



Universidade de Costa Rica

www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades

Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Agressão: Verificando efeitos diretos e indiretos

Obsessive-Compulsive Disorder and Aggression: Verifying direct and indirect effects

Daniele de Fátima de Paiva Abreu ¹

 <https://orcid.org/0009-0009-4947-8164>

Gessica Almeida de Freitas ⁴

 <https://orcid.org/0009-0006-8474-8068>

Isabella Leandra Silva Santos ²

 <https://orcid.org/0000-0002-6525-3733>

Natanael Antonio dos Santos ⁵

 <https://orcid.org/0000-0001-7708-9929>

Carlos Eduardo Pimentel ³

 <https://orcid.org/0000-0003-3894-5790>

^{1, 2, 3, 4, 5} Departamento de Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, João Pessoa, Universidade Federal da Paraíba, Brasil

¹ ✉ danielefpabreu@gmail.com ² ✉ isabella.silva@academico.ufpb.br ³ ✉ cep@academico.ufpb.br ⁴ ✉ g.almeida1992@gmail.com

⁵ ✉ natanael_labv@yahoo.com.br

Recebido: 22/09/2025. Aceito: 09/07/2026.

Resumo. *Objetivo.* Objetivou-se observar a relação entre a sintomatologia do TOC e a agressão, verificando efeitos diretos e indiretos. No entanto, não se encontrou no contexto nacional nenhum estudo que investigasse esse problema de pesquisa. *Método.* Contou-se com uma amostra de 210 indivíduos do estado da Paraíba escolhidos por conveniência. Estes responderam a Y-BOCS e o Questionário de Agressão. *Resultados.* Os principais resultados mostraram efeitos indiretos das obsessões na agressão física mediados pela hostilidade. Esses resultados são discutidos com base nas pesquisas empíricas internacionais na área..

Palabras clave. TOC, agressão, efeitos indiretos, adultos, psicopatologia

Abstract. *Objective.* Therefore, the aim of this study was to observe the relationship between OCD symptoms and aggression, verifying direct and indirect effects. *Method.* A convenience sample of 210 individuals from the state of Paraíba was used. They completed the Y-BOCS and the Aggression Questionnaire. *Results.* The main results showed indirect effects of obsessions on physical aggression, mediated by hostility. These results are discussed based on international empirical research in this area.

Keywords. OCD, aggression, indirect effects, adults, psychopathology



Introdução

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno psiquiátrico comum, crônico e debilitante, caracterizado por obsessões e compulsões ([American Psychiatric Association, 2022](#)). As obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos persistentes e indesejados que geram ansiedade ou desconforto significativo no indivíduo ([Abreu et al., 2024](#)). Já as compulsões consistem em comportamentos repetitivos ou pensamentos mentais realizados como resposta às obsessões, com o intuito de reduzir a ansiedade ou evitar eventos temidos.

A prevalência ao longo da vida do TOC é estimada entre 1% e 2,3% em diferentes contextos internacionais, configurando-se como aproximadamente duas vezes mais frequente do que a esquizofrenia ([Shavitt et al., 2022](#)). Conforme Ornell et al. (2021), os sintomas obsessivo-compulsivos comprometem mais de uma hora diária, causando sofrimento significativo e prejuízos em diversas áreas da vida, como social, profissional e funcional, aspectos essenciais para o diagnóstico do transtorno. Trata-se de uma condição complexa que afeta não somente o paciente, mas também suas relações sociais e familiares, com impacto variável conforme a gravidade do quadro clínico ([Mariano et al., 2020](#)).

A manifestação clínica do TOC pode ocorrer em qualquer fase da vida, embora sua apresentação seja mais comum na infância, adolescência ou início da vida adulta ([American Psychiatric Association, 2022](#)). Indivíduos do sexo masculino tendem a apresentar início mais precoce do transtorno, frequentemente associado a sintomas de agressividade, pensamentos sexuais indesejados e obsessões relacionadas à simetria ([Stein et al., 2019](#)). Em contrapartida, as mulheres, em geral, desenvolvem o transtorno mais tardiamente, sendo mais acometidas por obsessões relacionadas à contaminação e por rituais de limpeza ([Fineberg et al., 2020](#); [Paula et al., 2023](#)).

TOC e agressão

A agressão é um comportamento que objetiva causar dano num alvo e que este tem a intenção de esquivar-se ([Anderson & Bushman, 2002](#)). Na presente pesquisa, utiliza-se do Questionário de Agressão que mede quatro tipos (fatores), especificamente: a agressão física e verbal (que representam “o componente motor ou instrumental do comportamento” que objetiva ferir outrem), a raiva (que envolve a preparação fisiológica para agredir) e a hostilidade (que envolve “sentimentos de má vontade”) ([Buss & Perry, 1992](#)). Esses autores explicam que a agressão física e verbal seriam o componente instrumental, a raiva, o afetivo e a hostilidade, o cognitivo. São considerados traços de personalidade da agressão.

