

A ancoragem no caminho da psicose: um estudo clínico do uso de atividades e sua compreensão no tratamento de psicóticos.

Autora: *Sonia Maria Leonardi Ferrari*

Terapeuta Ocupacional com especialização em Saúde Mental pelo CETO, e especialização em Coordenação de Grupos e Análise Institucional pelo Instituto "A Casa". Diretora do CETO e diretora científica do Instituto "A Casa".

Endereço: *Rua Fradique Coutinho, 1945 cep: 05416-002 São Paulo- Brasil*

Resumo: *Dentre as novas psicoterapias desta década, a Terapia Ocupacional ocupa um lugar importante enquanto técnica de intervenção para pacientes psicóticos. O objetivo desse artigo é dar essencialmente uma pequena retrospectiva histórica da Terapia Ocupacional e introduzir algumas formulações pessoais e referências teóricas que a autora utiliza em seu trabalho. Finaliza com um caso clínico para melhor ilustrar os conceitos.*

Palavras-chaves: *terapia ocupacional, psicose.*

com o objetivo de distrair e acalmar aquele que era considerado louco.

Esse quadro se modifica, com o trabalho de Luis Cerqueira que, a partir de 1960 até meados de 1980, instituiu a socioterapia, dedicando-se a difundir e implantar propostas de modernização na assistência psiquiátrica, desvinculadas do arcaísmo e dos métodos repressores vigentes. Isto se dava através da criação de serviços extra-hospitalares de atenção à saúde mental, e da flexibilização das estruturas do hospital psiquiátrico tradicional. Criticava esse modelo que, até o momento, só contava com uma única opção assistencial, assim como sua ineficácia, vista como produto de uma ilusão, uma vez que "um único método atendia à doença e ao doente, sem sair do modelo exclusivamente médico, sem fazer concessões aos enfoques psicológicos e/ou sociais ou mesmo a modelos integrativos"¹. Enfatizava também que "drogas podem curar doenças, mas quem pode curar doentes é a terapia ocupacional e as socioterapias"².

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional deveria ser aceita como um princípio diretor e o hospital psiquiátrico concebido, acima de tudo, como praxiterápico e só depois médico-clínico. Numa escala evolutiva, a Terapia Ocupacional seria o elo inicial que conduziria à comunidade terapêutica. Para tanto, seria necessário que o praxiterapeuta soubesse manejar adequadamente, além das atividades, a relação transferencial intra-equipe e com os pacientes, sendo este aspecto para Cerqueira a base da comunidade terapêutica. Considerava a praxiterapia como o lugar privilegiado para o acontecimento de "encontros", defendendo, portanto, a importância de que qualquer candidato a profissional, dentro da área psiquiátrica, iniciasse sua formação nesse setor. Para ele, essa iniciação era um verdadeiro teste vocacional, pois tinha dúvidas de que "aqueles que

1. Retrospectiva histórica.

Estudando o processo de desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil, constata-se que o surgimento do trabalho e do lazer, como formas de intervenção psiquiátrica, ocorreu no processo de institucionalização da loucura. Nesse momento, a necessidade de exclusão, de confinamento e normatização eram os princípios fundamentais da assistência ao doente mental. Nesse panorama, as atividades propostas aos internos cumpriam com os mais diferentes objetivos: normalização do comportamento, regulação do espaço asilar, manutenção e sustentação econômica da instituição e por fim, ocupação do tempo livre, através de atividades recreativas, sempre

não tolerassem este cotidiano pudessem se tornar bons especialistas”³.

