

Encontros fragmentados com uma pessoa sem história

Fragmented meetings with a person without history

Diana B. GARCIA

Graduanda em Terapia Ocupacional da UFSCar.

Trabalho realizado no Hospital-dia do Instituto de Desenvolvimento e Pesquisa da Saúde Mental e Psicossocial "A Casa".

Resumo

Este artigo apresenta um relato de experiência de um estágio profissional em Saúde Mental em Terapia Ocupacional, no Hospital-dia do Instituto "A Casa". Descreve sobre os encontros de uma estagiária com um paciente esquizofrênico: os caminhos percorridos, os sentidos buscados, as reflexões e mobilizações surgidas. Trata-se de um processo terapêutico ocupacional que ocorreu fora do tão conhecido setting da Terapia Ocupacional ? a mesa de atividades ?, no qual algumas ações possíveis foram utilizadas a fim de se estabelecer um vínculo e oferecer ao paciente atenção e cuidado especiais.

Palavras-chave: terapia ocupacional, saúde mental, psicose.

Abstract

This article presents an experience report of a professional training in Occupational Therapy's Mental Health, in the Institut "A Casa" Day-Hospital. It describes about the meetings of a trainee with a schizophrenic patient: the ways gone through, the senses looked for, the reflections and mobilizations emerged. It's a occupational therapeutic process that occurred outside of the knowon setting of Occupational Therapy ? the activities table ?, in wich some possible actions were used to set up a link and to offer to the patient special attention and care.

Key words: occupational therapy, mental health, psychosis.

Introdução

Este relato refere-se a uma experiência que tive durante o estágio profissional em saúde mental no Hospital-dia do Instituto "A Casa" no segundo semestre de 2004, no qual colaborou em muito para a minha formação profissional.

O Hospital-dia "A Casa" é um lugar no qual a

interdisciplinaridade é exercida, onde há encontro com outros saberes e discursos. O trabalho com grupos é o dispositivo escolhido para tratamento e a psicanálise é um ponto de encontro entre a equipe para o entendimento da subjetividade humana; portanto a transferência tem um papel fundamental que percorre o tratamento dos que lá frequentam (Ferrari, 2002)².

Início este relato afirmando que o título proposto está inadequado. Não existe uma pessoa sem história. Existe uma pessoa cuja história não lhe pertence, não lhe é apropriada. É o caso deste paciente que vou apresentar, uma pessoa que “anseia” por saber quem é, onde está, quem são as pessoas em sua volta, o que realizou em sua vida, que caminhos percorreu.

Bruno* é um paciente psicótico da “Casa”. Nasceu em 1955, tem 49 anos. Foi internado muitas vezes em vários hospitais psiquiátricos. Aposentou-se por invalidez por volta de 22 anos, quando trabalhava com eletrônica. É alto, magro, cabelo curto, não usa barba, tem o costume de sempre passar a mão no queixo, ficar olhando para os lados e carregar consigo sua carteira de trabalho e outros documentos. B. conversa com os outros praticamente só fazendo perguntas, trazendo questionamentos acerca de si, não sabendo muito bem sobre ele mesmo. Algumas de suas perguntas: “Sou o pai de todos?”; “Você é a minha mãe ou minha irmã?”; “Quem morre volta?”; “Quem tem mais poder: o homem ou a mulher?”; “Quem é mais delicado com o filho: o pai ou a mãe?”; “Sou libanês ou árabe?”. Além dessas questões também traz afirmações, mas em números bem menores: “Eu vim de bicão, meu pai não me queria. Não queria filho homem, já tinha três filhas”. Todas essas palavras dizem algo sobre ele e sua história. Costuma dizer que é pobre, que é inocente, que mora em cortiço e mostra sua carteira sem dinheiro nenhum. Ferrari (1998, p. 252)³ diz que o encontro com um psicótico é um encontro com alguém que não tem posse da sua história, que repete um discurso familiar, onde há muitas vezes a impossibilidade de conhecer e contar sua origem. Há a busca desesperada por um sentido para si, para sua origem, pois a sua história é baseada em pedaços, em caminhos interrompidos. È nesse sentido que olho e vejo B.: uma pessoa que busca

“ansiosamente” sua história.

