais obsessivos são um esforço para evitar o encontro com o real da falta, tentando encontrar uma solução simbólica para a angústia causada por esse encontro iminente.

O que Lacan se refere como o real da falta está ligado ao que o sujeito falta de maneira estrutural, não porque algo tenha falhado, mas porque essa é a essência da constituição humana. Assim no Seminário 11 (1964), Lacan caracteriza o real como “o que é impossível”, aquilo que não se encaixa na linguagem e que continuamente escapa ao nosso intento de nomear e organizar experiências. No Seminário 4 (1956-1957), ele aborda a ideia de que, ao ingressar na

linguagem, o sujeito perde para sempre algo importante: a chance de uma satisfação plena. Essa perda é o que gera o desejo. Assim, o real da falta representa exatamente essa lacuna impossível de ser preenchida — a ausência fundamental que nenhuma norma, ritual ou reflexão pode remover. Em casos de TOC, os rituais obsessivos podem ser vistos como tentativas de lidar com ou evitar enfrentar essa falta estrutural, gerando uma espécie de solução imaginativa para algo que, por sua natureza, não pode ser totalmente simbolizado.

Já no Seminário 5, Lacan (1957-1958) também aponta para o fato de que o sujeito obsessivo se coloca em uma posição de mestre em relação ao Outro. Ele busca dominar e controlar não apenas suas próprias pulsões, mas também o desejo do Outro (Lebrun, 2011). O obsessivo se ocupa em criar cenários e pensamentos que lhe permitam manter o Outro à distância, evitando o confronto direto com a alteridade e com a própria falta. Esses cenários, contudo, funcionam como formações defensivas frente à ameaça representada pela falta e pelo desejo do Outro, evidenciando que o domínio exercido pelo obsessivo é, em última instância, uma estratégia para sustentar o controle diante do que escapa ao seu saber e à sua vontade.

Outro conceito extremamente importante para a compreensão dessa identificação com o desejo do Outro é o *sinthoma*. O conceito de *sinthoma* em Lacan é uma das ideias mais complexas e tardias do seu ensino, introduzida no seminário "O *Sinthoma*" (1975-76). A palavra "*sinthoma*" é uma variação arcaica de "sintoma", mas Lacan a utiliza para designar algo específico dentro de sua teoria psicanalítica. O *sinthoma* vai além do conceito tradicional de sintoma como um fenômeno patológico que precisa ser decifrado. No contexto lacaniano, o *sinthoma* é visto como uma forma singular e irreduzível que cada sujeito encontra para lidar com o real — uma dimensão da experiência que não pode ser simbolizada ou completamente representada pela linguagem. Enquanto o sintoma tradicional pode ser analisado e interpretado no campo simbólico, o *sinthoma* é a maneira única pela qual o sujeito organiza e estabiliza sua existência, muitas vezes através de uma espécie de "nomeação" ou costura entre o simbólico, o imaginário e o real (Lacan, 2005).

Essa ideia se torna particularmente importante na análise de figuras como James Joyce, cuja obra literária Lacan estudou de perto. Joyce utilizava sua escrita como um tipo de *sinthoma*, uma criação singular que lhe permitia estabilizar sua relação com o mundo, evitando um colapso psíquico. O *sinthoma*, assim, pode ser visto como o que mantém a consistência do sujeito, funcionando como um "quarto nó" que liga o simbólico, o imaginário e o real, como exemplificado no nó borromeano que Lacan explorou em seus seminários (Fink, 1997).

Em resumo, o *sinthoma* é uma formação singular que o sujeito cria para sustentar sua subjetividade diante do caos do real, funcionando como um ponto de ancoragem para sua

estrutura psíquica. Diferentemente de um sintoma que deve ser interpretado, o *sinthoma* é algo mais profundo, uma espécie de solução pessoal para a inconsistência da experiência humana. Ele representa uma tentativa do sujeito de encontrar sentido e estabilidade em um mundo repleto de conflitos e angústias (Fink, 1997).