Em 1991, a terapeuta ocupacional Jô Benetton, publica o livro “Trilhas Associativas - Ampliando Recursos na Clínica das Psicoses”. Trata-se do resultado de anos de estudo e pesquisa sobre a clínica da Terapia Ocupacional, chegando a alguns pressupostos de grande importância para seu direcionamento e entendimento. Propõe a “composição de uma trilha associativa num campo transferencial”, trabalho feito em conjunto entre terapeuta e paciente cujo objetivo é correlacionar fatos, objetos e pessoas, através das atividades feitas pelo paciente. Estas são revistas “em busca de lugares comuns, de semelhanças e diferenças, de identificações e nomeações, de tal forma que façam parte de um todo historicamente composto nessa relação”. Inscreve a Terapia Ocupacional no “jogo da comunicação”, que se estabelece na “articulação entre manifestação do desejo, ação desempenhada do doente ao trabalhar, e na expressão contida na atividade artística”. Redimensiona vários aspectos da Terapia Ocupacional, ao sugerir a dinâmica existente na relação terapeuta - paciente - atividade, que constitui o “campo transicional”, a “zona intermediária de experiência” entre o “de dentro e o de fora”, entre o “eu e o “não eu”, através da perspectiva de Winnicott. Nessa orientação, a precariedade do paciente psicótico de apreender o real não lhe permite ter um acesso completo a essa área intermediária. Oscila entre uma completa indiscriminação entre realidade interna e realidade externa e alguns momentos onde pode entrar numa relação lúdica com o outro. Qualquer que seja a precariedade dessa área intermediária, o paciente psicótico não investirá nessa área do jogo a não ser que o terapeuta ocupacional seja capaz de jogar.

A contribuição de Cerqueira, sua reformulação e mudança do significado do uso de atividades como recurso terapêutico, sua afirmação de que a Terapia Ocupacional era um tratamento psicológico e a importância que dava ao trabalho em equipe, tudo isso faz considerá-lo o introdutor da Terapia Ocupacional dinâmica no Brasil, no âmbito institucional. Seu olhar, complementado, ampliado e

aprofundado clínica e teoricamente por Jô Benetton, é a base para se pensar hoje a Terapia Ocupacional desde um referencial dinâmico. A prática clínica que apresentarei a seguir está fundada, essencialmente nessa orientação.

2. Clínica das Psicoses e Terapia Ocupacional

As formulações que apresentarei foram elaboradas não somente a partir de um corpo teórico, mas sobretudo inspiradas na prática clínica, que venho desenvolvendo há 18 anos no Hospital-Dia do Instituto “A Casa”, com grupos de Terapia Ocupacional compostos por pacientes psicóticos e/ou neuróticos graves.

Para François Perrier, “o relato de uma psicoterapia de esquizofrenia é primeiramente o testemunho de uma aventura; aventura de um clínico às voltas com o enigma da psicose, sua própria concepção da psicanálise e as reações de sua personalidade”⁴. Segundo ele, trata-se de uma situação um tanto precária, para aquele que tem que enfrentar o desafio de ser, ao mesmo tempo ator e participante de um modo de cura, sem que com isso se transforme no instrumento da causa psicótica.

Dessa forma, é importante pensar num ativismo terapêutico inicial necessário, cujo objetivo é a instauração de um campo, onde a dualidade possa ser vivenciada com uma experiência possibilitadora da entrada do simbólico, sem as marcas do terror do reencontro com uma situação de perda de si mesmo e do outro. O terapeuta não é, nesse processo somente o provedor, administrador ou catalisador das relações afetivas, mas também aquele que promove a recriação ou até mesmo a criação do mundo do psicótico.

O encontro com o psicótico demanda, por parte do terapeuta, um compromisso pessoal, tendo que suportar a “insegurança na pesquisa por terras desconhecidas”⁵. Compromisso que deve ser encorajado como “motor da ação terapêutica”⁶. Nesse encontro, o terapeuta se depara com alguém que não tem posse de sua história, que na ausência de

um discurso próprio repete um discurso familiar, único que lhe foi dado, impossibilitado de conhecer e contar sua origem. Falas incompreensíveis, modelos relacionais aprisionantes, o sofrimento do enclausuramento nos delírios, nas alucinações e na solidão, a busca desesperada de um sentido para si, para sua origem, uma história em pedaços, caminhos interrompidos, algumas tentativas de reconstrução, na maioria das vezes sem êxito.

A desarticulação, dissociação e fragmentação aparentes em seu discurso, que muitas vezes impedem o estabelecimento de uma ponte de comunicação verbal, também se denunciam no fazer desses pacientes:

impossibilidades de concretização, estereotípias, produções muitas vezes despossuídas de um sentido próprio, desconectadas de seu desejo.

O que modifica esse tipo de produção é a entrada do terapeuta. Este pode intervir, criando um campo propício ao surgimento de formas e conteúdos expressivos, que podem adquirir um novo sentido, uma vez que são escutados de maneira inédita.