Por não ter um discurso muito lógico e sempre repetitivo, carregado de muita “angústia”, os próprios pacientes da “Casa” não o suportavam muito. Quando queria dizer algo, ele interrompia o que estava acontecendo naquele momento, e queria falar a qualquer custo, quase sempre sem ter conexão com o que estava acontecendo. Apenas queria ser escutado. E é com este olhar, que B. queria ser acolhido, que fui ao seu encontro.

A Psicose – um breve entendimento

A esquizofrenia (mente cindida) foi designada e descrita por Emil Kraepelin como demência precoce, termo inventado por Morel em 1856, e apontada como um dos processos psíquicos degenerativos ao lado da catatonia e da demência paranóide. Para Kraepelin, o principal problema da demência precoce reside na área da vontade (diminuição até a extinção), afirmando que a zerificação do desejo, revelada nesses sujeitos, predomina. Mas foi Eugen Bleuler que inventou este termo esquizofrenia, e a espalha em 1911, quando publica sua monografia *Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias* (Quinet, 1999)⁷.

Bleuler utiliza o termo esquizofrenia por considerar a dissociação das funções psíquicas uma das mais importantes características. Para ele, os sintomas básicos são os distúrbios das associações, da afetividade, autismo (que para ele significa a perda do contato com a realidade) e ambivalência (Quinet, 1999)⁷.

Já Freud não gostava deste termo e chegou a propor outro – parafrenia- mas que não foi aceito por seus colegas. Mas conservou este termo para nomear a esquizofrenia nos casos em que havia o retorno ao auto-erotismo e a retirada da libido do mundo externo (Quinet, 1999)⁷.

* Nome fictício

A psicose, segundo Freud (1923)⁴, é o resultado de um conflito entre o ego e o mundo externo. O mundo externo governa o ego de duas maneiras: através das percepções atuais e presentes e através das percepções anteriores, que são sob a forma de um “mundo interno”, uma possessão do ego e parte constitutiva do ego. Na psicose, o ego cria um novo mundo interno e externo, que é construído de acordo com os impulsos do id, e o motivo dessa separação do mundo externo é uma frustração extremamente séria de um desejo, por parte da realidade, uma frustração intolerável. Neste trabalho tenso do ego em relação a essa frustração, ele acaba sendo derrotado pelo id e é arrancado da realidade.

Na psicose, a perda da realidade está necessariamente presente, mas a realidade não é apenas ignorada, ela é substituída e recriada (Freud, 1924)⁵. Para Freud, na esquizofrenia, tudo que um observador considera como a própria doença é, na verdade, uma tentativa de cura do sujeito (Quinet, 1999)⁷. Sabemos que as alucinações e delírios são comuns na esquizofrenia e este olhar faz diferença no tratamento de uma pessoa esquizofrênica, no qual pode-se acolher os sintomas como uma manifestação do sujeito e não considerá-los como erro, patologia a ser abolida a qualquer custo.

Relatos sobre B.

Trago aqui alguns relatos de encontros com B., mas não todos em que estive ao seu lado, porque foram muitos. Trago os mais significativos, em que eu estava disposta a ouvi-lo, conhecê-lo um pouco mais e de alguma forma possibilitar um vínculo entre nós, sempre buscando conversar com ele e tentando resgatar a sua história.

B. não fazia parte do meu grupo de terapia ocupacional, mas de outro. Ele participava do grupo de passeio, no qual também participei e o encontrava também pelos corredores da “Casa”. Desde o começo fiquei impressionada com ele, com sua “angústia” estampada

escancaradamente, com sua “ansiedade” que o deixava ainda mais desorganizado. Isto me mobilizou e fui tentando me aproximar dele para que eu pudesse de alguma forma ajudá-lo.