Nos pacientes com TOC, a agressividade não costuma se manifestar abertamente, mas pode emergir em níveis sutis, como irritabilidade, tensão interpessoal e explosões emocionais em situações de frustração ([Cludius et al., 2021](#)). Girasek et al. (2022), por exemplo, demonstram que a agressão externa é rara nos quadros de TOC, embora conflitos interpessoais relacionados a comportamentos compulsivos como verificação possam desencadear hostilidade, especialmente em contextos familiares, quando outras pessoas não colaboram com os rituais. Além disso, estudo indica que pacientes com obsessões agressivas, como pensamentos intrusivos de ferir alguém, geralmente não agem sobre essas ideias, experienciando sofrimento intenso e culpa, mas mantendo um alto grau de controle externo ([Fernandez et al., 2023](#)). Isso sugere que o TOC está associado a hostilidade latente, e não a comportamentos agressivos manifestos.

Essas associações podem ser explicadas utilizando o Modelo Geral da Agressão (GAM, [Anderson & Bushman, 2002](#)): conforme o GAM, características individuais relativamente estáveis (inputs) impactam a probabilidade de comportamentos agressivos. Nesse sentido, variáveis como quadros psicopatológicos seriam um input que pode afetar a agressão ([Bushman & Anderson, 2020](#)), apesar de

esse ser um tema menos abordado em pesquisas utilizando o GAM.

Os impactos das variáveis individuais podem ocorrer tanto diretamente quanto indiretamente, quando mediados por rotas cognitivas, emocionais ou níveis de excitação fisiológica (Santos et al., 2023). No presente estudo, serão utilizadas as rotas raiva e hostilidade para investigar possíveis efeitos indiretos.

Raiva e hostilidade

Apesar de classificado entre os transtornos internalizantes, manifestações afetivas e comportamentais que extrapolam esse espectro, como irritabilidade, raiva e agressividade física, têm sido observadas em subgrupos de pacientes com TOC (Stein et al., 2019). Entre os fatores afetivos que podem estar envolvidos nessa expressão ampliada do TOC, destacam-se a raiva e a hostilidade. Embora distintos conceitualmente, esses construtos têm sido associados a desfechos comportamentais disfuncionais em diferentes transtornos psiquiátricos.

A raiva, quando não adequadamente regulada, pode funcionar como precipitador de atos impulsivos. A hostilidade, por sua vez, representa uma disposição afetiva mais estável, marcada por antagonismo interpessoal e interpretação negativa das intenções alheias (Whiteside & Abramowitz, 2004). Alguns estudos têm documentado níveis elevados de raiva e hostilidade em amostras com TOC. Mahgoub et al. (2020) observaram que traços de raiva mal regulada estavam significativamente relacionados à impulsividade motora e à disfunção executiva em indivíduos com TOC, independentemente da gravidade sintomática. Ainda assim, a maioria dos estudos permanece limitada por delineamentos descritivos ou correlacionais, sem testar formalmente modelos mediacionais que avaliem o papel funcional dessas emoções agressivas na relação entre sintomas obsessivo-compulsivos e comportamentos agressivos.

O presente estudo

O presente estudo busca ampliar a compreensão dos mecanismos envolvidos no TOC para além dos modelos centrados exclusivamente em ansiedade, e incorporar variáveis afetivas frequentemente negligenciadas, mas que podem ter papel relevante nos comportamentos. Nesse sentido, objetivou-se observar a relação entre a sintomatologia do TOC e a agressão, analisando efeitos diretos e indiretos, na população geral. Os estudos prévios sobre esta relação utilizaram amostras clínicas, mas decidiu-se verificar estas relações no presente estudo numa amostra não clínica. Parte-se da hipótese que os fatores do TOC, medidos pela Y-BOCS, Obsessões e Compulsões, se relacionarão positivamente com os fatores da agressão, medidos pelo Questionário de Agressão.

Com base no Modelo Geral da Agressão (Anderson & Bushman, 2002) espera-se (hipótese) comprovar um modelo de mediação tendo como variáveis antecedentes os fatores de Obsessões e Compulsões (inputs), como variáveis mediadoras, a hostilidade e a raiva como variáveis mediadoras (rotas afetiva e cognitiva) e a agressão física e verbal como desfecho (outcome). Este modelo tem encontrado apoio empírico no contexto brasileiro, considerando a personalidade no modelo dos Big Five e os fatores da agressão (Cavalcanti & Pimentel, 2016).