Tratar psicóticos é aceitar o convite para uma viagem onde não há como ter um roteiro préestabelecido; onde ser estrangeiro é a marca dos dois viajantes (um em relação ao mundo do outro); onde o terapeuta (aquele que se oferece a acompanhar o paciente nessa viagem) tem que ter um gosto pelo inusitado, uma certa paixão pela aventura. Nessa incursão ao desconhecido, o terapeuta ocupacional leva em sua bagagem de viagem, além do seu corpo, sua história e suas marcas, uma ferramenta a mais, que marca um diferencial em sua prática.

Essa ferramenta é a atividade, da mais simples a mais complexa, que deve ser utilizada na tentativa de instaurar um campo onde a expressão, a informação e a comunicação, se tornam os elementos fundamentais na constituição do vínculo terapêutico. Deve, porém, conhecer e dominar materiais e atividades a fim de poder, em determinados momentos, a partir do conhecimento da técnica, instrumentalizar o paciente para que este tenha a oportunidade de vivenciar acontecimentos e entrar em contato com conteúdos expressivos inacessíveis

até o momento. É nesse contexto que, o terapeuta ocupacional sugere materiais, indica atividades, faz intervenções na própria atividade do paciente. Isto se dá não somente com o objetivo de estimular a expressão e a comunicação de um mundo interno conturbado, mas e principalmente com o intuito de incentivar a experimentação de novas formas do fazer, de criar, de captar o mundo, trocar, relacionar-se com a sua própria produção e com os outros. Além de tudo isso, os aspectos de construção inerentes às atividades, (início, realização e término), facilitariam a vivência de processo, experiência também inédita no universo psíquico desses pacientes.

Essas indicações de atividades, que o terapeuta faz para o paciente ou para um grupo, ou as intervenções feitas na própria atividade que está sendo realizada, podem ser consideradas ações interpretativas, possuidoras de um valor ou de uma função interpretativa. A partir da leitura, do entendimento ou do mapeamento que o terapeuta faz de um acontecimento individual ou grupal, este pode fazer uma interpretação que não é comunicada de forma tradicional, mas traduzida para o paciente ou para o grupo sob a forma de uma intervenção. Quando a criação ou a vivência de uma cena ou imagem, ou a expressão de algum conteúdo através da atividade se torna impossível, busca-se com uma ação possibilitadora a produção de algum sentido, saída, movimento, ou seja, desobstruir fluxos interrompidos nesse processo. É na validação, por parte do terapeuta da circulação por alguns aspectos que emergem nesses momentos, que está a tentativa de produzir alguma transformação que permita a entrada do novo.

Um árduo trabalho: sugerir, intervir nas atividades, com o cuidado de não compreender apressadamente o que pareceria indecifrável; não nomeando, antecipadamente, aquilo que pode se transformar em algum momento num tipo de diálogo, constituído a partir de diferentes códigos comunicacionais ou de diferentes linguagens. O terapeuta deve manter os seus sentidos aguçados e abertos a tudo o que de desconhecido e de fundamentalmente próprio ao psicótico está para ser descoberto, para que, então, uma intervenção possa funcionar como uma ação interpretativa.

Essas ações só podem adquirir um sentido quando o campo terapêutico está instaurado, o vínculo estabelecido. Assim, o terapeuta interpreta e traduz, dentro da história que ele tem do indivíduo e/ou do grupo, ou ainda da ficção que vai construindo, na tentativa de significar produção e produto, à procura de uma nova metáfora.

Pensando na imagem da viagem a dois, proposta para se pensar o tratamento de psicóticos, transposta para um grupo de terapia ocupacional, teríamos diferentes viajantes com diferentes histórias de vida, na maioria das vezes, caóticas. Escolhem, ou são escolhidos por um ou dois terapeutas como companheiros dessa viagem, que carregarão, em suas malas, todos os materiais e ferramentas necessários para a realização de alguma viagem. Uma excursão onde cada um quer ir para um lado ou para lugar nenhum, ou não sabem como, nem para onde ir.

A introdução de atividades num grupo amplia a possibilidade de comunicação, expressão de conflitos inconscientes, permitindo ao paciente e/ou ao grupo a criação e a vivência de cenas e imagens, que a estrutura e dinâmica espontâneas de um grupo verbal não oferecem. Processos identificatórios e projetivos são desencadeados pelo fazer, seu conteúdo, seu produto. As atividades podem fraturar o discurso manifesto de palavras, gestos, ações estereotipadas que ocultam a emergência inconsciente.

