

FACULDADE JK/ UNAT
FACULDADE JK DE TECNOLOGIA/UNIÃO NACIONAL DE
ANALISTAS TRANSACIONAIS

PÓS-GRADUAÇÃO EM ANÁLISE TRANSACIONAL

COMO A ANÁLISE TRANSACIONAL PODE SER UTILIZADA NO
TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

ANGÉLICA CLARO DE SENA

Brasília

2012

ANGÉLICA CLARO DE SENA

COMO A ANÁLISE TRANSACIONAL PODE SER UTILIZADA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

Artigo de conclusão do curso apresentado à Faculdade de Tecnologia Paulo Freire e à União Nacional dos Analistas Transacionais, como requisito parcial do curso de Pós-Graduação em Análise Transacional e Competência nas Relações, para obtenção do título de Especialista em Análise Transacional.

Orientadora: Profa Ms Miriam Cibreiros

Brasília
2012



FACULDADE JK DE TECNOLOGIA / UNIÃO NACIONAL DE ANALISTAS
TRANSACIONAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ANÁLISE TRANSACIONAL

ATA DA BANCA EXAMINADORA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO
CURSO – TCC

Aos 23 dias do mês de setembro do ano de dois mil e doze,, estão reunidos na sala 1006, do Bloco D, Torre A do Shopping LibertyMall, situado no SCN Quadra 02, na cidade de Brasília-DF, a coordenadora do Curso e orientadora do(a) aluno(a) examinado(a), Professora Miriam Cibreiros, a Professora de Metodologia Científica Professora Ana Lucia de Oliveira e a Professora Ede Lanir Paiva para juntos, deliberarem sobre o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno (a): *Angélica Claro de Sena*

Na defesa do tema:

Para defesa, cada aluno contará com um tempo mínimo de 20 (vinte) minutos e máximo de 30 (trinta) minutos de apresentação.

Em seguida, os integrantes da banca reunir-se-ão em separado dos alunos para deliberarem sobre a menção.

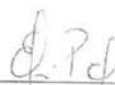

Aluno(a)	Nota	Situação Final	Ciente do(a) aluno(a)
<i>Angélica Claro de Sena</i>	<i>9</i>	<i>APROVADA</i>	<i>Angélica Claro de Sena</i>

OBS: Nota: $\geq 7,0$ = Aprovado
 $< 7,0$ = Reprovado

E, para surtir os efeitos legais e educacionais, eu, Professor Presidente da banca, lavrarei a presente ata que será abaixo por mim assinada e pelos demais integrantes da Banca Examinadora.

Brasília, 23 de setembro de 2012.


Prof. Metodologia Científica


Prof. Presidente da Banca

Prof. Coordenador do Curso



ANGÉLICA CLARO DE SENA

angelicacs27@gmail.com

RESUMO: O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é considerado o quarto diagnóstico psiquiátrico mais frequente na população. De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), até o ano 2020, o Transtorno Obsessivo-Compulsivo estará entre as dez causas mais importante de comprometimento por doença. Devido a essa frequência, o presente artigo apresenta uma revisão bibliográfica sobre os mecanismos e tratamento do TOC, em uma psicoterapia específica que é a Análise Transacional. E com o objetivo de desmistificar que somente a psicoterapia Cognitiva- Comportamental é indicada para esse tipo de neurose. Para tal, foi abordada a diferenciação entre as duas escolas e como interpretar a patologia à luz da AT, com sugestões de tratamento.