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional.

Participantes

Participaram deste estudo 210 indivíduos da população geral, recrutados por conveniência, residentes no estado da Paraíba. Os critérios de exclusão eram: 1) ser menor de idade; 2) não saber ler ou escrever. Os critérios de inclusão eram concordar com o TCLE, entender as instruções da pesquisa e capacidade de responder o questionário. Conside-

rando um tamanho de efeito médio ($r = .30$), uma probabilidade de erro de .05 e um poder de 80%, o Gpower sugere uma amostra total de 64 pessoas. Portanto, a amostra deste estudo é satisfatória.

De acordo com os dados do questionário socio-demográfico, a amostra foi majoritariamente composta por mulheres (74.3%), com idades entre 17 e 68 anos ($M = 22.94$; $DP = 7.91$). A maioria dos participantes relatou não estar em processo psicoterapêutico no momento da coleta (66.8%), enquanto 18.1% informaram realizar psicoterapia, sendo as abordagens mais citadas a Terapia Cognitivo-Comportamental (6.2%), a Psicanálise (6.7%) e a Abordagem Centrada na Pessoa (5.2%). Aproximadamente 90% afirmaram não fazer uso de medicação psiquiátrica para sintomas obsessivo-compulsivos. Entre os medicamentos citados por um número reduzido de participantes, destacaram-se a sertralina, fluoxetina e risperidona. Além disso, 15.2% relataram apresentar sintomas compatíveis com o subtipo de TOC relacionado à limpeza. No que se refere à escolaridade, 73.3% estavam regularmente matriculados em um curso de nível superior.

Instrumentos

Yale-Brown Obsessive Compulsive (Y-BOCS).

Desenvolvida por Goodman et al. (1989) e traduzida e adaptada para o contexto brasileiro por Asbahr et al. (1992), a Y-BOCS é amplamente reconhecida como o instrumento padrão-ouro para avaliação da gravidade dos sintomas obsessivo-compulsivos. Com um alfa de Cronbach de .88 para obsessões e .74 para compulsões, demonstrando boa consistência interna, a escala é composta por 10 itens, divididos em duas subescalas: obsessões (itens 1 a 5) e compulsões (itens 6 a 10). Cada item é avaliado em uma escala Likert de 5 pontos, que varia de 0 (ausência de sintomas) a 4 (sintomas extremamente severos), resultando em uma pontuação total que pode variar entre 0 e 40. Além de avaliar frequência, interferência, controle e sofrimento subjetivo, a escala permite uma classificação da

gravidade global do TOC: escores de 0–7 indicam TOC subclínico; 8–15, leve; 16–23, moderado; 24–31, grave; e 32–40, extremamente grave. Exemplos de itens: 3. “Até que ponto os seus pensamentos obsessivos o perturbam ou provocam mal-estar?” (Obsessões); 10. “Até que ponto você se esforça para repetir as compulsões?” (Compulsões).

Questionário de Agressão de Buss-Perry - Forma Reduzida (QA-R)

O instrumento é uma versão adaptada e reduzida do *Aggression Questionnaire* (AQ), originalmente desenvolvido por Buss e Perry (1992), e validado para o contexto brasileiro por Paiva et al. (2020). É composto por 16 itens, distribuídos entre três subescalas, com respostas em escala Likert de 5 pontos, variando de 1 (“extremamente não característico de mim”) a 5 (“extremamente característico de mim”). Os escores mais altos indicam maior propensão à agressividade, apesar de o instrumento não possuir ponto de corte para seus indicadores. Apresenta evidências satisfatórias de consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach de .77 para agressão física, .75 para agressão verbal e .85 para raiva. Exemplos de itens são: 9. “Se eu for provocado o suficiente, posso bater em outra pessoa” (Agressão Física); 2. “Não posso deixar de entrar em discussões quando as pessoas não concordam comigo” (Agressão verbal); 11. “Tenho dificuldades em controlar meu temperamento” (Raiva) e 6. “Eu me pergunto porque às vezes me sinto tão amargo sobre certas coisas” (Hostilidade).