O hospital-dia é um serviço no qual todos seus cômodos e não apenas os grupos terapêuticos são usados para tratamento: corredores, refeitórios, saguão, salas, quintal. Peixoto (2001)⁶ afirma que nos espaços de tratamento alternativo ao manicômio, a terapia é contínua, pois o paciente está sempre em tratamento, mesmo quando isso não ocorre formalmente. Todas as manifestações são inscritas no processo terapêutico.

Nestes espaços alternativos de tratamento em saúde mental – CAPS, NAPS, hospital-dia – há um *setting* muito conhecido da terapia ocupacional - a mesa de atividades. Não acredito que só façamos terapia ocupacional neste *setting*. É claro que este contorno possibilita o uso de atividades, mas a escuta, a fala e algumas ações no contexto da terapia ocupacional em saúde mental são instrumentos utilizados no tratamento em todos os espaços existentes destes lugares de tratamento. Muitas vezes não há possibilidade de o paciente realizar alguma atividade e até permanecer dentro do *setting* da terapia ocupacional, como no caso de B. Outras possibilidades são utilizadas para tanto e são nestes encontros com um paciente que tem enorme dificuldade em concretizar qualquer coisa, em dizer com clareza o que sente, que podemos de alguma forma atingi-lo. São essas ações que tentarei descrever neste relato.

Segundo Ferrari (1998)³, a desarticulação, dissociação e fragmentação que aparecem nos discursos dos psicóticos podem também impossibilitar o estabelecimento de uma ponte de comunicação verbal. Essa fragmentação também é denunciada no fazer desses pacientes, no qual há a impossibilidade de concretização, estereotípias, produções despossuídas de sentido próprio, sem desejo. Para Bleuler (citado por

Quinet, 1999)⁷ na esquizofrenia, não há mais coesão entre palavras de uma frase, o curso do pensamento é interrompido, que resulta em uma fala ilógica e incompreensível.

No início cumprimentava-o, mas ele não respondia. Afinal era mais uma estranha para ele na “Casa”. Após algumas tentativas começou a me cumprimentar, me dando sempre a mão. Isso se deu principalmente depois de nosso “primeiro encontro”. Estava um dia sentada conversando com uma paciente e perguntei se ele queria se sentar conosco, puxando uma cadeira para ele. Para minha surpresa, B. sentou-se. Começamos a conversar, um diálogo iniciado com uma pergunta feita por ele. Acabou contando da sua família, da sua vida. À sua maneira, contou coerentemente, e essa história relatada fez um sentido para ele, tendo ou não acontecido de fato. Disse que seu pai batia nele de cinta, e que ele sofreu muito, que seu pai era policial de dia e que de noite dava aula de história, pois era formado em Direito. Contou que seu pai e sua mãe foram casados por 40 e poucos anos, e que ele tinha morrido havia quatro anos. Seu pai adoeceu e permaneceu no hospital, e B. ficou cuidando dele até ele morrer, fazendo até a sua barba; seu pai tinha sonda pelo corpo todo. Depois contou que sua mãe se casou novamente, com um pedreiro. Logo após retornou dizendo que não, que sua mãe se casou somente uma vez, e que ele morava com a sua mãe. Apesar de ter dito que seu pai batia nele e que era indesejado por ele, um dia observei B. falando para outro paciente que sente muito a falta do pai, que é duro o pai ter morrido, e que se fosse a mãe não iria sentir tanta dor. B. me pergunta se ele já tinha se casado ou namorado com alguém, se tirou a virgindade de alguma mulher. Respondi que não sabia, pois não conhecia a sua vida. Perguntou se eu era casada ou tinha filhos. Perguntei o que achava, e ele disse que eu não tinha anel (de casada no dedo) e que então achava que não.

