

A ESCRITA DE SI: UM ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE A CLÍNICA DA PSICOSE

Angélica Lino Pinto

Emilse Terezinha Naves

(Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão – UFG/RC)

Resumo

Neste artigo, pretendemos refletir sobre desafios ainda enfrentados para pensar a clínica da psicose, visando fazer uma interlocução sobre a escrita como um dispositivo terapêutico da psicose, utilizando como referência teórica a perspectiva psicanalítica. O tema desse estudo se configurou a partir de uma experiência clínica em um projeto de extensão, cuja proposta era a realização de uma oficina terapêutica com pacientes psicóticos em um Cento de Atenção Psicossocial (CAPS). Almejamos questionar que aspectos podem estar relacionados à escrita como atribuição de sentido à desorganização mental e como a escrita funciona como elemento terapêutico e produção subjetiva do sujeito.

Palavras-chave: Escrita; psicose; oficina terapêutica; sujeito.

Abstract

Writing to you: a Psychoanalytic Study on the Clinic Psychosis

This article aims to reflect on the challenges still faced to think clinical psychosis, aiming to make a dialogue about writing as a therapeutic device for psychosis, using as reference the theoretical psychoanalytic perspective. The theme of this study was configured from a clinical experience in an extension project, whose proposal was to hold a workshop therapy with psychotic patients in Cento Psychosocial Care (CAPS). We aim to question aspects that may be related to the writing assignment as feeling the mental clutter of the subject and how writing works as a therapeutic element and subjective production of the subject.

Keywords: Script; psychosis; therapy; workshop subject.

Introdução

Estudar a clínica da psicose é um desafio com limites e impasses. Ainda é pouco compreendida, principalmente, no

campo da prática terapêutica, apresentando diversas lacunas teóricas e clínicas, embora já venha sendo discutida desde os fundamentos da teoria psicanalítica propostos por Freud. Inicialmente, ao estudar a questão da relação transferencial,

Freud se deparava com dificuldades ao pensar o atendimento psicanalítico com pacientes psicóticos. Apesar dos limites encontrados, ele buscará, em sua teoria, fundamentar elementos relacionados à psicose, no entanto, no que diz respeito ao atendimento clínico, pouco irá descrever sobre ele.

É possível dizer que, do ponto de vista teórico, Freud explorou todas as possibilidades que encontrou na tentativa de explicação da psicose, porém pode-se dizer que a clínica freudiana não deu conta da mesma, pois via restrições à possibilidade do tratamento psicanalítico para a psicose pela dificuldade no estabelecimento da transferência. Entretanto, apesar das limitações, muitos estudiosos conseguiram desenvolver as reflexões sobre a psicose proposta por Freud, tornando possível uma clínica da psicose (Freire, 1998).

Atualmente, com a reforma psiquiátrica e o surgimento de novos dispositivos terapêuticos em saúde mental, surgiu a necessidade de repensar a prática clínica com sujeitos psicóticos tendo em vista trabalhar as condições de organização psíquica de cada sujeito.

Nesse sentido, buscando refletir sobre desafios ainda enfrentados para pensar a clínica da psicose, propõe-se um estudo que vise uma interlocução sobre a escrita como um dispositivo terapêutico da

psicose. Entendemos que pensar a função da escrita como uma possibilidade de organização psíquica do psicótico é uma via possível para a clínica, pois, ao escrever, percebe-se que o sujeito expressa sua subjetividade. A partir de produções textuais, pretendemos também buscar responder como esse processo pode ser terapêutico para o paciente na reconstrução de sentidos.

O tema deste estudo se configurou a partir de uma experiência clínica em um projeto de extensão, cuja proposta era a realização de uma oficina terapêutica com pacientes psicóticos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os objetivos da oficina possibilitam aos pacientes mecanismos para se pensar em uma própria produção, falar em nome próprio, ou seja, existir enquanto sujeito. Além disso, a escrita permite que o sujeito produza um trabalho e compartilhe com os outros pacientes, trocando experiências e sentidos. Com isso, explora aspectos da criatividade e estabelece contato com elementos relacionados à cultura, promovendo a reinserção psicossocial.