Questionário Sócio-Demográfico

Tinha como objetivo obter dados demográficos e clínicos relevantes para a caracterização da amostra. Foram incluídas perguntas sobre sexo, idade, escolaridade, uso atual de medicação para tratamento do TOC (com especificação do fármaco), tipo de sintomatologia obsessivo-compulsiva, tempo de diagnóstico e presença ou ausência de acompanhamento psicoterapêutico em curso.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Tinha como objetivo assegurar a autonomia e o esclarecimento dos participantes quanto aos procedimentos e implicações da pesquisa. O TCLE foi apresentado eletronicamente no início do questionário e continha informações detalhadas sobre os objetivos do estudo, os riscos e benefícios envolvidos, bem como os direitos dos voluntários, em conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas pelas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), sob parecer nº 6.844.510.

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada presencialmente em uma universidade pública do estado da Paraíba. Os autores deste estudo contataram previamente as coordenações dos cursos de graduação para obter informações sobre os horários de aula. Em seguida, os pesquisadores se dirigiram às salas, solicitaram autorização dos docentes e convidaram os alunos a participar da pesquisa. O questionário, hospedado na plataforma Google Forms, foi acessado por meio de QR Codes impressos e respondido em sala

de aula, sob supervisão dos pesquisadores. O tempo médio para preenchimento foi de aproximadamente 20 minutos. A coleta de dados foi iniciada apenas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Análise dos dados

Os dados foram coletados via Google Forms e exportados em planilha Excel. As análises foram conduzidas no software SPSS (versão 26), através de análises descritivas (média, desvio padrão e frequência relativa), bem como correlações bivariadas de Pearson entre os principais construtos: obsessões, compulsões, raiva, hostilidade e agressão verbal e física.

Posteriormente, com o software JASP, foi estimado um modelo de mediação, com base em estimativas padronizadas e cálculo de intervalos de confiança a 95%, utilizando o método robusto. No modelo, obsessões e compulsões foram incluídas como variáveis preditoras, raiva e hostilidade como mediadores, e agressão verbal e física como variáveis de desfecho.

Resultados

Inicialmente, foram realizadas análises descritivas, de confiabilidade e de correlação bivariada entre as variáveis do estudo. Os resultados podem ser observados na [Tabela 1](#). A pontuação média dos fatores da

Tabela 1. Correlações entre TOC e as variáveis do estudo ($N = 210$)

Variável	1	2	3	4	5	6
1. Obsessões	$\alpha = .83$	.593**	.256**	.145*	.192**	.357**
2. Compulsões		$\alpha = .81$	.256**	.052	.205**	.259**
3. Agressão Física			$\alpha = 0.77$	.359**	.527**	.398**
4. Agressão Verbal				$\alpha = .75$	.375**	.232**
5. Raiva					$\alpha = .85$	.440**
6. Hostilidade						$\alpha = .84^*$
Média (DP)	14.23 (4.56)	12.97 (4.11)	8.12 (2.87)	7.45 (3.01)	15.34 (4.97)	13.67 (4.33)

Nota. teste unicaudal, ** $p < .001$, * $p < .01$

agressão variou entre 7.45 para a agressão verbal e 15.34 para a raiva. Ademais, a pontuação média para os sintomas obsessivos foi de 14.23, enquanto para os sintomas compulsivos foi de 12.97.

De modo geral, foram observadas correlações positivas entre os sintomas obsessivos e os fatores da agressão, principalmente a hostilidade ($r = .357$; $p < .001$). Por outro lado, os sintomas compulsivos apresentaram correlações positivas apenas com a agressão física, a raiva e a hostilidade.

Em seguida, foram testados os efeitos indiretos das obsessões e compulsões na agressão física e verbal, com o estimador DWLS, mas também os efeitos diretos. O modelo de mediação consistiu nas obsessões e compulsões como variáveis independentes, a hostilidade e a raiva como variáveis mediadoras e a agressão física e verbal como variáveis dependentes.

Os resultados da [Tabela 2](#) demonstram que o único efeito indireto estatisticamente significativo foi das obsessões na agressão física, mediado pela hostilidade.

Tabela 2. Efeitos diretos e indiretos das Obsessões e Compulsões na Agressão.

	Coeficiente	<i>p</i>
Efeitos Diretos		
Obsessões → Agressão Física	.06	.37
Compulsões → Agressão Física	.08	.23
Obsessões → Agressão Verbal	.11	.15
Compulsões → Agressão Verbal	-.10	.18
Obsessões → Raiva	.10	.17
Compulsões → Raiva	.14	.10
Obsessões → Hostilidade	.31	< .01
Compulsões → Hostilidade	.07	.41
Raiva → Agressão Física	.42	< .01
Hostilidade → Agressão Física	.16	.01
Raiva → Agressão Verbal	.34	< .01
Hostilidade → Agressão Verbal	.06	.38
Efeitos Indiretos		
Obsessões → Raiva → Agressão Física	.04	.18
Obsessões → Hostilidade → Agressão Física	.05	.03
Compulsões → Raiva → Agressão Física	.05	.12
Compulsões → Hostilidade → Agressão Física	.01	.44
Obsessões → Raiva → Agressão Verbal	.03	.19
Obsessões → Hostilidade → Agressão Verbal	.02	.39
Compulsões → Raiva → Agressão Verbal	.04	.12
Compulsões → Hostilidade → Agressão Verbal	.01	.55