Ele começou a falar de comida, em como cozinhar

alguns pratos. Neste momento tive uma idéia: anotar em um papel as suas receitas, para possibilitar que ele me ensinasse algo e também para observar a sua organização. Para Desrosiers e Saint-Jean (2000)¹, a atividade fornece ao terapeuta um recurso adaptável para ajudar o psicótico a restabelecer as fronteiras entre o mundo exterior e sua realidade. Perguntei então se ele podia me ensinar, fornecendo as receitas enquanto eu anotaria em um papel. Disse que sim e saí para pegar um papel. Surpreendendo novamente, ele simplesmente me forneceu várias receitas, todas muito bem organizadas, estruturadas e todos os passos das receitas ordenados, ditando para mim passo por passo. Perguntei se um dia ele não queria fazer uma receita dessas na cozinha da “Casa” mas diz que não sabia.

Tomo este dia como o início de uma comunicação, de uma aproximação, que eu sabia que teria que ser investida todas às vezes que tivesse com B. Para Perrier *apud* Ferrari (2002)², apesar de todas as aproximações utilizadas, é somente a partir de um gesto, de uma palavra chave pronunciada que se abre o início do tratamento. Acredito que este momento em que fiquei conversando com o B. e o tratei como uma pessoa que tinha algo para me contar e até me ensinar (as receitas) foi o início de uma aproximação entre nós, a oportunidade de uma conexão ser estabelecida. Segundo Desrosiers e Saint-Jean (2000)¹, o psicótico possui uma limitação de sua capacidade de entrar em relação, e estabelecer uma relação é uma das partes mais críticas, embora seja fundamental para existir o tratamento. Para Racamier (1973) *apud* Saint-Jean e Desrosiers (2000)¹, a continuidade da relação terapêutica é a cada instante ameaçada, visto que o paciente psicótico confronta-se constantemente com o paradoxo de estabelecer um contato com o mundo externo tentando sobreviver à ameaça deste mesmo mundo.

Em um outro dia perguntou-me se eu era sua mãe. Disse que não. B. não gosta quando não damos as respostas

para suas perguntas, ficando nervoso e insistindo até respondermos. Sentamos para conversar. Começou dizendo que eu era bonita, simpática, que ele conseguia ver através das coisas, e percebia essas coisas em mim. Afirmou que eu ficaria bonita de saia, uma saia florida, mas que eu estava bem de calça. Contou que sua casa está em reforma, que está uma zona, tudo destruído. Falei que depois dessa reforma a casa iria ficar melhor. Perguntou-me se era o pai de todos. Perguntou-me também se eu acreditava em outras vidas, em espírito e me disse que via o espírito do pai dele, que ele podia ver as coisas. Vale a pena dizer que a mãe de B. o leva em um centro espírita Kardecista. B. sempre pergunta se quem morre volta. Para mim isto está relacionado ao seu pai, ele quer saber se o seu pai pode voltar.

Neste mesmo dia, mais tarde, estava muito assustado, dizendo que estava desprotegido. Disse-lhe que não estava, pois sua mãe cuidava dele e que ele estava em um lugar em que as pessoas estavam lá para ajudá-lo, para cuidarem dele. Mas ele acabou por me dizer que estava vendo seu pai e sua mãe (seus espíritos), que eles tinham morrido. Isso me diz o quanto B. se sente descuidado, abandonado, não amado e o quanto sofre com isso, parecendo ser insuportável.

Em um outro “encontro”, chego à “Casa” para almoçar e ele me pediu para sentar ao seu lado, na mesa do refeitório, pois queria conversar. Foi o primeiro momento em que ele me pediu para eu sentar ao lado dele. Neste dia eu estava de saia. Ele me falou que eu estava bonita de saia e me pediu para levantar para ver a saia. Perguntei se ele almoçou e me disse que só tomou café. Ele começou a conversar contando coisas da sua vida. Falou que trabalhou bastante com PABX, eletrônica e que podia me ensinar e começou a me falar sobre a lâmpada da sala em que estávamos. Disse que já viajou muito, que pegou estradas e cita nome de várias delas. Falou que fechou vários lugares. Perguntei porquê, e ele me disse que eram casas de prostituição

só de homens, que usavam maquiagens, pois mulher não fazia isso, pois ficava cuidando de casa. Disse que era um advogado, depois disse que não.