A vivência da psicose atribui ao sujeito um trabalho constante de reconstrução de sentidos, de forma que processos interpessoais possam atribuir novos e possíveis cenários de existência. Podemos afirmar que a escrita na psicose pode assumir, em alguns casos, uma

tentativa de estabilização? A assimilação de uma organização simbólica representada na cultura pode ser também um elemento terapêutico para os sujeitos que apresentam essa desorganização psíquica? A partir da escrita, o sujeito tem condição de estabelecer um contato com a realidade externa e ser autor de sua própria história?

A Psicose em Freud

A psicose, tanto em relação à teoria como à clínica, se apresenta como uma dificuldade persistente e atual na literatura psicanalítica. Desde Freud, podemos reconhecer avanços significativos na compreensão, principalmente, em relação à clínica. Autores pós-freudianos desenvolveram possibilidades teóricas e clínicas importantes para a compreensão de psicose, como será discutido mais adiante.

No entanto, sabemos que, após um século que a Psicanálise se debruçou sobre a questão da psicose, ainda somos obrigados a reconhecer os impasses que a clínica nos impõe. Essas dificuldades foram claramente colocadas em pauta na teoria freudiana. A complexidade inerente a esse quadro clínico não escapou aos tropeços de Freud na constituição da Psicanálise. A teoria freudiana da psicose, inicialmente, ainda vinculada às

concepções psiquiátricas tradicionais, pôde ser reinventada a cada passo, na construção do arcabouço teórico de sua metapsicologia. Mas, talvez possamos afirmar que, embora a teoria tenha ainda trazido importantes fundamentos para o esclarecimento dos mecanismos da psicose, os fundamentos clínicos não avançaram no mesmo ritmo da teoria.

Assim, para que possamos apontar os limites dessa clínica freudiana, precisamos primeiro, fazer um breve percurso na teoria freudiana da psicose. No caso Schereber, que é o texto de maior referência às psicoses, Freud (1911) aponta diferenças entre o sujeito psicótico e o neurótico. Nas cartas a Fliess, nosso autor já tentava dar uma explicação para o fenômeno da paranóia. Em sua carta de 24 de janeiro de 1895 considerava a paranóia uma neurose de defesa, cujo mecanismo principal é a projeção.

Schereber teve três crises que o levaram a internações. Era hipocondríaco e sua hipocondria estava inserida no todo de sua transformação corporal, acreditava estar morto e em decomposição. Schereber teve, num determinado dia, no intervalo entre o sono e a vigília, o pensamento que “deveria ser bom ser mulher e submeter-se ao ato da cópula”. (Freud, 1911, p. 26). Assim, essa fantasia norteará o seu delírio, além de que, ele e a esposa não tiveram filhos e isso era um grande desejo do casal.

Essa frustração será desencadeadora da psicose (Freud, 1911). Freud aborda, conceitualmente, a paranóia, da mesma maneira que o faz em relação às outras neuroses, sendo a paranóia uma defesa, como nas neuroses de transferência, contra a pulsão homossexual, em que o mecanismo principal é a projeção. Não é o desejo homossexual em si o causador da paranoia, mas, perante uma incapacidade de sublimá-lo, esse desejo transforma-se na defesa e conseqüente formação da paranóia.

Freud, em 1924, no texto *Neurose e Psicose* descreve a questão das psicoses, fazendo uma distinção entre essas duas estruturas clínicas, ao identificar que o que determina uma constituição neurótica e psicótica é a ideia de defesa estabelecida na estrutura do sujeito. Tanto a neurose quanto a psicose são expressões do *id* contra o mundo externo, que envolve sua incapacidade de habituar-se às exigências da realidade. Entretanto, essa distinção entre neurose e psicose é enfraquecida pela ocorrência de que também, na neurose, não faltam tentativas de substituir uma realidade desagradável por outra que esteja mais próxima aos desejos do indivíduo.

Assim, tanto na neurose quanto na psicose, interessa a questão não apenas relativa a uma perda da realidade, mas também a um substituto para a realidade (Freud, 1924). Desse modo, é

possível dizer que, tanto o neurótico quanto o psicótico encontram certo afrouxamento da realidade. O que diferencia as duas estruturas é a saída possível em cada uma. Ao passo que, na neurose, a perda da realidade pode ser realizada através da fantasia, na psicose, ela ocorre através do delírio e da alucinação.