Palavras Chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Análise Transacional (AT), Cognitiva, Comportamental, Cognitiva – Comportamental (TCC), psicoterapia

Introdução

O meu interesse em estudar o Transtorno Obsessivo Compulsivo se deu ainda no período da faculdade, quando tive contato com pessoas que apresentavam os sintomas característicos do TOC. Como já havia escolhido que abordagem iria seguir, estudei a aplicabilidade da Análise Transacional no TOC e pude verificar a possibilidade do uso de Contratos, Permissores, desenhos, vivências, entre outros no tratamento do mesmo. Depois, já como psicoterapeuta, pude perceber que essa demanda vem aumentando e que a procura é quase em sua totalidade para abordagem Cognitiva-Comportamental, principalmente quando o cliente é encaminhado por um psiquiatra. Por isso, o meu interesse ficou maior, pois o cliente que aceitava fazer o tratamento comigo queria saber sobre as abordagens e informações sobre a doença. Percebi dessa forma, a necessidade de explicar para o cliente o que é uma psicoterapia na abordagem da Análise Transacional e na Cognitiva-Comportamental e aprofundar nas explicações sobre o TOC, já que por muitas vezes o cliente vem apenas com um diagnóstico sem maiores informações.

A Análise Transacional tem uma visão sobre as psicopatologias, que compreende o ser humano como uma pessoa que é concebida OK, ou seja, que possui essencialmente vocação para se desenvolver de forma saudável. Explica que as patologias humanas seriam adquiridas então, como uma corrupção do meio que é tóxico e que acaba afetando o organismo com suas contradições, que as reflete. Assim, um sintoma psicopatológico seria uma denúncia social, um grito de socorro daquele que está impedido de se desenvolver.

É uma abordagem fundamentada nas necessidades biológicas de afeto e contato físico, nas necessidades psicológicas de identidade, autonomia e estruturação do tempo e nas necessidades sociais de reconhecimento (Kertész, 1987), possuindo conceitos que proporcionam uma intervenção em todas as áreas do humano.

Já a terapia Cognitiva-Comportamental é uma abordagem que visa corrigir as distorções cognitivas que geram problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los. Para tanto são utilizadas técnicas cognitivas que buscam identificar os pensamentos automáticos, testar estes pensamentos e substituir as distorções cognitivas. As técnicas comportamentais são

empregadas para modificar condutas inadequadas relacionadas com o transtorno psiquiátrico em questão (Shinohara, 1997).

Sobre quadro sintomatológico do TOC, segundo Teixeira & Cortez (1991), é caracterizado por pensamentos repetitivos, recorrentes, desagradáveis, percebidos como estranhos e que interferem no pensamento corrente. Os pensamentos obsessivos estão geralmente acompanhados de comportamentos compulsivos (atos repetitivos) e são interpretados como de execução necessária. Numa análise posterior, a compulsão é interpretada como irracional e inútil. O impedimento do ato compulsivo aumenta fortemente a ansiedade, mas a realização do ato a alivia.

Em síntese, o presente artigo fala das diferenças entre a Análise Transacional e a Cognitiva-Comportamental, o que é o TOC e sugestões de tratamento em AT. Para que mostre como é plausível a escolha também em AT para o tratamento dessa neurose.

Cognitiva - Comportamental X Análise Transacional: Uma visão comparativa sobre as técnicas utilizadas e suas semelhanças

Como na internet e por indicação de psiquiatras, a abordagem Cognitiva - Comportamental é bastante associada e indicada, a visão comparativa dessas duas abordagens tem como objetivo uma explanação do funcionamento das mesmas com suas potencialidades.

Como a terapia Cognitivo-Comportamental é uma integração de conceitos e técnicas cognitivas e comportamentais, farei uma breve explanação sobre a Teoria Cognitiva e a Comportamental.

A Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck é considerada, atualmente, como a principal abordagem cognitiva e baseia-se no *modelo cognitivo*, que propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do paciente) seja comum a todos os distúrbios psicológicos. Que a avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. E que a melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes. (Beck, 1997)

Já a Terapia Comportamental segundo Loew & Grayson & Loew (1984) conceitua os comportamentos patológicos como hábitos indesejáveis de se

responder aos estímulos do ambiente, aprendidos e adquiridos involuntariamente. Conseqüentemente, o objetivo da terapia comportamental é livrar o paciente desses hábitos e/ou substituí-los por hábitos mais eficientes. Alguns terapeutas comportamentais sustentam ainda que, quando uma pessoa pode comportar-se mais eficientemente, pode-se também afirmar que ela atingiu uma mudança positiva na personalidade, e que esta sensação de domínio sobre seu problema anterior vai generalizar-se em sua vida.