Hélène foi uma paciente que recebeu atendimento de Jacques Lacan. Embora não seja tão conhecida como o “Homem dos Ratos” de Freud, ela frequentemente é citada em seu ensino como um caso representativo da neurose obsessiva (Fink, 1997). Hélène tinha uma rotina totalmente controlada por rituais e preocupações morais. Ela dedicava horas a verificar se havia cometido algum erro, reavaliando mentalmente suas ações e pensamentos para garantir que nada tivesse passado despercebido. Seus rituais variavam desde a repetição de orações até a necessidade de realizar atos diários “da maneira correta”, como se cada ação pudesse simbolicamente corrigir um erro ou evitar um desastre. Essa preocupação incessante com a integridade de seus atos evidenciava um medo inconsciente de infringir o desejo do Outro e, simultaneamente, de ser dominada por ele (Lacan, 1957-1958; Fink, 1997; Nasio, 1993).

O vínculo ambíguo de Hélène com o desejo se manifestava na tensão entre o desejo e a obrigação: ela queria amar e viver, mas se sentia culpada por isso, como se buscar prazer implicasse, de alguma forma, uma falta moral. Para Hélène, desejar era, de modo paradoxal, tanto uma ameaça quanto uma necessidade. Essa alternância entre submissão e controle a levava a uma posição subjetiva marcada pela constante tentativa de antecipar o inesperado e controlar o incontrolável — um movimento que, segundo Lacan (1957-1958), define como o modo em que o obsessivo busca se manter diante da falta e da castração. O sofrimento de Hélène, portanto, se manifestava em uma culpa generalizada, em pensamentos autodestrutivos e em uma repetição paralisante que exemplificava a estrutura da neurose obsessiva (Lacan, 1957-1958; Nasio, 1993).

Ao analisar este caso, Lacan observa que o obsessivo tenta deixar o Outro em uma posição de incerteza – ele o atende, mas apenas para evitar ser devorado por ele (Lacan, 1958). Nesse contexto, Hélène representa o impasse estrutural que existe entre o amor e o prazer, entre a servidão e a recusa, sempre navegando na linha tênue entre obedecer e subverter. O que se percebe em sua fala e nos seus sintomas é um esforço para converter o desejo em uma obrigação, esvaziando-o de sua natureza imprevisível e, assim, tentando preservar uma ilusão de completude e conhecimento sobre o prazer. O caso de Hélène, portanto, ilustra de maneira exemplar como o obsessivo desenvolve um modo particular de se defender da castração, conectando a culpa, a insegurança e o controle como formas de evitar enfrentar a falta no Outro (Lacan, 1957-1958).

Através de Héléne, podemos observar a estrutura obsessiva como uma forma singular de lidar com o real, muito presente nas dinâmicas de seu desejo e da falta. A neurose obsessiva de Héléne se expressa, como em muitos obsessivos, pela compulsão a controlar e ordenar, não apenas suas ações, mas também seus pensamentos e suas interações com os outros. Ela busca, assim, um equilíbrio simbólico, onde a angústia gerada pela falta é regulada por seus próprios rituais, os quais funcionam como uma maneira de evitar a castração simbólica. De acordo com Lacan, essa busca incessante por controle e a repetição de rituais têm a função de evitar o confronto com a falta real, em um movimento de escravidão às normas que ela mesma cria, o que confirma a tese de que a neurose obsessiva se estrutura em torno da tentativa de lidar com um desejo reprimido e uma culpa que se mantém sempre presente. Ao se ver aprisionada pela necessidade de controle, Héléne também reflete, de modo claro, a dificuldade de se separar do desejo do Outro, o que, em Lacan, é uma característica essencial do sujeito obsessivo, que busca, ao mesmo tempo, evitar a castração e submeter-se a ela (Fink, 1997; Lacan, 2005).

Assim, ao explorar as dinâmicas entre os conceitos lacanianos e o caso de Héléne, podemos perceber que a neurose obsessiva não se reduz a meras manifestações patológicas, mas é, na verdade, um modo complexo e singular de lidar com a realidade e os desejos recalçados. Essa compreensão não apenas enriquece o entendimento teórico da psicanálise, mas também oferece uma perspectiva mais compassiva e humanizadora sobre a experiência subjetiva dos indivíduos que enfrentam esse desafio (Fink, 1997; Lacan, 2005).