Freud (1915), em seu artigo sobre a repressão, descreve os três momentos da repressão: a fixação, repressão propriamente dita e o retorno do reprimido. A repressão resulta de um conflito entre representações, as quais, num sistema, são prazerosas e, no outro, desprazerosas. No retorno do reprimido, revela-se que a repressão fracassou em seu intento de manter afastada da consciência a representação desejante, o que implica uma regressão do desenvolvimento libidinal ao ponto de fixação que, no caso da formação de sintomas paranóicos, dá-se no narcisismo. Como observa Freud a paranóia traz, em seu interior, traços de megalomania sendo que o engrandecimento característico do “eu” se deve à liberação da libido, que passa a se vincular ao próprio “eu”, provocando o retorno ao narcisismo.

Parece que, mais importante que a idéia de uma defesa contra a homossexualidade, a questão narcísica exerce uma função mais importante.

Assim, a paranóia desenvolve-se frente a uma ferida narcísica ou a uma frustração da satisfação dentro da esfera do ideal do “eu”, que provoca danos irreparáveis ao “eu”. Em 1915, em seu artigo “O inconsciente”, esclarece melhor sobre o que significa a tentativa de reconstrução e restabelecimento.

Freud (1915) supõe que no caso da esquizofrenia, após o processo de repressão, a libido que foi retirada não procura um novo objeto e refugia-se no ego, ou seja, as catexias objetais são abandonadas, restabelecendo-se uma primitiva condição de narcisismo de ausência de objeto.

A incapacidade de transferência desses pacientes, sua conseqüente inacessibilidade aos esforços terapêuticos, seu repúdio característico ao mundo externo, o surgimento de sinais de uma hipercatexia do se próprio ego, o resultado final de completa apatia - todas essas características clínicas parecem concordar plenamente com a suposição de que suas catexias objetais foram abandonadas. (Freud, 1915, p. 116).

As palavras, na esquizofrenia, estão sujeitas a um processo igual ao que interpreta as imagens oníricas dos pensamentos oníricos latentes. Passam por

uma condensação, e por meio de deslocamento transferem suas catexias de umas para as outras. O processo pode ir tão longe, que uma única palavra, se for especialmente adequada devido a suas numerosas conexões, assume a representação de todo um encadeamento de pensamento. É possível fazer uma caracterização do pensamento do esquizofrênico dizendo que ele trata as coisas concretas como se fossem abstratas (Freud, 1915).

Devemos indagar se o processo denominado aqui de repressão tem alguma coisa em comum com a repressão que se verifica nas neuroses de transferência. A fórmula segundo a qual a repressão é um processo que ocorre entre os sistemas *Ics.* e *Pcs.* (ou *Cs.*), resultando em manter-se algo à distância da consciência, deve, de qualquer maneira, ser modificada, a fim de também poder incluir o caso da demência precoce e outras afecções narcisistas. Mas a tentativa de fuga do ego, que se expressa na retirada da catexia consciente, permanece, não obstante, um fator comum [às duas classes de neurose]. A mais superficial das reflexões nos revela quão mais radical e profundamente essa tentativa de fuga, essa fuga do ego, é posta em

funcionamento nas neuroses narcisistas (Freud, 1915, p.118).

Freud não utiliza um único termo para designar o mecanismo da psicose como fez para explicar as neuroses. No artigo “Neurose e psicose” (1924), volta a discutir a questão sobre qual mecanismo que, à maneira da repressão, poderia explicar a tal fuga do “eu”, que ocorre nas psicoses. É à luz da segunda tópica que Freud redefinirá os quadros clínicos: “as neuroses de transferência correspondem a um conflito entre o eu e o isso, as neuroses narcísicas a um conflito entre o eu e o superego e as psicoses, a um conflito entre o eu e o mundo externo”. (Freud, 1924, p. 90).

Passamos pelos principais pontos da obra freudiana da psicose com a finalidade de compreender a formação da estrutura psicótica. Podemos afirmar que do ponto de vista teórico, Freud explorou várias possibilidades com o intuito de explicar a psicose. Porém, ele via com restrições a possibilidade de tratamento psicanalítico para a psicose pela dificuldade, senão impossibilidade de estabelecimento da transferência, pois compreendia que a libido, no psicótico, retorna ao “eu” e isto se torna um entrave para a relação transferencial.

Contribuições dos Pós-Freudianos para a Clínica da Psicose

Como foi dito anteriormente, autores pós-freudianos desenvolveram possibilidades teóricas e clínicas importantes para a compreensão da psicose, trazendo importantes avanços para a sua clínica. Sendo assim, faremos um breve percurso pelos fundamentos da clínica da psicose em Winnicott, Melanie Klein e Lacan.