Na Terapia Cognitivo-Comportamental, o terapeuta centra-se nos problemas que estão sendo apresentados pelo paciente no momento em que este procura a terapia, sendo que seu objetivo é ajudá-lo a aprender novas estratégias para atuar no ambiente de forma a promover mudanças necessárias. A metodologia utilizada na terapia é de cooperação entre o terapeuta e o paciente de forma que as estratégias para a superação de problemas concretos são planejadas em conjunto (Lima & Wielenska, 1993). Na Terapia Cognitivo-Comportamental procura-se definir claramente objetivos, especificando-os de acordo com os problemas e questões trazidas pelo paciente.

O ponto de partida do tratamento é a fonte de sofrimento do cliente, ou seja, a partir das distorções que estão ocorrendo na forma do sujeito avaliar a si mesmo e ao mundo. Denominam-se “esquemas” a base para a avaliação das experiências. As estruturas cognitivas organizam-se em níveis nos quais os esquemas encontram-se no núcleo. Durante a terapia procura-se explorar cada um destes níveis de organização, partindo dos pensamentos automáticos até chegar ao sistema de crenças do sujeito. Então as crenças são testadas a partir de argumentos e propostas de exercícios que o paciente realizará durante a terapia e em demais contextos (Shinohara, 1997).

A Análise Transacional é uma teoria da Psicologia criada por Eric Berne, psiquiatra canadense, em 1958. Tem como características valorar a importância da relação transparente, cooperativa e de confiança e respeito pela natureza humana para a superação de conflitos intra e interpessoais. Berne diz que todos nascem bem e com a capacidade de obter sucesso e satisfação, com exceção às afecções orgânicas graves. Isto significa que nascemos todos OK e que a educação e o meio ambiente podem produzir efeitos indesejáveis. De acordo com Woolams e Brown

(1979), a AT também é uma filosofia – um ponto de vista acerca das pessoas; uma teoria de desenvolvimento da personalidade, do funcionamento intra-psíquico e do comportamento interpessoal e por fim, é um sistema de técnicas destinadas a ajudar as pessoas a compreender e modificar seus sentimentos e comportamentos.

A AT tem como finalidade analisar, compreender e corrigir a conduta humana, permitindo a compreensão do *porque* e *como* do nosso comportamento e dos demais. Focando assim as quatro áreas: razão, conduta, emoção e corpo, tendo uma relação terapeuta-cliente norteada por um Contrato, que é uma meta objetiva, de mudança positiva de comportamento a ser atingida durante o tratamento.

Apesar das diferenças, essas duas abordagens também possuem semelhanças, uma vez que, segundo Leonhard Schlegel a AT é considerada um método psicoterapêutico baseado na combinação da terapia Cognitiva e de orientação psicodinâmica. No qual o método Cognitivo consiste em descontaminar o Adulto para que ele assuma o controle executivo da personalidade. E psicodinâmica, porque a análise do *Script* implica em avaliar eventos internos e externos acompanhados de um erro de julgamento óbvio da realidade; e também porque, em geral, apresenta situações que são selecionadas de forma a reconfirmar o *Script*, sendo que as mesmas poderão até mesmo ser arranjadas (manipuladas) para que a reconfirmação aconteça.

A partir dessa compreensão entre diferenças e semelhanças pode-se perceber que as duas abordagens estão aptas ao tratamento do TOC, já que muitos dos princípios se “cruzam”, e que parecem diferentes devido à linguagem utilizada em cada abordagem.

O que é o TOC?