4 TRATAMENTO

O tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) frequentemente é descrito como complexo, especialmente devido à natureza multifacetada dos sintomas. Na abordagem psiquiátrica, a intervenção farmacológica comumente envolve o uso de Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS), que têm se mostrado eficazes na redução da ansiedade e na diminuição da frequência de rituais compulsivos (Fineberg et al., 2015). No entanto, é importante destacar que, embora esses medicamentos possam oferecer alívio sintomático significativo, eles frequentemente falham em abordar as causas profundas e os conflitos psíquicos subjacentes que são centrais no desenvolvimento e na manutenção do TOC (Kasper Et Al., 2017; Stein Et Al., 2019; Menzies et al., 2008).

Assim a articulação entre psicanálise e psiquiatria revela-se uma via particularmente promissora para compreender a complexidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Enquanto a psiquiatria contribui com importantes avanços descritivos e neurobiológicos (Kasper et al.,

2017; Stein et al., 2019; Menzies et al., 2008) a psicanálise oferece uma leitura estruturante do sofrimento, iluminando os mecanismos inconscientes que organizam a obsessão e a compulsão, seja na perspectiva freudiana do conflito psíquico (Freud, 1909), seja na abordagem lacaniana da relação com o desejo e com o Outro (Lacan, 1956-1957; Fink, 1997). Essa interlocução interdisciplinar não busca reduzir uma perspectiva à outra, mas expandir o campo de compreensão do fenômeno, permitindo que aspectos simbólicos, subjetivos e biológicos sejam pensados de maneira complementar. Assim, o diálogo entre essas duas ciências, longe de ser excludente, enriquece a prática clínica e oferece um modelo mais abrangente para abordar a singularidade do sujeito que sofre com o TOC

No tratamento psicanalítico do TOC, o objetivo é explorar e trazer à consciência esses conflitos inconscientes por meio da análise da transferência e da contratransferência. A transferência, segundo Freud (1912), permite que o paciente recrie, no contexto da relação analítica, os padrões de relacionamento que organizam sua vida psíquica, especialmente os que estão ligados ao seu sintoma. No caso do TOC, a transferência pode manifestar-se através da repetição de comportamentos obsessivos ou padrões de controle na relação com o analista. A análise dessas manifestações possibilita ao paciente confrontar diretamente os impulsos agressivos e sexuais as defesas que dão origem a seus sintomas.

Lacan, por outro lado, aprofundou a compreensão do TOC ao focar na relação do sujeito com o desejo e a lei simbólica. Para Lacan (1958), o TOC está fortemente relacionado à tentativa do sujeito de manter uma relação rígida com o Outro, isto é, com a ordem simbólica e as regras que organizam sua existência. Em termos lacanianos, o TOC pode ser visto como uma forma de evitar o encontro com o "gozo" — aquele excesso de satisfação que o sujeito inconscientemente teme, mas ao mesmo tempo deseja.

No contexto do tratamento, o analista deve ajudar o paciente a entender como sua obsessão e compulsão são tentativas de lidar com um vazio simbólico ou com a angústia frente a um desejo proibido. Em outras palavras, seria sair do sintoma como apenas uma angústia e entender as vias da identificação simbólica para o sintoma. Assim, a função do analista, nesse caso, é permitir que o paciente encontre outras formas de subjetivação que não dependam da compulsão ou do controle obsessivo (Dunker, 2015). Isso envolve a desconstrução das amarras simbólicas rígidas às quais o sujeito se apegava, permitindo que ele elabore, de forma mais livre, sua relação com o desejo e com o Outro.

A psicanálise oferece uma via de tratamento que não se limita ao controle dos sintomas, mas busca uma transformação estrutural no modo como o sujeito se relaciona com seus conflitos inconscientes. O processo analítico, ao levar em conta tanto as dimensões

intrapíquicas quanto as intersubjetivas, abre espaço para uma verdadeira elaboração psíquica, na qual o sujeito pode ressignificar os elementos de seu desejo e, assim, promover mudanças duradouras em sua relação com o mundo e consigo mesmo.

5 CONCLUSÃO

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) emerge como uma condição de extrema complexidade, demandando uma abordagem ampla e integrativa que contemple tanto os aspectos biológicos quanto os psíquicos. Embora os avanços na psiquiatria, como a compreensão das bases neurobiológicas e o desenvolvimento de intervenções farmacológicas eficazes, tenham contribuído significativamente para o manejo dos sintomas, torna-se evidente que tais avanços, isoladamente, não abarcam a totalidade da experiência subjetiva do paciente.