A importância da obra de Winnicott para a psicanálise vem sendo reafirmada nos últimos anos. Seu interesse para o campo das psicoses tem sido muito considerado. Winnicott (1975) pensa a esquizofrenia como resultado de certas falhas de construção da personalidade, decorrentes de um ambiente que não pôde ser suficientemente facilitador para ajudar o lactente a atingir várias metas, tais como a integração, a personalização e o desenvolvimento das relações objetais.

Winnicott (1983) propõe uma aplicação mais ampla da técnica psicanalítica, fazendo surgir uma necessidade de modificação da técnica clássica. O tratamento pode ter sucesso, mas somente se a atuação do analista não ficar limitada à relação transferencial. A técnica analítica clássica continua sendo válida, mas sua aplicação deve ser limitada

aos casos para os quais ela foi idealizada, "de modo que a interpretação possa ser feita, se o paciente está preparado para interpretações desse tipo" (Winnicott, 1983, p. 210). Nesse sentido, analista deveria realizar um manejo da situação analítica de modo a procurar suprir aquelas falhas do ambiente que comprometeram o desenvolvimento psíquico, fornecendo o que seria necessário para a evolução do *self*, de forma a diminuir a necessidade do paciente em recorrer às defesas primitivas.

Para esse autor, o que constitui a etiologia das psicoses, em especial, da esquizofrenia, é uma falha do processo de maturação e integração. "Psicose é uma doença de deficiência do ambiente" (Winnicott, 1983, p. 231). Considerando que isso não deve ser compreendido como a presença de experiências traumáticas severas ou a ocorrência de eventos adversos durante a primeira infância. O ponto fundamental é que essas falhas são imprevisíveis. Nesse sentido, elas não podem ser consideradas pelo bebê como projeções, porque ele ainda não atingiu um estado tal em que a estrutura de ego torne possível atribuir ao ambiente à produção desses fracassos, já que não há uma oposição inicial entre o externo e o interno. O resultado mais acentuado das falhas ambientais é um sentimento permanente de aniquilamento e pânico que toma conta do

bebê. Chama essas falhas da provisão básica de privação.

Outra autora que contribuiu muito para o desenvolvimento do campo da psicanálise para pacientes psicóticos foi Melanie Klein (1930), apresentando novas propostas clínicas e novas estratégias terapêuticas. A regra para o desenvolvimento da clínica Kleiniana é manter-se fiel e o mais próxima possível à linguagem dos pacientes e, ao mesmo tempo, o mais perto possível de um teorizar sobre o arcaico, procurando fazer uma relação entre eles. O trabalho analítico é focado no aqui e agora da situação transferencial e das respostas contra transferenciais do analista, sendo importante interpretar essas condições, diferenciando a fantasia da realidade, passado de presente e consciente de inconsciente (Figueiredo, 2006).

Melanie Klein (1930), ao discorrer sobre a psicoterapia das psicoses, aponta que, ao se fazer uma avaliação dos critérios em que os psiquiatras baseiam seus diagnósticos, eles se concentram apenas na relação com a realidade, ignorando um ponto muito importante, que os fundamentos da relação com a realidade, no início da infância, são completamente diferentes. É lícito considerar que, nessa fase, a realidade externa é povoada na imaginação da criança por objetos que a tratarão com o mesmo sadismo com que é

impelida a tratar esses objetos, ou seja, é a realidade primitiva da criança muito pequena. Enquanto o desenvolvimento normal do ego consiste em avaliar gradualmente os objetos externos, através de uma escala de valores calcada na realidade, no caso do psicótico, o mundo ainda é avaliado no nível original, isto é, para ele, o mundo ainda é uma barriga povoada por objetos perigosos. Assim, nas psicoses, os grupos mais importantes correspondem a defesas contra as principais fases de desenvolvimento do sadismo.

Outra importante contribuição para a clínica atual encontra-se em Lacan, que, ao estudar as psicoses, afirma “a existência de uma descontinuidade de origem entre a neurose e a psicose, suposta a partir da presença do operador denominado Nome-do-Pai” (Lacan, 1955, p.585). Pois, ele é quem limita e ordena o funcionamento de significantes no processo de estruturação do sujeito pela linguagem, ou seja, constitui a lei do significante. Depois, essa concepção deixa de se basear na interdição da ausência ou presença do Nome-do-Pai, e passa a atribuir à psicose os mesmos elementos que na neurose, sendo que, a diferença está na quebra no interior dessa estrutura comum.