O TOC era até pouco tempo, uma doença "oficialmente" rara devido a pouca procura de pacientes que apresentavam os sintomas característicos e não procuravam atendimento psiquiátrico especializado. Hoje em dia, a procura do tratamento especializado mudou esses índices significativamente. *Jenicke* (1990) calculou que esse diagnóstico está em torno de 10% de todos os pacientes que procuram atendimento de psiquiatria (<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=80>).

De acordo com as estatísticas, o TOC tem uma incidência maior em pessoas com conflitos conjugais, divorciados, separados e desempregados. É maior também nos familiares de 1º grau (3 a 7%) de portadores de TOC, é igualmente presente entre homens e mulheres, sendo um pouco mais frequente em adolescentes masculinos (75%). O início da doença se dá em torno dos 20 anos, mas não é incomum em crianças (<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=80>).

O diagnóstico é feito de uma forma clínica, com base nos sintomas do paciente. De acordo com a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Psiquiátrica da América (DSM-IV), o transtorno obsessivo-compulsivo é um transtorno crônico caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões, que consomem ao menos uma hora por dia, e causam sofrimento ao paciente e/ou seus familiares. O Código Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde, 10ª edição, CID-10 apresenta os mesmos critérios diagnósticos, exceto pelo fato de que o CID-10 exige que as obsessões e/ou compulsões estejam presentes na maioria dos dias por um período de no mínimo duas semanas. Tanto no DSM-IV quanto no CID-10 não existem diferenças nos critérios para o diagnóstico de crianças, adolescentes e adultos.

À luz da AT, segundo Teixeira & Cortez (1991) o TOC é um transtorno que está associado com a personalidade obsessiva-compulsiva e representa 5% de todas as neuroses, apresentando muita ansiedade e temor de se tornar louco ou enfermo, fazendo que com frequência as pessoas que apresentam os sintomas do TOC escondam de amigos e familiares essas ideias e comportamentos, tanto por vergonha quanto por terem noção do absurdo das exigências auto-impostas. Ainda de acordo com o autor citado, o neurótico obsessivo-compulsivo mesmo apresentando ansiedade, possui um potencial suicida baixo. O curso desta neurose tende a ser crônico e com intensificação ou redução periódica, isso porque obsessões tendem a aumentar a ansiedade da pessoa ao passo que a execução de compulsões a reduz. Porém, se uma pessoa resiste a realização de uma compulsão ou é impedida de fazê-la surge intensa ansiedade. Em certos casos, a atividade compulsiva é a principal de sua vida e, por muitas vezes, a pessoa entende que a obsessão é irracional e a reconhece como um produto de sua mente, e uma vez

percebendo como algo fora de seu controle e desejo, é causa de muito sofrimento. As ideias obsessivas ou os rituais compulsivos têm em si pouco valor, a não ser o propósito defensivo (simbólico) da ansiedade, pois eles são substitutos de outras idéias e escondem outras emoções, geralmente um sentimento de culpa.

De acordo com vários artigos publicados, a ciência tem conseguido esclarecer vários fatos em relação ao TOC, entretanto até o presente momento, não foram ainda esclarecidas as verdadeiras causas do TOC. Pode-se dizer apenas que, existem evidências de que diversos fatores de ordem biológica (podendo ser de ordem cerebral, funcional, neuroquímica, genético ou até mesmo anatômico) e fatores de ordem psicológica contribuam para o aparecimento e a manutenção dos sintomas. Sendo que este último fator será o foco desse trabalho.

Durante o acompanhamento de alguns processos terapêuticos pode-se notar que além dos fatores biológicos, os fatores de ordem psicológica, como aprendizagens erradas e crenças distorcidas, adquiridas em razão da educação, da cultura, do meio ambiente, podem contribuir para o aparecimento dos sintomas e, principalmente, para sua manutenção.

