

FACULDADE JK DE TECNOLOGIA  
UNIÃO NACIONAL DE ANALISTAS TRANSACIONAIS-BRASIL  
UNAT-BRASIL  
POS-GRADUAÇÃO EM ANÁLISE TRANSACIONAL

AS CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE TRANSACIONAL NA BUSCA  
DA AUTONOMIA DE PACIENTES DELIRANTES

CAROLINE NEVES ALVES

Uberlândia – MG

2013

CAROLINE NEVES ALVES

## AS CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE TRANSACIONAL NA BUSCA DA AUTONOMIA DE PACIENTES DELIRANTES

### Abstract

Artigo de conclusão de curso apresentado à Faculdade JK de Tecnologia e à União Nacional de Analistas Transacionais-Brasil, como requisito parcial do curso de Pós-Graduação em Análise Transacional, para obtenção do título de Especialista em Análise Transacional.

### Keywords

Orientadora: Ede Lanir Ferreira Paiva

Uberlândia – MG

2013

# As contribuições da Análise Transacional na busca da autonomia de pacientes delirantes

Caroline Neves Alves

## Resumo

Com o início do processo da reforma psiquiátrica, em 1978, surgiram vários questionamentos sobre o trato com os pacientes da saúde mental. O presente estudo procura discutir as contribuições da Análise Transacional para o entendimento e tratamento de pacientes com transtorno delirante, com intuito de conhecer e debater as possibilidades de intervenção. Ao compreender as questões delirantes, podemos reconhecer e valorizar o movimento psíquico feito pelo indivíduo, possibilitando assim a reestruturação de sua autonomia.

**Palavras chave:** Análise Transacional; autonomia; delírio; Psicologia

## Abstract

With the beginning of the process of psychiatric reform in 1978, there were several questions about dealing with mental health patients. This study discusses the contributions of Transactional Analysis to the understanding and treatment of patients with delusional disorder, in order to meet and discuss the possibilities of intervention. By understanding the issues delusional, we recognize and value the psychic movement made by the individual, allowing the restructuring of its autonomy.

**Keywords:** Transactional Analysis; autonomy; delirium; Psychology

## **Introdução**

O interesse pelo assunto do delírio surgiu-me ao pensar nas possibilidades que a Reforma Psiquiátrica trouxe para os usuários dos serviços de atendimento em Saúde Mental, dando a oportunidade de não mais permanecerem confinados em instituições, e sim, desfrutar de um convívio social mais adequado, considerando sua subjetividade.

Os transtornos mentais severos tem sido um desafio para o tratamento psicoterápico. O delírio é um sintoma positivo de diversos quadros psiquiátricos, e tem o intuito de reestabelecer o indivíduo em sua realidade, mesmo que fictícia. Diversas teorias como a Psicanálise e a Cognitivo-Comportamental buscam explicar este sintoma, e após a Reforma Psiquiátrica os estudos e formas de tratamento desenvolveram e tornaram-se mais específicos, visando o bem estar biopsicossocial do indivíduo.

A Análise Transacional – AT – procura desenvolver a autonomia e promover comunicações de maneira mais assertiva, fazer com que a pessoa conquiste sua liberdade e exercite sua subjetividade, possibilitando assim, novas relações sociais.

Os estudos sobre as diversas formas de atuação do psicólogo são importantes para ampliar as possibilidades de tratamento. Discutiremos nesse artigo possibilidades de intervenção, utilizando a teoria e a prática clínica proposta pela Análise Transacional.

O artigo procura discutir as contribuições da AT para o entendimento e tratamento de pacientes com transtorno delirante, com intuito de debater as possibilidades de intervenção.

## **Delírio**

A psiquiatria tradicional acreditava que o delírio seria como um erro mórbido e incorrigível. Autores antigos como Kraepelin (1907) e Bleuler (1971) consideravam o delírio fruto de ideias morbidamente falseadas que não são acessíveis a correção por meio de argumentos. Ou ainda, representações inexatas que se formaram por uma necessidade interior e não por insuficiência de lógica.



A quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) descreve o delírio como:

crenças errôneas, habitualmente envolvendo a interpretação equivocada de percepções ou experiências. (...) A distinção entre delírio e uma ideia vigorosamente mantida às vezes é difícil, e depende do grau de convicção com o qual a crença é mantida, apesar de evidências nitidamente contrárias.