Penso que a função de um coordenador de grupos de terapia ocupacional com psicóticos é, num primeiro momento, investir na instauração desse campo, onde o paciente vivencie uma dualidade possível, introduzindo atividades que facilitem sua criação, servindo de base, de substrato, para que o paciente possa participar de um processo grupal, ampliando seu universo relacional. É necessário que se ofereçam múltiplas possibilidades transferenciais e de realização de encontros. Nesse sentido, um grupo, coordenado por mais de um terapeuta, vai ajudar o paciente em suas escolhas, o estabelecimento de diferentes vínculos. É nessa riqueza que está o terapêutico: a possibilidade de construção de uma história composta de diferentes capítulos e experiências vinculares, que se complementam na

construção de um todo não mais indiscriminado.

O lugar do terapeuta ocupacional, na coordenação desses grupos, é portanto bastante delicado. Exige deste uma grande possibilidade de escuta, observação, de poder transitar por idéias, cenas, imagens e ações aparentemente desconexas, aproximando-se e afastando-se dos acontecimentos produzidos no e pelo grupo. É preciso esperar o momento exato de intervir, de permitir que um paciente trilhe um caminho próprio no grupo, lidando com os efeitos que isso pode causar nos outros integrantes, ou o momento de intensificar vivências que são lidas e entendidas como acontecimentos do grupo como um todo. Atento para fazer uma conexão, produzir um sentido. Como se o terapeuta, nesses momentos, fizesse o trabalho de edição de um filme, associando ou justapondo cenas isoladas que podem então adquirir um sentido; colocando legendas onde não há diálogos, nem mesmo palavras; ou uma trilha musical que pode servir de eixo condutor ou pano de fundo para a compreensão de uma história que está sendo contada, construída e partilhada pelo grupo.

3. Um caso clínico.

A partir de um exemplo clínico de um grupo de terapia ocupacional, alguns desses aspectos ficarão claramente ilustrados.

Trata-se de um grupo, composto por oito pacientes e coordenado por dois terapeutas. O processo se inicia, quando uma das pacientes trabalhava sua alta, outra participava pela primeira vez do grupo, e outro retornava de um afastamento de um mês decorrente de uma cirurgia.

Essa nova configuração do grupo trazia um certo desconforto, um clima um tanto tenso. Num determinado momento, um dos pacientes - o que mais faltava, por ter grandes dificuldades de concretizar qualquer projeto, porém com excelentes idéias - propôs ao grupo que pusessem "a mão na massa", que fizessem algo de peso e juntos. A paciente, em processo de alta, ofereceu ao grupo

um material do qual gostava muito, que trouxera já há algum tempo, sem ter conseguido utilizar. Eram dois manequins de mulher feitos de plástico, trazidos de uma loja de lingerie: dois troncos de mulher sem cabeças, braços, pernas e ossos. Seu projeto anterior era juntá-los para fazer uma mulher com dois corpos, um jovem e outro envelhecido, mas não pudera concretizá-lo.

Os pacientes, entusiasmados com a sua proposta, começaram a tomar posse do material, brincando e tocando nos corpos. O paciente, que havia dado a idéia, assustou-se diante dos dois corpos de mulher nus, dizendo que seria muito perigoso mexer neles, afastando-se um pouco da cena, mantendo-se à distância, mas atento ao que acontecia. Várias perguntas iam surgindo sobre o que poderiam, afinal, fazer com aqueles dois corpos: duas mulheres grudadas, duas mulheres separadas ou uma mulher e um travesti.

Uma paciente, frente à inquietação surgida no grupo, tentou tranquilizar-se e tranquilizá-los, dizendo que poderiam fazer um homem e uma mulher. Calma momentânea, pois a questão que surgiu a seguir era bem mais angustiante: "Seria possível transformar o corpo de uma mulher no de um homem?" "É simples", disse um dos pacientes, "é só cortar os seios".

As mulheres ficaram horrorizadas, protestaram e não permitiram. Nesse momento, a coordenação legitimou as tentativas e a necessidade do grupo de experimentar construir dois corpos discriminados, o de um homem e o de uma mulher, sem sofrerem amputações ou desmembramentos. Os coordenadores disseram aos participantes que, se quisessem transformar um dos manequins num corpo masculino, poderiam fazê-lo, recobrando os seios com a técnica de papier-machê, criando assim, um tórax mais forte, mais másculo.