Uma visão psicodinâmica da neurose

Para uma melhor compreensão da psicodinâmica do TOC, Dória (1974, págs. 37- 48) aponta os conceitos das seguintes variáveis:

- I) Matriz;
- II) Defesas primárias ou núcleos e
- III) Defesas neuróticas ou sintomas neuróticos

I) Matriz

A matriz é conceituada como sendo o processo que responde como fonte da neurose, como originante. Acredita-se que é originada na história infantil da satisfação inadequada, principalmente das necessidades de segurança e afeto. Definindo segurança e afeto como necessidades básicas, as fundamentais para o ajustamento da humanidade. Quando, desde cedo, elas são treinadas normalmente, isto é, quando em cada nível de maturidade a pessoa aprende a dar uma resposta adequada, tais necessidades motivam um comportamento normal.

Entretanto, nem sempre – ou quase nunca – estas necessidades evoluem dentro de condições normais. As causas são complexas cobrindo as áreas: somáticas (físico e fisiológico), psíquicas (os dinamismos psicológicos: inteligência, necessidades, emoções, vontade) e ambientais (meio cósmico, social e cultural), causas que agem sempre numa inter-ação dinâmica. Certamente as causas influem com tanto maior profundidade quanto mais cedo afetam a criança.

E esta é a matriz da neurose, feita da história de um homem que não logrando satisfação normal de segurança e afeto, fecha-se no medo de sua sobrevivência ameaçada.

Embora tudo o que exista na matriz só se explique pela história de uma aprendizagem que remonta ao recém-nascido, a neurose não se define como fixação no passado. Aliás, experiência psicológica nenhuma dura sem serem presente e o que não permanece agora, não existe de maneira nenhuma.

O neurótico é, portanto, uma pessoa que hoje busca segurança e amor de modo inadequado, e esta inadequação se definem como a matriz da neurose.

II) Defesas primárias ou núcleos

Não encontrando condições de segurança e afeto, a personalidade tenta ajustamento mobilizando o medo, medo de um mundo que surge perigoso, o ameaçador. E para se ajustar sem maiores riscos, desenvolve as chamadas defesas primárias, defesas que atuam com núcleos da neurose.

No homem de nossa cultura, as defesas primárias mais freqüentes são seis: agressividade, voracidade, inveja, dependência, onipotência, sexualismo, podendo ser outros. Estes seis impulsos (e outros que pode aparecer também) não são necessidades normais, não são exigências da própria natureza. Importante ressaltar que não vem da natureza impulso contrário a ela. Assim sendo, a causa inicial da desordem sempre será extrínseca à necessidade de quem sofre. Por isso, os seis impulsos citados anteriormente são defesas tentando proteger o homem contra a sua insegurança e seu medo de amar.

III) Defesas ou sintomas neuróticos

Na ordem histórica da neurose, a matriz gera os núcleos e estes os sintomas ou defesas neuróticas. Isto não acontece na ordem diagnóstica, onde os sintomas são as primeiras manifestações e só através de sua interpretação os núcleos e a matriz é identificada. Os sintomas neuróticos são tentativas para a solução de conflito intrapsíquico, censurado e recalcado.

A análise da AT sobre o TOC

Segundo Teixeira & Cortez, 1991, os obsessivos - compulsivos são perfeccionistas brilhantes e organizados, e investem amplamente sua energia no pensamento. Caracterizado pelo seu conformismo, obedecem a regras e regulamentos, possuem uma consciência muito rígida e são seus maiores críticos. Investindo considerável energia na dúvida, eles encontram muita dificuldade em relaxar e desfrutar.