O delírio é um dos sintomas característicos presentes em transtornos psicóticos e esquizofrenia e é caracterizado por sua duração e/ou causa. O diagnóstico envolve diversos sinais e sintomas que são associados com o prejuízo na vida ocupacional e social do indivíduo.

Segundo Paim (1993) o termo delírio, em português significa alterações globais e profundas da consciência, ou ainda, um conjunto de juízos falsos, que se desenvolvem em decorrência de condições patológicas preexistentes e que não se corrigem por meios racionais.

Jaspers (1979) apud Delgalarrondo (2008) descreve ainda outras três características essenciais do delírio: 1)Convicção extraordinária, uma certeza subjetiva que o indivíduo toma como praticamente absoluta; 2)Impossibilidade de modificação do delírio, por experiências objetivas, provas explícitas da realidade e ainda argumentos lógicos; o delírio se torna irremovível; 3) o conteúdo do delírio que é praticamente impossível.

Dalgalarrondo (2008) apresenta uma quarta característica, para auxiliar na diferenciação do delírio de determinadas crenças culturais; ao delirar, o indivíduo desvia-se de sua trama social, e produz seus símbolos e crenças pessoais. O indivíduo é capaz de produzir sua própria religião, seu sistema ideológico, independente de outros membros sociais, tornando esta uma produção associal.

Appelbaum e seus colaboradores (1999) estudaram ainda a existência de alguns vetores que contribuem para a identificação da gravidade dos delírios, como a convicção, extensão, bizarrice, desorganização, pressão, resposta afetiva e comportamento desviante.

O delírio diferencia-se também quanto a sua estrutura, podendo ser classificado em: delírio simples, quando há um só conteúdo de um único tema; delírio complexo quando existem vários temas ao mesmo tempo; delírio não-sistematizado onde não há uma concatenação consciente, os conteúdos e detalhes são bastante variados; delírios sistematizados, bem organizados com histórias ricas e conscientes, mantêm ao longo do tempo seus conteúdos e detalhes (DALGALARRONDO, 2008)

## **Reforma Psiquiátrica**

A partir das ideias mais arcaicas sobre o delírio – como pensar que demônios eram causadores da loucura – foram desenvolvidas diversas formas de tratamentos possíveis para a cura de transtornos mentais, desde furos no crânio até eletrochoques; tratamentos estes que não apresentavam resultados efetivos na cura dos transtornos mentais.

Tais fatos contribuíram para que os hospitais psiquiátricos assumissem a função apenas de hospitalização e asilamento, visando atender a segurança, a ordem e a moral pública, gerando uma situação de total abandono dos pacientes, tanto pela equipe psiquiátrica quanto pela família.

A reforma psiquiátrica e as políticas de saúde mental no Brasil passaram por um longo processo iniciado no final da década de 70, quando o modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico entrou em crise e os movimentos sociais defensores dos direitos dos pacientes psiquiátricos se expandiram, ampliando a discussão política e social.

Os movimentos sociais em saúde tiveram um início efetivo em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), passa a denunciar a violência dos manicômios, a escassez da rede pública de assistência, e passa a criticar as práticas psiquiátricas e o modelo hospitalocêntrico de atendimento às pessoas portadoras de transtornos mentais. Tenório (2002) explica que o MTSM alcançou grande repercussão e liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter antimanicomial. Incentivado por esses movimentos, em 1989, o Deputado Paulo Delgado cria o projeto de lei que



propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

A partir de 1992, motivados pelo projeto de lei, os movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados, leis que determinavam a substituição de leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de atenção a Saúde Mental. Nesse período se inicia o processo de desinstitucionalização dos pacientes com longos períodos de internação.

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, em 2001, a lei Paulo Delgado é aprovada, com algumas alterações em seu texto original. A Lei 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de redirecionar os atendimentos a saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária, porém a lei não deixa clara as políticas para a progressiva extinção dos manicômios.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil possibilitou olhar o indivíduo de maneira integral, pautada no respeito e na subjetividade, e não mais fragmentá-lo e visualizar apenas a doença. A redução dos leitos de internação e o implemento de políticas sociais de reinserção do indivíduo no convívio social são os objetivos deste movimento, buscando o respeito aos direitos humanos do enfermo mental.