De repente disse que queria tomar banho, e me perguntou sobre toalha e sabonete. Ele não tinha toalha. Fomos ao banheiro masculino para vermos se tinha sabonete e me disse que não era para eu estar lá, que era de homem e que era sujo e me explicou onde estava o banheiro feminino. Disse que queria andar e saiu. Falei que eu precisava escovar meus dentes. Ele foi atrás de mim e viu o computador. Disse que queria digitar e começou, mas não digitava coerentemente. Orientei para digitar mais devagar. Disse que queria digitar rápido. O computador, infelizmente, não funcionava muito bem. Começou a digitar muito rápido, mas nada que se pudesse entender. Primeiro ele queria digitar, digitar, como se tivesse muito que dizer para alguém ou para as pessoas. Mas isto travava o computador e eu expliquei isso para ele, e pedi para ir mais devagar. B. assim o fez. Começamos a mexer na internet, expliquei para que ela servia. B. queria colocar palavras como CIA, GESTAPO, tudo o que tinha a ver com a polícia no site de busca, pois queria saber os segredos e ver sua ficha. Achava que essas organizações tinham a sua ficha. Queria também colocar o seu nome, queria saber sobre sua vida, os hospitais em que passou, sua história. Mas o computador não funcionava e B. não conseguiu ver o resultado da sua busca. A busca da sua história. Um outro encontro: B. foi até onde eu estava querendo um papel e uma caneta azul ou preta para escrever uma carta. Entreguei-lhe. Ele queria ficar comigo naquela sala e sentou-se. Perguntei para quem queria escrever, e ele falou que não sabia. Demorou para escrever. Sugeriu então para por a data daquele dia, uma maneira de fazê-lo se situar no tempo e de iniciar a carta. Perguntou-me qual era a data e disse cinco de outubro de dois mil e quatro. Começou a escrever. Disse que iria escrever um documento para as pessoas que queria ajudar. Falei para

melhorar a letra se não ninguém iria entender. Escreveu e depois me deu. Não entendi o que estava escrito e pedi para ler para mim. Ele também não entendeu. Algo relacionado ao pai, a mãe, as irmãs, carro imóvel. Escreveu “abraço” e colocou seu RG. Perguntei se ele estava deixando algum imóvel, alguma casa para alguém, mas disse que não sabia. Perguntei se ele queria ficar com o documento ou queria deixar comigo, tentando fazer com que ele ficasse com o documento, uma maneira dele sentir possuído da sua história. Ele perguntou se eu queria ficar com o documento dele, e insisti para que ficasse com ele, disse para colocar na carteira, pois é um documento dele. Ele me diz que estava atordoado e perguntou se ele voltava ou não para o grupo (de psicoterapia). Perguntei porquê, se aconteceu algo, mas não soube responder. Perguntei se queria escrever o que tinha acontecido, mas não. Sugeri que voltasse para o grupo, que se quisesse poderia acompanhá-lo até lá, mas ele saiu logo e voltou para o grupo.

Em um outro dia, B. me perguntou onde estava, não identificando a “Casa” e questionou se onde estava era grande ou pequeno. Sugeri darmos uma volta para apresentar o lugar e expliquei que estava na “Casa”, um hospital-dia, um lugar que cuida de pessoas. Demos uma volta e apresentei todos os cômodos. B. parecia bem interessado. Na volta, me perguntou porque o mundo é assim. “Assim como, B.?” “Guerra, ódio...”, “B., o ser humano é assim: sente amor e sente ódio, fica triste e feliz...”. Mas B. voltou a perguntar, e não apenas neste dia.