Trabalhar com a Psicose é aprofundar-se num universo proposto de complexidades em sua categoria específica

enquanto estrutura psíquica. Assim, o trabalho clínico depende também da conduta direcionada à queixa, a escuta oferecida focada no que diz respeito ao sentido no que o paciente dá ao seu próprio discurso, mesmo que este discurso aparenta um discurso sem sentido (Lacan, 1955). Dessa forma, a realidade tratada na clínica da psicose não é uma realidade material, mas uma realidade psíquica criada pelo próprio sujeito que está ali e que sofre por ser um ser passível do gozo do Outro. Trata-se de uma realidade envolvida pelo conjunto da rede de linguagem do sujeito.

Lacan, no Seminário 3, propõe que “um delírio deve ser julgado em primeiro lugar como um campo de significação que organizou um certo significante” (LACAN, 1955-56, p. 141). É nesse sentido, que a conduta analítica para com a clínica da psicose tem como regra essencial deixar que o sujeito siga em frente através de sua fala, aquilo que, de ordem do registro do real, lhe vem à tona em forma alucinatória.

Fizemos um breve percurso sobre algumas importantes teorias a respeito da clínica e suas contribuições para os avanços na clínica atual. Contribuições que tornou possível uma ampliação nos fazeres e na concepção da clínica psicanalítica das psicoses, e que muito influenciaram na concepção da clínica atual.

Reforma Psiquiátrica e Novos Dispositivos Terapêuticos

Com o advento da Reforma Psiquiátrica surgem novos modos de pensar a psicose e sua clínica. O contexto da Reforma apresenta um conjunto de medidas que objetivam desinstitucionalizar o atendimento em saúde mental e a desconstrução do modo asilar de atendimento, provocando a alteração da concepção do hospital psiquiátrico como única forma de cuidado. Nesse sentido, a exclusividade das decisões e das ações terapêuticas deixa de se concentrar nas mãos do médico, passando a ser da responsabilidade de todos os profissionais da saúde (Lobosque, 2011).

O modelo psicossocial passa a ser o novo paradigma de atendimento em saúde mental. A reabilitação psicossocial se constitui uma estratégia global, múltipla e ética, que possibilita os sujeitos a lidarem com a loucura, diante de seus afazeres cotidianos e de sua contratualidade afetiva, social, econômica, visando o melhor nível possível de autonomia para a vida em comunidade (Saraceno, 1999).

De acordo com Rinaldi (2006), o paradigma da desinstitucionalização que norteia a Reforma Psiquiátrica deve ser compreendido como um processo de questionamento permanente dos saberes e

práticas através dos quais abordamos a questão da loucura.

A escuta e o acolhimento ganham o *status* de categorias pela importância que assumem nas práticas que se desenvolvem nesses serviços, como novos procedimentos que amparam o tratamento, onde, ao considerar-se a loucura como uma questão de existência, o que se passa a valorizar é a dimensão do sujeito outra categoria que ganha relevo. Assim, a clínica não mais se confunde com a clínica médica *strictu sensu*, mas que inclui todos os procedimentos de atenção psicossocial, incorporando, como agentes destes procedimentos, profissionais de diferentes áreas (Rinaldi, 2006, p.12).

O processo da reforma psiquiátrica desencadeou mudanças significativas que produziram avanços no atendimento da psicose, buscando integrar profissionais, pacientes e familiares com o objetivo de promover alternativas terapêuticas mais eficazes. Esse movimento busca repensar e construir de outra maneira a presença da loucura na sociedade. Surge a ideia de uma clínica ampliada. Assim, essa nova forma de entender a doença mental evidencia a importância do convívio social e da inclusão do sujeito na cultura.

Nesse sentido, buscam-se novos dispositivos que se diferenciam do modelo hospitalocêntrico. Representando uma forma de assistência que nasce para contrapor esse modelo, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) se configura como espaço de atendimentos realizados por uma equipe multiprofissional para atender e cuidar da loucura (Vianna & Barros, 2002). O CAPS caracteriza-se também pela implantação de ações interdisciplinares e terapêuticas que favorecem a inclusão do psicótico em um convívio social e inserção na cultura.