de ($\beta = .052$, IC 95% = .005; .099, $p = .031$). O modelo explicou 32% da variância da agressão física. Verificaram-se ainda efeitos diretos estatisticamente significativos das obsessões na hostilidade ($\beta = .31$, IC 95% = .16; .46, $p = .001$) da raiva na agressão física ($\beta = .42$, IC 95% = .30; .54, $p = .001$) da hostilidade na agressão física ($\beta = .16$, IC 95% = .04; .29, $p = .001$) e da raiva na agressão verbal ($\beta = .34$, IC 95% = .21; .48, $p = .001$). Na Tabela 2 é possível visualizar todos os efeitos diretos e indiretos. Na Figura 1 pode-se observar o modelo testado.

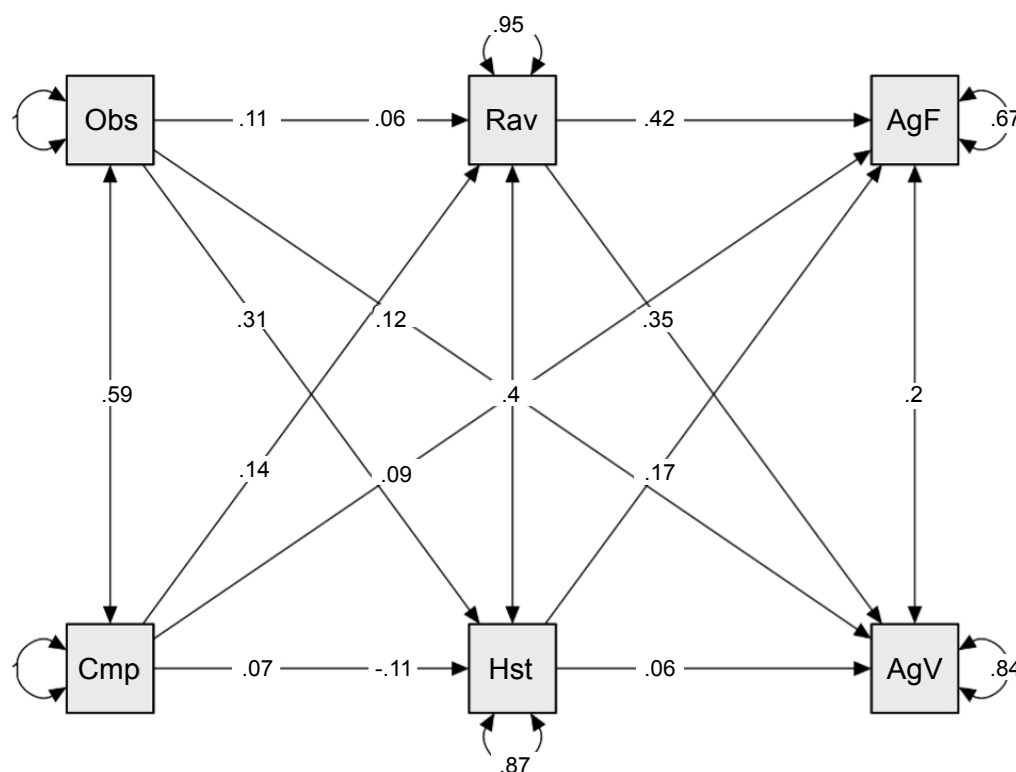
Os resultados indicam que os sintomas obsessivos aumentam a probabilidade de hostilidade, por sua vez aumentando a probabilidade de agressão física. Esse é o efeito mais importante desta pesquisa, apesar de que outros efeitos (esperados) diretos foram observados, como aqueles entre os fatores da agressão.

Discussão

O presente estudo objetivou observar a relação entre a sintomatologia do TOC e a agressão. Partiu-se de duas hipóteses principais: que os fatores de Obsessões e Compulsões estariam relacionados positivamente com os fatores de agressão e que a raiva e a hostilidade mediariam os efeitos das Obsessões e Compulsões na agressão física e verbal, com base no GAM (Anderson & Bushman, 2002). Estas hipóteses foram parcialmente corroboradas.