Houve um dia bem significativo no grupo do passeio. Fomos ao cinema. Ele estava bem “ansioso” e nervoso. Lembro-me que no início dos passeios ele ficava com bastante medo de ir, mas depois teve momentos em que estava menos ansioso, dando às vezes até palpites de que lugar ir. Neste dia do cinema, não assisti ao mesmo filme que ele. Depois que saímos do cinema, ele pediu

para dar o braço para ele para andarmos juntos. Disse-me que eu era a filha dele e que quando eu nasci ele me pegou no colo e que era bem pequenininha. Depois me disse que ele era meu único namorado. Perguntei se eu não era a filha dele e ele me disse que não, que eu era a namorada. Contou-me uma história, que ele estava no motel com uma mulher e que ele não sentia nada. Ela disse para ele que queria um filho dele. Como ele não queria filho, eles não fizeram nada (não tiveram relações sexuais). Ele me conta essa história em um momento em que diz que é o meu namorado, um momento bem particular, bem raro, pois B. praticamente só tem contato com homens, busca apenas conversar com homens, não se aproxima de mulheres, penso que por conta da sua história com o seu pai. A transferência com os terapeutas da “Casa” se dá com os homens. Foi muito difícil ter a sua atenção e fiquei surpresa com o lugar em que ele me colocou naquele momento. Na despedida do grupo me pediu um beijo, mostrando a bochecha. Eu dei. Depois me pediu um beijo molhado, mostrando a bochecha, insinuando que eu desse um beijo com a boca na sua bochecha e não bochecha com bochecha. Disse que não, que iria dar somente do outro jeito que dei e repeti o beijo. Perguntou se eu queria seu telefone.

Apesar dessa aproximação, este foi o único momento em que B. me colocou nesse lugar. Nos dias seguintes, me tratou como de costume, muitas vezes perguntando se eu era a sua mãe, sua irmã. Segundo Ferrari (2002)², a transferência com estes pacientes apresenta-se de forma desorganizada e dispersa. Mas mesmo achando que B. não se lembrava dos nossos encontros, por não registrá-los, penso que de alguma forma ele sabia que eu gostava de estar com ele e de conversar com ele, pois nossa aproximação foi se tornando um pouco mais fácil.

Houve uma vez em que estávamos conversando, tentando tranquilizá-lo só escutando-o, pois estava bem ansioso. Repetiu a frase de que foi indesejável e disse:

“três horas de aborto”. Não dá para saber se ele queria dizer três horas de parto, mas por causa da dor de ser indesejável, substituiu pela palavra aborto. Ou se sua mãe tentou abortá-lo. Após conversarmos, procurei mostrar a ele outras coisas, para que ele conectasse e percebesse um pouco o mundo a sua volta. Comecei a mostrar as diferentes flores que havia nos vasos e ele perguntava “porque assim?”, querendo saber porque as flores eram daquele jeito. No final deste “encontro”, ele me disse “Deus lhe pague”, como se tivesse agradecendo por tê-lo escutado.

Em um outro dia, B. estava na sala sentado e era hora do almoço. Há tempos tinha notado que ele não estava almoçando e já tinha falado sobre isso com ele. Perguntei se não iria almoçar. Respondeu-me que não. Insisti para ele comer algo, mas respondeu que só tomava café. Perguntei se ele conseguia me dizer porque não estava comendo. Disse que não tinha movimentação, mostrando suas mãos, e também que não funcionava, mostrando seu estômago. Falei para ele que se ele comesse provavelmente se sentiria melhor e mais forte para fazer os movimentos, e que se o estômago digeriria o café que ele sempre tomava, iria também digerir a comida. B. disse que tem medo de tudo e de todos, e de comer também.

É importante aqui apontar para o corpo fragmentado percebido pelos psicóticos. Segundo Ferrari (2002)², esta vivência do corpo, percebida através das palavras e das atividades, é de que sentem seus corpos vazios ou cheios de sensações difíceis de identificar ou traduzir, podendo sentir seus corpos desarticulados, partes que não sentem, ou muito doloridos, ou como se não tivessem um contorno. Isto mostra um mundo interno dilacerado, desorganizado.