Porém, a mudança nos paradigmas originada pela Constituição Federal 1988 alterou o Sistema Único de Saúde - SUS, tais diretrizes tiveram a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Federação Brasileira de Hospitais sendo os principais grupos corporativos de resistência. Isso se dá por interesses econômicos envolvidos no sistema hospitalar devido à lucratividade do sistema de hospedagem e assistência. (RAUBER E SOUZA, 2010)

As famílias e o setor comunitário não estão preparadas para receberem estes enfermos, assim são temerários à volta ao convívio familiar e social. O hospital psiquiátrico torna-se um asilo para afastamento daqueles que não são mais desejáveis em suas casas, isolam o enfermo não para que este seja devidamente tratado, mas sim para seja esquecido em um leito manicomial.

Após a aprovação da Lei 10.216, em 2001, a transição do sistema tradicional para a nova forma de abordagem ao paciente vem com a valorização do papel do psicólogo. Esse profissional cumpriria a função de

intermediário, possibilitando o diálogo e o convívio com a família e posteriormente buscando formas de reinserir o enfermo na sociedade; esse trabalho teria a finalidade de desenvolver as habilidades pessoais e sociais dos principais envolvidos no processo.

### **Análise Transacional**

Para delinear o processo de entendimento do delírio utilizei conceitos da teoria da Análise Transacional, que tem uma filosofia positiva e de confiança no ser humano, acreditando que todas as pessoas nascem com capacidade de alcançar seu potencial e sua autonomia.

Essa teoria apresenta o conceito de Estados de Ego, que são formados de pensamentos e sentimentos que se apresentam por meio de comportamentos correspondentes, e cada ser humano possui três tipos de Estados de Ego: a) os que provêm das figuras parentais, seus comportamentos são influenciados por seus progenitores, desempenhando um papel de consciência, denominado Pai; b) o Estado em que o indivíduo analisa objetivamente suas possibilidades é chamado Adulto; e 3) aquele em que o indivíduo carrega em si pensamentos, sentimentos e ações de forma semelhante a que fazia quando criança, chamado Estado de Ego Criança (BERNE, 1988).

A partir desse conceito podemos pensar no delírio como uma verdade absoluta de quem o compõe, criado para justificar certos pensamentos e/ou traumas. Este delírio seria uma construção, inserida em um processo de tentativa de reorganização, devido à instabilidade que este indivíduo possui, das Fronteiras – limites da energia psíquica – dos Estados de Ego.

Segundo James (1986) os padrões de pensamento, aparência e comportamento, refletem a confusão e a labilidade contidas nas Fronteiras "Frouxas". No caso de indivíduos delirantes, o desenvolvimento dos Estados de Ego pode, e geralmente, se dá de maneira normal e adequada, porém devido a conflitos, internos e externos, este indivíduo perde o controle da energia psíquica – Catexia –. Berne (1986) utiliza o termo "Catexia" para denominar o potencial energético dos Estados de Ego. A maior ou menor Catexia de um



Estado de Ego determina a sua maior ou menor dominância sobre as atitudes e comportamentos de cada indivíduo.

O paciente delirante geralmente alterna a Catexia dos Estados de Ego entre a Criança, que cria os delírios; um Pai bastante rígido, e um Adulto que quase não é usado. O Estado de Ego Criança tenta lidar com a desordem do funcionamento mental gerado pela doença, e cria assim um delírio na tentativa de se reorganizar percebendo-o como uma forma de sobrevivência; o Estado de Ego Pai por sua vez, reforça a crença de que as ideias delirantes são reais, fazendo com que o indivíduo tenha convicção da realidade criada. O Adulto, por não ser bem informado, se torna incapaz de contradizer e argumentar com o Estado de Ego Pai. Isto faz com que as Transações fiquem comprometidas.

Berne (1988, p.19) afirma que "uma Transação consiste em um único estímulo e resposta, verbal ou não, e é a unidade da ação social. É chamada de Transação por que cada uma das partes ganha algo dela e é por esta razão que as pessoas se engajam". Desta forma, o comprometimento da Transação se dá pelo fato de que os Estados de Ego não conseguem se comunicar adequadamente, a mensagem emitida não conseguirá ser captada pelo Estado de Ego apropriado, pois a falta de integração, resulta em percepções distorcidas, que são respondidas geralmente pelo Estado de Ego com mais energia psíquica.