Os resultados indicaram que as obsessões e compulsões estavam positivamente correlacionadas com a agressão física, raiva e hostilidade, e apenas as obsessões com a agressão verbal. Esses resultados estão de acordo com o GAM, onde características individuais podem aumentar a probabilidade de agressão

Figura 1. Modelo de mediação.



Nota. Obs = Obsessões; Comp = Compulsões;

a curto e longo prazo (Santos et al., 2023). Contudo, apenas a hostilidade mediou significativamente a relação entre obsessões e agressão física, explicando o percentual da variância.

Assim, apesar de estudos anteriores apontarem altos níveis de raiva em pacientes com TOC (Cludius et al., 2021; Fernandez et al., 2023), a maioria das evidências aponta que essa emoção tende a ser internalizada, funcionando como um catalisador de sofrimento subjetivo, mas não necessariamente de agressão manifesta (Smith et al., 2004). Essa pode ser uma possível explicação para os resultados não significativos para a mediação da raiva no presente estudo. Em contraste, a hostilidade, compreendida como uma disposição afetiva crônica marcada por cinismo, desconfiança e rigidez interpessoal (Smith et al., 2004), mostrou-se neste estudo um elo significativo entre obsessões e comportamentos agressivos.

Tais resultados questionam a visão do TOC como um transtorno puramente internalizante. De acordo com Mahgoub et al. (2020), traços como impulsividade e desregulação afetiva estão presentes em subgrupos de pacientes com TOC, especialmente naqueles com sintomas de verificação, simetria ou agressões mentais. Nessa perspectiva, Cludius et al. (2021) destacam que, embora os pacientes não ajam de forma agressiva, há uma carga significativa de raiva e ressentimento direcionado ao ambiente, principalmente quando há frustração de rituais ou invalidação de suas obsessões. Os resultados do presente estudo estendem essas observações, demonstrando que essa disposição afetiva pode, de certa forma, contribuir para agressividade física, desde que modulada por traços mais persistentes como a hostilidade.

Outro aspecto importante refere-se à dissociação funcional entre obsessões e compulsões. Enquanto as obsessões se associaram diretamente à hostilidade e indiretamente à agressividade, as compulsões não apresentaram efeitos significativos nos modelos testados. Isso reforça a hipótese de que as obsessões, por sua natureza intrusiva, persistente e egodistônica, geram maior carga

emocional negativa do que os rituais compulsivos, que muitas vezes funcionam como tentativas de neutralização ou redução da ansiedade causada pelas obsessões (Abramowitz et al., 2009). Como apontado por Radomsky et al. (2014), obsessões relacionadas à agressão ou simetria tendem a produzir interpretações catastróficas, facilitando o surgimento de afeto negativo, como a hostilidade.

É possível observar que o único caminho mediado significativo no presente estudo foi obsessões > hostilidade > agressão física. Observações como as de Puşuroğlu et al (2024), que demonstraram maiores escores de hostilidade e agressão verbal em pacientes com obsessões agressivas, corroboram que, embora a hostilidade não necessariamente se manifesta como violência direta, ela pode representar um traço afetivo relevante relacionado a expectativas de provocação interpessoal. Ainda que o papel amplificador da hostilidade no impacto de obsessões sobre comportamento externo seja plausível, não encontramos estudos empíricos que testem diretamente esse mecanismo em TOC.

Embora os efeitos diretos entre obsessões e agressão física não tenham sido significativos, o modelo final explicou 32% da variância da agressão física (um valor robusto para pesquisas em saúde mental), sobretudo considerando o caráter não clínico da amostra. Isso reforça a relevância clínica da hostilidade como marcador transdiagnóstico de risco interpessoal, além da necessidade de intervenções terapêuticas que abordem não apenas a ansiedade e os comportamentos compulsivos, mas também o funcionamento afetivo sustentado juntamente com os padrões interpessoais rígidos frequentemente presentes em pacientes com TOC.

Apesar das restrições, o estudo oferece avanços conceituais e empíricos relevantes, trazendo três contribuições principais. A primeira é mostrar que as obsessões, e não as compulsões, são o ponto central na ligação entre TOC e agressividade. Essa diferença ajuda a entender que os pensamentos intrusivos têm maior peso na vida emocional e social do que os

comportamentos repetitivos usados para alívio. A segunda contribuição é destacar a hostilidade como mediador exclusivo dessa relação. Mais do que um traço de personalidade periférico, ela se mostra um fator-chave que transforma sintomas internos em risco interpessoal concreto. Por fim, o modelo foi capaz de explicar parte expressiva da agressão física mesmo em uma amostra não clínica. Isso sugere que níveis subclínicos de obsessões, quando associados à hostilidade, já indicam maior vulnerabilidade. Com isso, o estudo inaugura no Brasil um olhar novo sobre o tema, aproximando a produção nacional dos debates mais atuais na literatura internacional.