Não apenas neste dia, mas em outro também, B. mostrou um motivo para não comer: disse que não tinha dinheiro para pagar o almoço. Afirmei que não precisava pagar, mas isso não foi o suficiente, pois ele falou que nada

nesse mundo é de graça. Será que B. também não quis dizer que nesse mundo tudo tem um preço: a dor de viver, a rejeição do pai, o sofrimento mental? Penso que essa dor vai sendo dita assim por ele: entrelinhas, desorganizada e algumas vezes até escancarada. Mas é uma dor que merece ser reconhecida e trabalhada. É uma das coisas que me mais mobiliza no tratamento com os psicóticos é justamente isso: perceber essa dor através dos delírios, alucinações, falas desorganizadas, sentidos desconexos e nos fazeres da vida, possibilitando um trabalho pautado de que algo pode ser modificado e de que o sofrimento pode ser cuidado. Todo o meu percurso neste processo com B., bem como com todos outros pacientes e questões referentes à minha formação profissional foi acompanhado em supervisões e nas reuniões posteriores que existem com os outros terapeutas após cada grupo terapêutico realizado, o que me auxiliou no entendimento das psicoses e neuroses graves, nos aspectos transferenciais e contra-transferenciais e na minha postura quanto estagiária e futura terapeuta ocupacional. Não aprendi apenas com os pacientes, mas também na observação da conduta de outros terapeutas e estagiários. O campo da saúde mental é amplo e extenso, que exige além de muitos estudos, uma contínua reflexão sobre nossa postura enquanto trabalhadores dessa área, e sobre a atenção e serviços existentes. Mas talvez o que eu tenha levado de mais significativo desse estágio é ter olhado para a dor e o sofrimento do outro e respeitado essa dor.

Posso dizer que o meu objetivo com B. era acolher essa dor, escutar todas as suas questões e anseios, tentar organizar e produzir sua história com ele a partir dos seus relatos e mostrar meu prazer em estar com ele nesses encontros inusitados. O trabalho com psicóticos é longo e funciona em um tempo próprio, de um jeito muito peculiar. Neste pouco tempo em que estive com B. não esperei ter resultados expressivos, apenas quis

encontrá-lo e a partir desses encontros recebê-lo como ele era e oferecer a minha acolhida. Isto eu penso que atingi.

Agradecimento

Agradeço imensamente a todos os pacientes, funcionários e terapeutas da “A Casa”, em especial a minha supervisora Sonia Ferrari, pelo acolhimento e aprendizado recebidos, bem como pela autorização e incentivo para a publicação deste relato.

Referências bibliográficas

1. DESROSIERS, Lyne; SAINT-JEAN, Micheline. A atividade na terapia do adulto psicótico; um meio em busca de um sentido. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, São Paulo, ano 5, n. 5, 2000.
2. FERRARI, Sonia Maria Leonardi. A-Tua-Ação da Terapia Ocupacional no Corpo Contido. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, São Paulo, ano 7, n.7, 2002.
3. FERRARI, Sonia Maria Leonardi. Terapia ocupacional. In: VIEIRA, Sérgio. *Perspectivas Psicodinâmicas em Psiquiatria*, São Paulo: Bettarello Lemos editorial, 1998.
4. FREUD, Sigmund. Neurose e Psicose (1923). *Obras Completas*, Rio de Janeiro: Imago, 2º edição, 1987.
5. FREUD, Sigmund. A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose (1923). *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 2º edição, 1987.
6. PEIXOTO, Geraldo. No meio do caminho tinha uma pedra. In: PITTA, Ana (org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2º edição, 2001.
7. QUINET, Antonio. A Psicopatologia da Esquizofrenia: Bleuler com Freud e Lacan. In: ALBERTI, Sonia (org.) *Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquize*. Rio de Janeiro: Marca D' Água, 1999.