Em crise delirante, o indivíduo rompe seus laços com a realidade na tentativa de descarregar a energia gerada pelas percepções internas de emoções e conflitos. Redefinindo assim seu Quadro de Referência. De acordo com Schiff (1986), o Quadro de Referência de um indivíduo é a estrutura de respostas associadas que integram os diferentes Estados de Ego em resposta a estímulos específicos. E a Redefinição, segundo o mesmo autor, refere-se ao mecanismo que as pessoas usam para manter uma visão estabelecida de si próprias, de outras pessoas e do mundo.

Sendo assim o indivíduo irá buscar formas de adaptar-se a nova realidade, utilizando esse mecanismo interno de Redefinição para se defender e ajustar os estímulos que estão fora de seu Quadro de Referência.

Carrozzo (1991) relata a valorização do delírio como uma construção própria e original do paciente psicótico, que deve ser escutado como uma

"tentativa de cura" e não simplesmente ignorá-lo. É preciso então que o psicólogo disponibilize a escuta, para que o indivíduo possa tecer sua história, ainda que delirante. Sem colocar em dúvida seu discurso, mas oferecendo um espaço para que este possa falar sem ser rejeitado.

Schiff et al. (1986) apresenta o conceito de Desqualificação: "um mecanismo interno que leva pessoas a minimizarem ou ignorarem alguns aspectos de si próprias, de outras pessoas, ou a realidade". A pessoa que desqualifica, acredita ou age como se acreditasse que seus sentimentos a respeito de outra pessoa são mais importantes do que aquilo que o outro realmente disse, fez ou sentiu. A Desqualificação do delírio surge como uma medida de proteção psíquica para aqueles, principalmente os membros da família, que estão efetivamente em contato com a realidade, porém ao ignorarem o estímulo e o problema, impossibilitam a concepção de opções para o tratamento do paciente delirante.

Por outro lado, a qualificação do delírio, permite que o mesmo seja avaliado e que seus fragmentos possam ser utilizados para introdução de novos dados da realidade, a fim de mobilizar a Catexia para o Estado de Ego Adulto. Sendo assim, a própria construção delirante servirá como base para uma explicação que o faça reestabelecer a ordem das coisas, e recriar a percepção do mundo e de si mesmo.

Nesses casos, a participação da família no processo terapêutico é de extrema importância; a mesma deverá tomar consciência de quais são as limitações causadas pelo delírio e como lidar para manter o bem estar do indivíduo. De acordo com Berne (1986) o ser humano depende de um fluxo de estímulos, estruturados pelo tempo em que o indivíduo se mantém em contato social, para assegurar sua integridade psíquica; se o fluxo é interrompido observa-se que o Estado de Ego Adulto se desorganiza. Pois suas vivências estarão diretamente ligadas à esta Estruturação de Tempo.

Durante o delírio, o indivíduo pode vivenciar um período de Isolamento, que para Berne (1988) se dá quando as pessoas não se comunicam abertamente, cada pessoa permanece envolta em seus próprios pensamentos. No delírio esse estado é constante, pois o indivíduo não consegue lidar com as questões sociais, por estar envolto em suas questões psíquicas, sendo este um



momento ausente de Carícias. A Análise Transacional utiliza o conceito de Carícias para definir estímulos sociais dirigidos de um ser vivo a outro, e tem como finalidade reconhecer sua existência e importância, e são essenciais para o desenvolvimento físico e emocional (KERTÉSZ, 1987).

A dificuldade do paciente após este momento de crise é conseguir se reorganizar socialmente, com suas verdades absolutas e crenças alteradas. Essa reestruturação inicia-se quando o indivíduo consegue sair do processo de Isolamento e passa a estruturar seu tempo através de Rituais - interações estilizadas - que são completamente previsíveis, fornecem pouca informação, sendo mais sinais de mútuo reconhecimento.

Nos Rituais as Carícias recebidas são de pouca potência, e visam manter relacionamentos superficiais. Nas relações de pacientes delirantes e suas famílias, essa forma de estruturar o tempo persiste como uma maneira de manter uma interação social, até que percebam a necessidade de ampliar o convívio, através de conversas sobre assuntos banais.