De acordo com os autores citados acima, a Análise da AT sobre o TOC foi feito primeiro avaliando Estado de Ego - que é um padrão consistente de sentimentos e experiências diretamente relacionado a um padrão consistente correspondente de comportamento (Berne, 1966) – onde mostrou que existe estruturalmente uma dupla contaminação, que quando o paciente se refere a seus atos compulsivos, ele os percebe como egos distônicos. Onde a Criança - um Estado de Ego que é uma relíquia arcaica de um período significativo anterior de vida (Berne, 1966) - é continuamente guiada por fantasias arcaica e assume, por conter maior quantidade de energia psíquica, o Poder Executivo, embora o Adulto - um Estado de Ego orientado ao processamento objetivo e autônomo de dados e à estimativa de probabilidades (Berne, 1966) - reconheça o comportamento como irracional e não solucionador de problemas.

Ainda de acordo com esses autores, identificou como os Compulsores – que são mensagens negativas restritivas que procedem do Pai dos pais (Kahler, 1974) – sendo o número um o “Seja Perfeito”, e número dois “Seja Forte” ou “Esforça-te”. As Injunções – que são as mensagens com comando negativo da Criança dos Pais (Kahler, 1974) – foram “Não seja uma criança” reprimindo sentimentos, “Não sinta” e mais especialmente “Não sinta alegria”. Apresentando também a mensagem “Não se aproxime”, o que é verificada na dificuldade que tem de estabelecer e manter

relacionamentos, embora os desejem muito. Os Disfarces – definidos como a sexualização ou procura transacional e exploração de sentimentos desagradáveis (Berne, 1988) – como sendo de ansiedade, culpa e depressão, e o trabalho terapêutico a ser feito é procurar movê-los do pensar para o sentir, até atingirem o prazer de sentir Emoções agradáveis. E seu Jogo – que é uma série de Transações complementares que se desenrolam até um desfecho definido e previsível (Berne 1995) – sendo a da “Psiquiatria”, no qual ele permanece obcecado por emoções, razões, explicações que possam ajudá-lo a resolver a sua neurose.

Tratamento

Teixeira & Cortez, 1991, cita que Berne sugere que a técnica terapêutica tem como foco inicialmente a descontaminação do Adulto de elementos do Pai e da Criança. E que como os pacientes obsessivos adoram jogar “Psiquiatria”, isso deve ser interrompido enunciando claramente para o paciente a premissa da cura sintomática primeiro e análise depois. Que pensamentos e fantasias de incesto devem ser reconhecidos como vindos da Criança e, portanto, sujeitos a controle do Adulto. E que depois que o Adulto estiver em condições de lidar com o problema decisivo, que geralmente é a morte, então será possível abordar esse assunto com franqueza (Berne, 1966).

A atenção do terapeuta deve estar voltada para o fato que esse tipo de paciente sempre estará disposto a fazer Contratos do tipo controle social, que não cumprirá, ou que ficará obsessivamente tentando cumprir. A principal mensagem de Permissão – que é uma intervenção que dá o indivíduo uma licença para desobedecer a uma Injunção parental se estiver preparado, disposto e capaz, ou libera da provocação parental (Berne, 1988) é “Você não precisa fazer o que pensa”.

As Injunções “Não confie”, “Não se aproxime” e “Não sinta”, são as principais do *Script*. O terapeuta cuidará de evitar toda e qualquer atitude que possa ser interpretada como rejeição, ou afastamento, pois aí parece residir a problemática do paciente.

Os Goulding (1985) sugerem algumas técnicas muito interessantes de tratamento. Ressaltam a importância do primeiro Contrato, no qual o cliente se compromete a parar de realizar atos obsessivos-compulsivos, não importando o

quanto difícil isto pareça ser. Eles colocam que sem esse Contrato, o terapeuta e o cliente dão apoio à mágica de que ele "não pode" controlar seu comportamento e, portanto, "não pode" ficar curado. Citam a importância de perceber o quanto o seu cliente pode ficar ansioso e sugerem mais sessões com metas específicas, como a de aprender a dar e receber Carícias. Como a sugestão é de um tratamento a curto prazo, é falado de um início e um término do tratamento. Sendo indicada a psicoterapia em grupo porque os clientes obsessivo-compulsivos são solitários e podem ser grandemente ajudados pelo apoio e encorajamento do grupo.