Trata-se, ademais, da primeira investigação nacional a testar formalmente um modelo mediacional entre sintomas obsessivo-compulsivos e agressividade, oferecendo evidências que enriquecem e tencionam a literatura, ainda marcada por estudos predominantemente descritivos ou correlacionais.

Este estudo deve ser interpretado à luz de algumas limitações. O delineamento transversal impossibilita a identificação de relações causais entre sintomas obsessivos, hostilidade e agressão. A amostra, predominantemente composta por jovens universitários sem diagnóstico clínico formal de TOC, limita a extrapolação dos achados para populações clínicas, nas quais a gravidade, a cronicidade e as comorbidades podem produzir dinâmicas distintas. Adicionalmente, a utilização exclusiva de medidas de autorrelato expõe o estudo a vieses de percepção subjetiva e desejabilidade social, particularmente em domínios sensíveis como hostilidade e agressão física. Não foi identificada uma subamostra com diagnóstico clínico de TOC, nem realizadas análises de validade convergente entre os instrumentos, o que poderá ser explorado em estudos futuros a partir dos pontos de corte de gravidade da própria Y-BOCS. Ainda assim, o uso de amostra não clínica também é uma estratégia utilizada em estudos internacionais (Whiteside & Abramowitz, 2004; Liu et al., 2017) e é respaldado pelo entendimento do TOC como um contínuo de gravidade, e não uma categoria fechada (Fullana et al., 2010).

Os achados indicam que, no TOC, é a hostilidade que estabelece o vínculo funcional entre obsessões e agressão física. Tal resultado sugere que a vulnerabilidade interpessoal não decorre do conjunto completo de sintomas, mas especificamente da natureza intrusiva e egodistônica das obsessões, quando moduladas por disposições afetivas hostis. Clinicamente, isso implica que intervenções devem ir além do controle da ansiedade imediata, incorporando estratégias que abordem de modo explícito a hostilidade enquanto traço estável, associado a cinismo e antagonismo interpessoal.

O fato de as compulsões não terem desempenhado papel significativo no modelo reforça a hipótese de que esses comportamentos, embora funcionem como tentativas de neutralização ou alívio, não explicam diretamente riscos de agressividade. Essa dissociação funcional entre obsessões e compulsões destaca a necessidade de intervenções mais direcionadas, que priorizem a reconfiguração de padrões cognitivos e afetivos ligados às obsessões e à hostilidade. Em perspectiva futura, a hostilidade pode ser investigada como marcador clínico de risco em delineamentos longitudinais, possibilitando intervenções mais específicas e personalizadas. Por envolver sintomas ainda em estágio subclínico, a amostra não clínica, além de mais fácil de obter, permite identificar essas correlações entre constructos e favorece o desenvolvimento de estratégias preventivas, mais viáveis de implementar antes que os sintomas evoluam para quadros clínicos.

Referências

- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374(9688), 491–499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3)
- Abreu, D. F. P., Almeida, N. L., & Santos, N. A. (2024). Executive Functions' Alterations In Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Literature Review. *Revista Psicologia Argumento*, 42(117). <https://doi.org/10.7213/psicolargum.42.117.ao15>