O grupo se sentiu aliviado, pois aquele personagem não precisava ser um travesti, tampouco era necessário extirpar seus seios para que ele se transformasse num homem, percebendo nesse momento que era possível construir e criar sobre os manequins de plástico. Os pacientes foram se organizando, escolhendo o que cada um iria fazer;

quem iria cuidar do homem e quem iria cuidar da mulher; como e quem seriam esses personagens.

Três pacientes mulheres começaram a trabalhar no corpo da mulher. Uma de sua cabeça, outra da pintura de seu corpo e a terceira dos adornos. O manequim nu foi pintado de uma forma bastante sensual por uma das pacientes que, até o momento, falava pouco de sua sexualidade e que em suas construções delirantes dizia querer tornar-se freira. Pintou um biquini ousado, deixando um dos seios à mostra, e com a ajuda de outra paciente, fez correntes para colocar na cintura, colou purpurina dourada no resto do corpo, recobrando-o depois com um véu transparente azul. A cabeça foi feita por outra paciente, o rosto, maquiado, recebeu brincos, óculos escuros, e uma peruca feita de papel laminado colorido. Braços e pernas foram feitos com meias de nylon preenchidas com algodão. Colocaram luvas, pulseiras, anéis; e nos pés, sapatilhas bordadas com lantejoulas.

O envolvimento das mulheres na construção desse corpo sensual, bonito, delicado, adornado e muito feminino, foi trazendo-lhes grande satisfação, mas, ao mesmo tempo, criou uma nova dinâmica entre elas, pois competiam e disputavam para ver quem sabia mais como era o corpo de uma mulher, quem conhecia melhor o feminino.

Paralelamente, ocorria a árdua construção do corpo do homem que envolvia o difícil processo de transformação. No corpo da mulher só as mulheres trabalharam, mas, no corpo do homem, era preciso muita ajuda.

Depois dos seios recobertos e dos incessantes pedidos das mulheres para que os homens participassem mais, que afinal ajudassem a dizer como era o corpo de um homem, eles começaram a aproximar-se. Um, timidamente, e o outro, que sofrera a cirurgia, pôde então falar de sua dificuldade de reintegrar-se nesse grupo e nesse projeto. Seu corpo ainda estava sensível, sentia algumas dores, e mexer num outro corpo o assustava. Com a ajuda de uma terapeuta, começou a cuidar da cabeça do homem, fazendo uma vasta cabeleira loira, dizendo ser a que ele gostaria de ter, pois era calvo.

No decorrer desse processo de transformação/criação do corpo do homem, foram surgindo questões relativas à necessidade de fazerem, assim como o corpo da mulher, um corpo exposto. Para tanto, precisariam fazer um pênis, proposta que o grupo todo rejeita, optando por vesti-lo. Fazer toda a transformação naquele momento parecia marcar novamente o impossível para aqueles pacientes, limite que foi validado pela coordenação.

Começaram a pensar em como vesti-lo e quem seria esse personagem. A resposta veio rapidamente: era um surfista que ganhou bermudas coloridas, camiseta pintada, tênis, cabelos loiros e óculos escuros.

Enfim estavam prontos. Foi um projeto muito longo, que durou muitas sessões de grupo. A paciente que estava em processo de alta teve esta adiada em função desse projeto. Ela pôde, enfim, através dessa atividade retomar e resignificar algumas questões referentes ao seu corpo, ao seu processo de envelhecimento e à sua feminilidade. Foi uma atividade muito trabalhosa para todos e um grande desafio.

Os terapeutas, curiosamente, acabaram encarregando-se dos braços e das partes de sustentação dos corpos: pernas e a sua fixação em bases que fizessem com que ficassem em pé. Função que propiciou aos pacientes que circulassem pelas outras partes dos corpos, e que através dessa atividade, construíssem um novo corpo do grupo, respeitando suas singularidades.

O paciente que havia dado a idéia só conseguiu retornar no final do projeto. Afinal havia dado certo, e ele pôde, então, ajudar as bases de sustentação dos corpos.

E os nomes? Inúmeras sugestões, várias votações. Vencem Rick, o surfista e Barbarella, a mulher do futuro, um casal. Decidiram que seriam colocados numa sala, na entrada da Casa, onde todos pudessem vê-los. Corpos em exposição.