Sobre os atos compulsivos que são criados pela Criança Adaptada para afastar os desastres por meio de rituais mágicos, estes mesmos autores falam que a mágica do cliente deve ser desmascarada assim que o terapeuta ouve falar dela. No entanto, não é preciso se entender todo o sistema de crenças mágicas antes de o cliente parar de ser compulsivo. O terapeuta também não precisa conhecer todos os sentimentos e pensamentos subjacentes dos quais o cliente se protege ao ser compulsivo. E por fim ele coloca a sua principal sugestão "Crie uma fantasia sexual" para que os pacientes elaborem fantasias sexuais agradáveis, em substituição aos pensamentos obsessivos o que servirá para colocá-los em contato com emoções relativas à sexualidade que foram suprimidas.

Considerações finais

Pelo exposto, a proposta desse artigo foi contribuir para desmistificação de que apenas a psicoterapia na abordagem da Cognitiva-Comportamental (TCC) seria indicada para o tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo, que é uma doença que vem aparecendo cada vez mais. O intuito não é provar que a Análise Transacional é melhor e, sim, oferecer um melhor entendimento das duas abordagens e mostrar que a AT também é de grande valia na psicoterapia de pacientes acometidos por ela, já que é uma abordagem que oferece um embasamento muito claro sobre o assunto e possui muitos instrumentos de intervenção.

A partir da compreensão do funcionamento do mecanismo compulsivo, nesse artigo pode-se verificar uma breve explanação das abordagens citadas e sugestões

de tratamento na abordagem da Análise Transacional. Trazendo assim, mais opções de trabalho para quem atua na área.

Referências

- BECK, J.S. (1997). Terapia Cognitiva: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed
- BERNE, E. (1988). O que você diz depois de dizer olá?: A psicologia do destino. São Paulo: Nobel.
- BERNE, E. (1995). Os Jogos da Vida: Análise Transacional e o Relacionamento entre pessoas. São Paulo: Nobel
- BERNE, E. (1966). Princípios de Tratamento de Grupo. UNAT (Tradução de uso restrito).
- CREMA, R. (1982). Manual de Análise Transacional. Brasília: H.P. Mendes 4ª. Ed.
- DÓRIA, C.S. (1974). Psicologia do Ajustamento Neurótico. Petrópolis: Ed. Vozes
- GOULDING, M.M. & GOULDING, R.L. (1985). Ajuda-te pela Análise Transacional – A arte de viver bem com a terapia da redecisão. São Paulo: IBRASA
- KAHLER, T. (1974). O Miniscript. In: UNAT-BRASIL. Prêmios Eric Berne 1971-1997. Porto Alegre: Suliani Editografia.
- KERTÉSZ, R. (1997). Análise Transacional ao Vivo. São Paulo: Summus. 3ª Ed
- LIMA, M. V. D. & WIELENSKA, R. C. (1993). Terapia Comportamental - Cognitiva. Em A. V. Cordoli (Org.) Psicoterapias: abordagens atuais (p. 192-209). Porto Alegre: Artes Médicas
- LOEW, C. A. & GRAYSON, H. & LOEW, G. H. (1984). Três Abordagens em Psicoterapia - Uma Comparação Clínica. São Paulo: Summus Editorial
- SCHLEGEL, L. - Artigo – O que é Análise Transacional.
- SHINOHARA, H. O. (1997). Conceituação da terapia cognitivo - comportamental. Em: R. A. Banaco (Org.) Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva, V. 3 (p. 1-5) São Paulo: Editora Arbytes.
- TEIXEIRA, M.M. & CORTEZ, V.N.M. (1991). Psicopatologia e Análise Transacional – Um Estudo Comparativo- São Paulo
- WOOLAMS, S. & BROWN, M. (1979). Manual Completo de Análise Transacional. São Paulo: Ed. Cultrix
- Site: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=80>