É importante ressaltar que o TOC não deve ser reduzido a uma entidade clínica isolada. Ele se insere em um contexto mais amplo de sofrimento psíquico que exige um olhar sensível e integrador. Assim a psicanálise, através da interdisciplinaridade com a psiquiatria, apresenta-se como uma via promissora para atender a essa complexidade, possibilitando não apenas a redução dos sintomas, mas também uma transformação na forma como o sujeito se relaciona consigo mesmo e com o mundo.

Freud, ao estudar a neurose obsessiva, ofereceu importantes contribuições para a compreensão do TOC, especialmente ao evidenciar como os mecanismos de defesa atuam na tentativa de lidar com os desejos recalcados. No emblemático caso do “Homem dos Ratos”, ele destacou o papel do recalçamento, da formação reativa, do isolamento e da anulação como estratégias do ego para manter os impulsos inconscientes fora da consciência. Essas defesas, embora aliviem temporariamente o conflito psíquico, resultam em sintomas obsessivo-compulsivos que expressam, de forma simbólica, os dilemas internos do sujeito. Freud também apontou para a ambivalência característica da neurose obsessiva, em que sentimentos contraditórios de amor e ódio coabitam em relação às figuras parentais. Sua abordagem não apenas desvelou as dinâmicas inconscientes subjacentes ao TOC, mas também lançou as bases para um tratamento que privilegia a exploração desses conflitos internos.

Lacan aprofundou essa discussão ao trazer à luz a dimensão estrutural da neurose obsessiva, articulando-a ao simbólico, ao imaginário e ao real. Para ele, o sujeito obsessivo busca, por meio de rituais e pensamentos compulsivos, evitar o confronto com o desejo do Outro e com a falta inerente à condição humana. O conceito de Nome-do-Pai, central em sua teoria, revela como o obsessivo se posiciona em relação à lei simbólica, frequentemente

tentando organizar o mundo ao seu redor de maneira rígida e controlada. Lacan também introduziu o conceito de “sinthoma” como uma formação singular que permite ao sujeito lidar com o real que escapa à simbolização. Essa perspectiva oferece uma compreensão mais rica e complexa do TOC, destacando não apenas os mecanismos de defesa, mas também a maneira como o sujeito constrói suas próprias soluções diante do sofrimento psíquico.

Esses aportes teóricos possibilitam uma visão mais profunda do TOC, que não se limita à classificação diagnóstica ou à intervenção medicamentosa. Ao contrário, o transtorno é compreendido como uma expressão singular dos conflitos psíquicos do sujeito, enraizados em sua história e na relação com o inconsciente. Nesse sentido, o tratamento psicanalítico vai além do alívio imediato dos sintomas, promovendo um espaço de elaboração em que o paciente pode ressignificar suas vivências e reconfigurar sua relação com os impulsos e os significantes que organizam sua subjetividade.

REFERÊNCIAS

ABRAMOWITZ, Jonathan S.; McKAY, Dean; TAYLOR, Steven. Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Subtipos e Condições de Espectro. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ALMEIDA-FILHO, Naomar et al. Estudo multicêntrico brasileiro de morbidade psiquiátrica. *The British Journal of Psychiatry*, v. 171, n. 6, p. 524–529, 1997.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR. 5. ed., texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2022.

ANDRADE, Laura Helena et al. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na área metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 4, p. 206–213, 2002

DUNKER, Christian. Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica. São Paulo: Annablume, 2015.

FINEBERG, Naomi A.; DELL'OSSO, Bernardo; ALBERT, Umberto; MAINA, Giuseppe; GELLER, Daniel; CARMI, Lior; SIREAU, Nicolas; GRASSI, Giancarlo; PALLANTI, Stefano; PELLEGRINI, Luca; PERNA, Giampaolo; ARUMUGHAM, Shilpa Suresh; CASTLE, David J.; MENCHON, Jose M.; STEIN, Dan J.; BALDWIN, David S.; BRAND, Julia; BRUIJNZEEL, Dawn; FEUSNER, Jamie D.; LOCHNER, Christine; RODRIGUEZ, Carly I.; SIMPSON, Helen Blair; VAN AMERINGEN, Michael; CHAMBERLAIN, Samuel R. Tratamento farmacológico do transtorno obsessivo-compulsivo: tratamento baseado em evidências e além. *World Journal of Biological Psychiatry*, v. 16, n. 6, p. 336-386, 2015.