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)* (5th ed). American Psychiatric Association Publishing. [https://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/book/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D0%BE%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%B8/DSM%205%20TR-APA%20\(2022\).pdf](https://www.psychiatry.ru/siteconst/userfiles/file/book/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D0%BE%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0%20%D0%BF%D0%BE%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%B8/DSM%205%20TR-APA%20(2022).pdf)
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135231>
- Asbahr, F. R., Lotufo Neto, F., Turecki, G. X., Del Porto, J. A., Rodríguez, L. R., Baruzzi, M., Lima, M. A., & Gentil, V. (1992). *Escala Yale-Brown de Sintomas Obsessivo-Compulsivos: Tradução brasileira*. São Paulo.
- Birkley, E. L., & Eckhardt, C. I. (2015). Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 40–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.002>
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452–459. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.63.3.452>
- Bushman, B. J., & Anderson, C. A. (2020). General Aggression Model. In J. Bulck, D. Ewoldsen, M. Mares, & E. Scharrer (Eds.), *International Encyclopedia of Media Psychology*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119011071.iemp0154>
- Cavalcanti, J. G., & Pimentel, C. E. (2016). Personality and aggression: A contribution of the General Aggression Model. *Estudos de Psicologia*, 33(3), 443–451. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000300008>
- Cludius, B., Mannsfeld, A. K., Schmidt, A. F., & Jelinek, L. (2021). Anger and aggressiveness in obsessive-compulsive disorder (OCD) and the mediating role of responsibility, non-acceptance of emotions, and social desirability. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(6), 1179–1191. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01199-8>
- Fernandez, S. J., Daffern, M., Moulding, R., & Nedeljkovic, M. (2023). Exploring predictors of aggressive intrusive thoughts and aggressive scripts: Similarities and differences in phenomenology. *Aggressive Behavior*, 49(2), 141–153. <https://doi.org/10.1002/ab.22061>
- Fineberg, N. A., Hollander, E., Pallanti, S., Walitza, S., Grünblatt, E., Dell'Osso, B., Albert, U., Geller, D. A., Brakoulias, V., Reddy, Y. C. J., Arumugham, S. S., Shavitt, R. G., Drummond, L., Grancini, B., De Carlo, V., Cinosi, E., Chamberlain, S. R., Ioannidis, K., Rodriguez, C. I., ... Menchon, J. M. (2020). Clinical advances in obsessive-compulsive disorder: A position statement by the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *International Clinical Psychopharmacology*, 35(4), 173–193. <https://doi.org/10.1097/yic.0000000000000314>
- Fullana, M. A., Vilagut, G., Rojas-Farreras, S., Mataix-Cols, D., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Haro, J. M., de Girolamo, G., Lepine, J. P., Matschinger, H., & Alonso, J. (2010). Obsessive-compulsive symptom dimensions in the general population: Results from an epidemiological study in six European countries. *Journal of Affective Disorders*, 124(3), 291–299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.020>
- Girasek, H., Nagy, V. A., Fekete, S., Ungvari, G. S., & Gazdag, G. (2022). Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. *World Journal of Psychiatry*, 12(1), 1–23. <https://doi.org/10.5498/wjpv.12.1.1>

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006–1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Liu, L., Liu, C., & Zhao, X. (2017). Mapping the paths from styles of anger experience and expression to obsessive-compulsive symptoms: The moderating roles of family cohesion and adaptability. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00671>
- Mariano, J. L. P., De Araújo, D. L. M., Júnior, F. S. M., Corrêa, I. N., Santos, L. L., & Gomes, E. C. (2020). Características gerais do transtorno obsessivo-compulsivo: artigo de revisão. *Revista Atenas Higeia*, 2(3), 22–29.
- Ornell, F., Braga, D. T., Bavaresco, D. V., Francke, I. D., Scherer, J. N., von Diemen, L., & Kessler, F. H. P. (2021). Obsessive-compulsive disorder reinforcement during the COVID-19 pandemic. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(2), 81–84. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0054>
- Paiva, T. T., Pimentel, C. E., Menezes, T. D. S. B. D., Costa, A. C. R., Costa, D. D. G. C., & Vasconcelos, M. H. V. D. (2020). Questionário de Agressão de Buss-Perry versão reduzida (QA-R): análises estruturais. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 10(3), 142–167. <https://doi.org/10.26864/pcs.v10.n3.7>
- Paula, D. K., Kling, C. P. S. P., & De Siqueira, E. C. (2023). Uma abordagem geral do transtorno obsessivo compulsivo. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(6), e13174. <https://doi.org/10.25248/REAS.e13174.2023>
- Puşuroğlu, M., Gül, Ş., & Hocaoglu, Ç. (2024). The relationship of obsessions and compulsions with aggression in patients with obsessive compulsive disorder. *Psychiatria Danubina*, 36(1), 68–75. <https://doi.org/10.24869/psyd.2024.68>
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Clark, D. A., Coles, M. E., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Moulding, R., Shams, G., Sica, C., Simos, G., & Wong, W. (2014). Part 1—You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 269–279. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.09.002>
- Santos, I., Pimentel, C., & Mariano, T. (2023). *O Modelo Geral da Agressão: contribuições teórico-práticas e aplicações ao contexto brasileiro*. Editora UFPB.
- See, C. C. H., Tan, J. M., Tan, V. S. Y., & Sündermann, O. (2022). A systematic review on the links between emotion regulation difficulties and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 341–353. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.023>
- Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., Lochner, C., Reddy, Y. C. J., Miguel, E. C., & Simpson, H. B. (2022). Editorial: Obsessive-compulsive disorder (OCD) across the lifespan: Current diagnostic challenges and the search for personalized treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 927184. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.927184>
- Smith, T. W., Glazer, K., Ruiz, J. M., & Gallo, L. C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1217–1270. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00296.x>
- Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(52). <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>