James (1975) define este tipo de conversas como Passatempos, nos quais as pessoas poderão trocar opiniões sem nenhuma relação com os fatos e divertir-se, sendo esta uma forma das pessoas passarem tempo juntas e a oportunidade de se analisarem para um posterior envolvimento em Jogos ou Intimidade.

Quando se introduz dissimulação na situação, o Passatempo torna-se um Jogo Psicológico, que são Transações repetidas e com uma motivação oculta, que possuem um Desfecho definido e previsível (BERNE, 1977). Por haver uma fragilidade no processo de socialização do indivíduo, os Jogos podem ocorrer com uma maior frequência, pois o indivíduo que dá origem aos Jogos aproveita-se dos temores para manipular a situação, o que pode ser estressante o suficiente para desencadear uma nova crise.

Neste caso o delírio pode conter teores ligados às crenças, valores e principalmente preconceitos advindos do contexto familiar, dando início a situações traumáticas que podem desencadear novas construções delirantes. A reorganização desse processo será feito através da intervenção terapêutica.



## Intervenções Psicológicas

O trabalho do psicólogo é promover o contato do indivíduo com o que lhe pertence internamente e permitir que este fale de suas conquistas em relação aos delírios, fazendo-o perceber que o essencial é o ser humano e não a doença (MIELKE, 2011). A Análise Transacional utiliza seus mecanismos para entender o funcionamento do delírio, mas não mantém seu foco exatamente na doença; embora os sintomas não devam ser ignorados ou negligenciados, pois são as barreiras impostas por estes que permitem pensar em quais intervenções seriam mais adequadas.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde em 1986, apresenta na Carta de Ottawa a definição de Promoção de Saúde:

(...) processo de capacitação para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (...). Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Desta maneira a visão terapêutica deve estar voltada para a valorização dos aspectos subjetivos e da integralidade do indivíduo, os efeitos terapêuticos superariam a remoção de sintomas e a adaptação à realidade. Pode-se pensar então na recuperação da autonomia do paciente.

Segundo as lições de Berne (1977) autonomia é caracterizada pela recuperação das capacidades: de consciência, espontaneidade e intimidade. Tais características demonstrariam a liberação de estados delirantes com maior gravidade.

Berne (1977) desenvolvendo a ideia de autonomia conceitua consciência como a capacidade do indivíduo construir o significado de maneira própria, vivenciando o aqui e agora. A espontaneidade representa a liberdade para experimentar novos sentimentos, diferentes àqueles que aprendeu. Por fim a intimidade é concebida como a interação com outros indivíduos, permanecendo assim, aberto a novas interações íntimas.

O conceito de autonomia vem sofrendo vários questionamentos desde a Reforma Psiquiátrica, neste contexto Santos et al. (2000) discute que "uma concepção possível para autonomia seria pensá-la como o momento em que o sujeito passa a conviver com seus problemas de forma a requerer menos dispositivos assistenciais", conseguindo lidar com suas relações, seus aspectos emocionais e afetivos, e recuperando seus laços sociais, antes fragilizados.

A autonomia se dá na medida em que o indivíduo consegue resgatar suas potencialidades e responsabilizar-se por suas vivências e relações interpessoais. Desta forma conseguirá utilizar a Estruturação do Tempo de maneira mais adequada, e através de atitudes assertivas, receber Carícias positivas. Podendo assim, usufruir do contato social através da Intimidade.

Para tanto, é necessário que ocorra uma reabilitação psicossocial. Esta, por sua vez, é entendida como um conjunto de ações que visam aumentar as habilidades sociais da pessoa, que são definidas como comportamentos de um indivíduo, para expressar sentimentos, atitudes, opiniões ou direitos, de um modo adequado a situação, respeitando os demais (CABALLO, 1986).

A Análise Transacional possibilita que o indivíduo compreenda seus sentimentos e comportamentos, e de maneira assertiva possa se relacionar de acordo com cada situação, favorecendo assim, a reabilitação psicossocial do indivíduo.

Esta ação exige a disponibilidade da convivência para o desenvolvimento de interações, sendo necessário envolver todos que fazem parte do processo, além do indivíduo, os familiares, profissionais da saúde e a comunidade. Esse processo também deve contemplar diversos ambientes e momentos da vida, como: casa, trabalho, lazer e outros. Isso permitirá a constituição e fortalecimento de novos vínculos, ampliando sua rede social.