Esse novo modelo de clínica, chamada de “clínica ampliada”, se diferencia da clínica psiquiátrica tradicional, por estar aberta a novos saberes, abarcando aspectos da vida do paciente implicada em sua posição de sofrimento. Uma clínica que ultrapassa o alívio dos sintomas, pois além de criar condições para uma produção subjetiva envolve orientação à família, suporte social, criação de alternativas de trabalho, moradia e lazer, garantia de direitos dentre outras ações (Bezerra & Rinaldi, 2009).

A contribuição do discurso psicanalítico aos dispositivos clínicos que hoje se desenvolvem nos novos serviços de assistência em saúde mental vem sendo possibilitada, assim, pela discussão permanente sobre a clínica que se

reinventa a partir dos atravessamentos da instituição e dos discursos que circulam nesse espaço. Ao levar em conta “o que os pacientes falam” nas oficinas e na convivência provocada pela dinâmica do serviço, esta nova clínica não apenas revela a sua dimensão política, mas abre espaço para que se considere o dizer e a escolha do sujeito, para além das discussões institucionais, como indicativo para a direção do tratamento (Rinaldi & Bursztyn, 2008 p.8).

Percebemos, dessa forma, que atualmente a ênfase no cuidado que marca a reforma e define institucionalmente os novos serviços tem o sentido de não apenas humanizar o tratamento, mas de dar outra resposta social à questão da loucura. Na clínica ampliada a escuta assume um caráter compreensivo, buscando novas possibilidades para o sujeito se inserir no laço social, tendo em vista a abertura para suas próprias produções subjetivas. Essa é uma importante contribuição que o saber psicanalítico traz para as novas formas de pensar e fazer a clínica da psicose.

O Fazer com as Palavras

As oficinas desenvolvidas no CAPS são ferramentas terapêuticas fundamentais, consistindo numa atividade grupal de caráter socializante que permite a

expressão subjetiva do paciente. Além do aspecto terapêutico, a oficina possibilita uma produção subjetiva, apresentando como conseqüência a construção de modos diversos de relação do sujeito com o mundo.

A proposta de uma oficina de escrita tem a função de oferecer ao paciente elementos simbólicos compartilhados por todos, para que ele possa se reconhecer também como integrante de um mesmo código social e cultural. Acreditamos que, dessa maneira, estamos possibilitando ao sujeito vivenciar a inclusão ao compartilhar elementos simbólicos comuns, como o acesso à arte, que é um bem cultural disponível a todos. Com base nessas considerações, entendemos que a proposta da oficina de escrita contempla uma dimensão terapêutica de assistência à saúde mental como também uma dimensão sociocultural, ao inscrever o portador de sofrimento mental na cultura, criando condições para o resgate de sua cidadania.

As oficinas buscam caminhar no sentido de permitir ao sujeito estabelecer laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros. Elas estão, de fato, no campo do tratamento possível da psicose, da clínica ampliada, que une as dimensões política e clínica (Mendonça, 2005).

Nesse sentido, Guerra (2008) ressalta a importância do trabalho realizado nos novos dispositivos:

Nos novos dispositivos da rede de atenção, a ênfase na particularidade de cada caso, o trabalho multiprofissional, a escuta e o respeito ao louco e a invenção de novas estratégias de intervenção sobre o campo social e clínico deram ensejo à recuperação do uso da atividade como um valioso recurso no tratamento clínico e na reabilitação psicossocial (Guerra, 2008, p. 24).

As atividades das oficinas em saúde mental são vistas como uma forma de desenvolvimento dos sujeitos, de valorização da expressão, de abertura e ampliação de possibilidades individuais e de promoção à cultura. A loucura traz a marca de uma diferença quanto à forma de organização subjetiva, nesse sentido as oficinas almejam ser facilitadoras da comunicação dos pacientes com o mundo externo. Sendo assim, no seu manejo e forma de caminhar, o coordenador da oficina não deve ter em vista simplesmente a realização da atividade proposta, mas, pautado por uma lógica clínica, deve considerar os modos de sustentação do sujeito na lida com cada um.

A oficina funcionará para um participante se, de alguma maneira, produzir através da substancialidade do material disponibilizado ou do objeto criado, um elemento com densidade sobre o qual o psicótico possa localizar o gozo invasivo que assoberba sua economia libidinal, fazendo laço com a linguagem ao significar essa produção a partir da lógica particular com a qual lida com a realidade (Guerra, 2008, p. 55).