Um produto do grupo, que passa a ser também da instituição, pois os outros pacientes da Casa passaram a completar os corpos, colocando mais detalhes: um cigarro ou uma xícara de café na mão de Rick, e a outra colocada, ora apoiada em um dos seios de Barbarella, ora em seus quadris. Às vezes o casal era

separado, ou então tinham seus corpos entrelaçados num abraço.

Nesse projeto circularam tentativas de discriminação, afastamento e aproximação, ressaltando questões da sexualidade, tanto dos homens como das mulheres. O sexo do homem fica escondido sob suas vestes, apesar da aparência bastante viril. A mulher é toda sensualidade e tem o corpo de uma Barbarella, referenciada pelo filme: uma mulher bonita, sensual, do futuro. Só se esqueceram, ou não puderam mencionar, ou entrar em contato, com o fato de que Barbarella não é uma mulher deste planeta, não sabendo a princípio como era o encontro de uma mulher e um homem humanos.

Fenômenos projetivos e identificatórios se multiplicaram através desse projeto, sendo possível para os pacientes a criação e a vivência de cenas que talvez não surgissem em outras estruturas de funcionamento grupal.

A circulação por todos esses conteúdos só ocorreu porque nesse grupo já fora criado um campo de confiança, que possibilitou que os pacientes expressassem, experimentassem, brincassem, se confrontassem com questões referentes à sexualidade, suas identidades, seus corpos, suas dúvidas, de uma forma mais livre, que permitiu que esse projeto se concretizasse, que os corpos fossem construídos e até expostos.

Isso demonstra a importância do uso de atividades enquanto um dos recursos terapêuticos de excelência no tratamento das psicoses.

Essa abordagem, é uma parte de um todo, formado pela multiplicidade de olhares e intervenções que constituem a equipe interdisciplinar, elemento imprescindível, quando se pensa em tratar psicóticos. Esta é constituída por diferentes profissionais: psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, assistentes sociais, acompanhantes terapêuticos e terapeutas ocupacionais que, com suas especificidades unem-se na construção de novos saberes, que se complementam e potencializam as ações terapêuticas, restabelecendo a ponte entre o paciente, sua família e o social.

Notas:

1. Cerqueira, L.-*Psiquiatria Social-Problemas Brasileiros de Saúde Mental*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1984, p.115
2. Cerqueira, L.- op.cit. p.115
3. Cerqueira, L.-*Pela Reabilitação em Psiquiatria*.S.Paulo,1972,p.49
4. Perrier, F. -*Evolution Psyquiatrique*. N.2, Paris, 1958 p.421
5. Perrier, F.- op. cit. p.424
6. Perrier, F. -op.cit. p.424

Referências Bibliográficas:

1. Aguirre,B.e Ferrari,S.M.L. - Aspectos do funcionamento da clínica de grupos e sua especificidade na Terapia Ocupacional.Boletim de Psiquiatria , vol 22-23, São Paulo, 1990
2. Ambrósio, B.N.- *Loucura, Trabalho e Ordem - O Uso do Trabalho e da Ocupação em Instituições Psiquiátricas*.Dissertação de Mestrado, PUC-SP. ,1991
3. Aulagnier, P.- *O aprendiz de historiador e o mestre feiticeiro: do discurso identificador ao discurso delirante*. São Paulo, Ed. Escuta, 1989.

4. Benetton, M.J.-*Trilhas Associativas- Ampliando Recursos na Clínica das Psicoses*. São Paulo, Lemos-Editorial, 1991.
5. Bourdin, M.A. -*L'ergothérapie: un des cadre de jeu proposé aux patients psychotiques*. Journal d'Ergothérapie, Paris, 1988.
6. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia "A Casa", org - *A rua como espaço clínico*. São Paulo, Editora Escuta, 1991
7. Ferrari, S.M.L.- *O nascer das palavras através do fazer*. Revista de Terapia Ocupacional-USP, vol 2, São Paulo, 1991.
8. O'Donnell, P. - *La Teoria de la Transferencia en Psicoterapia Grupal*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1977.
9. Perrier, F.- *Evolution Psyquiatrique*. 2. Paris, 1958.
10. D.W.- *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1975.

Sonia Maria Leonardi Ferrari