Contemplar todos estes aspectos é importante para ressaltar a necessidade de transformações e proporcionar um ambiente para que o indivíduo vivencie suas potencialidades, e assim, enxergue sua capacidade de colaborar subjetivamente com as construções históricas da sociedade.



## **Considerações**

A reforma psiquiátrica introduziu no campo da Saúde Mental a noção de cidadania, contemplando os direitos do paciente. As ações desenvolvidas com pacientes delirantes deverão ser centradas na busca de um bem estar biopsicossocial, humanizando o processo psicoterápico, a fim de reinserir o paciente em seu meio social.

O presente trabalho proporciona um novo olhar sobre o delírio através dos conceitos da Análise Transacional. Defende a observação da formação e desenvolvimento dos mecanismos de delírio, com finalidade de conduzir uma intervenção integral.

Ao compreender o conceito de delírio, suas características e diferenciações, pode-se pensar o movimento psíquico feito pelo indivíduo perante a realidade, com suas construções simbólicas e ideológicas. Assim, o paciente deve ser valorizado por sua interpretação dos estímulos externos.

Afirmando que o indivíduo precisa ser reconhecido como autor da própria história, pretende redimensionar as práticas clínicas para que as características do paciente não se percam pela simples desconsideração do delírio, ao acreditar serem ideias falseadas e inacessíveis.

Um sujeito social capaz de alterar e dar novos significados a sua realidade deve ser o ponto de partida para a formulação das práticas de intervenção. O trabalho terapêutico visará a reestruturação de sua personalidade, dando ênfase a construção delirante, como uma tentativa de reorganizar sua subjetividade, sendo possível assim, que este indivíduo tenha consciência de suas capacidades; espontaneidade ao se expressar e intimidade em suas interações sociais, caminhando rumo à autonomia.

O trabalho do psicólogo com pacientes delirantes leva a mudanças de perspectivas da prática psicológica, desafiando-o, ao exigir um conhecimento que vai além da realidade. Os conhecimentos teóricos aqui discutidos possibilitam que os profissionais da saúde utilizem estes em sua prática cotidiana, pautada no respeito ao outro e na valorização do ser humano.



## Referências:

- APPELBAUM, P. S. et al. **Dimensional Approach to Delusions: Comparison Across Types and Diagnoses**. Am J Psychiatry 156:12, 1999.
- BERNE, E. **Os jogos da vida**. Rio de Janeiro: Artenova, 1977.
- \_\_\_\_\_. **Análise Transacional em Psicoterapia**. São Paulo: Summus, 1986.
- \_\_\_\_\_. **O que Você Diz Depois de Dizer Olá?**. São Paulo: Nobel, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CABALLO, V. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 1986.
- CARROZZO, N. L. Campo da criação, campo terapêutico. In: Equipe de acompanhantes terapêuticos do hospital-dia a casa (Org.) **A rua como espaço clínico: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: Escuta, 1991.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.9, n.2, abr. 2001.
- JAMES, M. **Nascidos para vencer: análise transacional com experiências Gestalt**. São Paulo: Brasiliense, 1975.
- JAMES, M. **Diagnose e tratamento de problemas de fronteiras dos Estados do Eu**. TAJ 16-3. 1986.
- JASPERS, K. **Psicopatologia geral**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979. In: DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- KERTÉSZ, R. **Análise transacional ao vivo**. São Paulo: Summus, 1987.
- MIELKE, F. B. et al. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, out. 2011.
- PAIM, I. **Curso de Psicopatologia**. 11.ed. São Paulo: EPU, 1993.
- RAUBER E SOUZA, V.; MARIANO, R. Reforma psiquiátrica: a atuação dos grupos contrarreformistas na arena política em saúde mental no Rio Grande do Sul. **V Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação**. PUCRS, 2010.
- SANTOS, N. S. et al. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília: v.20, n.4, 2000.
- SCHIFF, J. et al. **The Cathexis Reader: Transactional Analysis Treatment of Psychosis**. Harper and Row, New York, 1986.
- TENÓRIO, F. A. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 80 ai duas atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde**. Manguinhos. 9(1), 25-29, 2002.