FINK, Bruce. O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo. Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FREUD, Sigmund. Notas Sobre um Caso de Neurose Obsessiva. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1909.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, 1912.

FREUD, Sigmund. A neurose obsessiva. In: Obras completas. Vol. 9. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. p. 83-117.

FREUD, Sigmund. Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1926.

KASPER, Siegfried; BANDelow, Borwin; ZOHAR, Joseph; et al. Diretrizes da Federação Mundial de Sociedades de Psiquiatria Biológica (WFSBP) para o tratamento farmacológico dos transtornos de ansiedade, obsessivo-compulsivo e de estresse pós-traumático. *World Journal of Biological Psychiatry*, v. 22, n. 4, p. 282-371, 2021.

LACAN, Jacques. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In: Escritos (Vol. II). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1958.

LACAN, Jacques. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1966.

LACAN, Jacques. O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud (1953-1954). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução de Betty Milan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

LACAN, Jacques. O Seminário, livro 3: As psicoses (1955-1956). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução de Aluísio Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, Jacques. O Seminário, Livro 4: A Relação de Objeto (1956-1957). Rio de Janeiro: Zahar.

LACAN, Jacques. O Seminário: Livro 5: As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1957-1958.

LACAN, Jacques. O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução de M. D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, Jacques. O Seminário: Livro 23: O Sinthoma. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LEBRUN, Jean-Pierre. Um Mundo Sem Limites. São Paulo: Companhia de Freud, 2011.

MENZIES, Lara; CHAMBERLAIN, Samuel R.; LENTON, Paula; et al. Integração dos achados de neuroimagem estrutural e funcional no transtorno obsessivo-compulsivo: o modelo orbitofronto-estriatal revisitado. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 32, n. 3, p. 525-549, 2008.

MENZIES, Lara; ACHARD, Sophie; CHAMBERLAIN, Samuel R.; FINEBERG, Naomi; CHEN, Chi-Hua; CAMPO, Natalia del; SAHAKIAN, Barbara J.; ROBBINS, Trevor W.;

BULLMORE, Ed. Endofenótipos neurocognitivos do transtorno obsessivo-compulsivo. *Brain*, [S.L.], v. 130, n. 12, p. 3223-3236, 13 set. 2007. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awm205>

MIGUEL, Eurípedes Constantino; FERRÃO, Ygor Arzeno; ROSA, Marcio Pinto; GORENSTEIN, Clarice. Transtorno obsessivo-compulsivo: Um estudo aberto das características clínicas, comórbidas e psicossociais de uma amostra brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 1, p. 25-31, 2008.

MILLER, Jacques-Alain. *Silêncio. Ornitar*, 1981.

NASIO, Juan-David. *Os grandes casos de psicose, neurose e perversão*. Tradução de Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH). Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/obsessive-compulsive-disorder>. Acesso em: 17 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Transtornos Mentais e Comportamentais. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde - CID-10*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003. Cap. 5. p. 303-379.

QUINET, Antonio. O sintoma e o laço social. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 2001.

ROSA-ALCÁZAR, Ana Isabel; SÁNCHEZ-MECA, Julio; GÓMEZ-CONESA, Antonia; MARÍN-MARTÍNEZ, Fulgencio. Tratamento psicológico do transtorno obsessivo-compulsivo em crianças e adolescentes: Uma meta-análise. *Journal of Anxiety Disorders*, v. 64, p. 47-57, 2019.

STEIN, Dan J.; COSTA, Daniel L. C.; LOCHNER, Christine; MIGUEL, Euripedes C.; REDDY, Y. C. Janardhan; SHAVITT, Roseli G.; HEUVEL, Odile A. van Den; SIMPSON, H. Blair. Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, [S.L.], v. 5, n. 1, 1 ago. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>.

VILLANUEVA, Vicente (Dir.). *TOC TOC: Uma comédia obsessivamente divertida*. 2017. Filme.