As oficinas funcionam para os sujeitos que permitem o estabelecimento do enlace de sua singularidade com o universo da linguagem, da cultura; por isso mesmo, não há exigência a ser seguida numa oficina. Como mostra Greco (2004):

as oficinas com psicóticos agrupam singularidades tão explícitas que só nos resta escutar uma a uma. São muitas idéias, poemas, recitações circulantes em meio aos delírios e alucinações. São pacientes medicados, outros em quadros agudos, dispersos, querelantes, sem limite. Trata-se de fazer conviver diferenças, singularidades absolutas, inibições absurdas e certezas plenas, em um espaço em que o laço social é mais uma meta que pré- condição de trabalho (Greco, 2004, p. 85).

Guerra (2008) propõe organizar as práticas das oficinas ao longo da história das instituições psiquiátricas em quatro formas discursivas. A primeira modalidade é definida como o discurso do *déficit*. Nesse caso, a oficina aparece como uma forma de entreter, mas, infantiliza o sujeito e oferece uma ocupação para preencher o ócio. Já o discurso da estética representa outra forma de pensar as oficinas. Nesse discurso é possível notar uma preocupação psicológica, porque a arte é pensada como uma forma de expressão para o louco. A terceira modalidade se refere ao discurso da cidadania, em conformidade com os ideais da reforma psiquiátrica, que defende a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, abrindo espaço para buscar o cuidado em vez da cura. Por fim, essa terceira modalidade abriu espaço para que surgisse um discurso que introduz um corte nos três anteriores: é o discurso do inconsciente, que visa a contemplar a singularidade do louco e trabalha com a possibilidade de simbolização da história de cada um, independente de qualquer visada de uma reinserção social que possa não ser escolhida pelo sujeito.

Apesar de ser necessário reconhecer que o discurso da cidadania promoveu oficinas em que se visa a contemplar a singularidade do louco com o aporte da psicanálise, anuncia-se, em

alguns contextos, uma situação de conflito, pois, de um lado, temos as exigências do discurso, hoje, politicamente correto, das oficinas como um espaço de articulação da cidadania e, de outro, temos o desejo do sujeito de fazer ou não laço com as oficinas. A luta pela reinserção na cidade pode produzir um excesso de enquadramento que não permite o surgimento do sujeito (Alberti, Costa & Moreira, 2011), colocando em risco a função terapêutica das oficinas.

Podemos dizer que a clínica é caracterizada pela busca de novas maneiras de trabalhar com a doença mental e a subjetividade de cada sujeito, pautada na busca de parâmetros éticos que a orientem e na construção de um campo interdisciplinar que acolhe e se beneficia da presença de diferentes profissionais. A utilização de atividades em saúde mental implica, então, pensar uma clínica construtiva e inventiva de novas possibilidades e novas formas de vida. Uma clínica comprometida com a construção e a produção de uma subjetividade aberta à alteridade; uma clínica sempre atenta àquilo que propicia a criação e potencializa os processos de transformação do cotidiano e, especialmente, uma clínica que possa ser praticada como um exercício de expansão e aliança sensíveis aos processos de singularização.

A Escrita de Si

Buscamos, nesse momento, a partir de leituras sobre a função da escrita, pensá-la como um dispositivo terapêutico para a clínica da psicose. Utilizando uma base teórica referente ao estudo da escrita, fragmentos de falas dos pacientes em algumas oficinas e também fragmentos de textos produzidos por estes, procuramos discutir se, em alguns casos, a escrita pode assumir uma tentativa de estabilização. Consideramos que a assimilação de uma organização simbólica representada na cultura também pode ser um elemento terapêutico, além de possibilitar ao sujeito estabelecer laços sociais.

Segundo Mandil (2003), a escrita, na psicose, pode assumir, em alguns casos, uma tentativa de cura, ou seja, pode ser possível um afastamento do gozo invasivo e total do Outro da linguagem. A produção da escrita, para o sujeito, pode ser uma forma de extrair um pouco desse gozo avassalador e dar um contorno ao ilimitado do corpo. Assim, a escrita surge como um delírio, construindo a história do sujeito.

A escrita não registra mais a fala, nem representa, nem significa, mas lá permanece deitada diante do que não se escreve. Marca de sua própria impossibilidade, a escrita se converte,

desse modo, em uma rasura sem que nada antes tenha sido rasurado. (Mandil, 2003, p. 66).

De acordo com Mandil (2003), a atenção, no caso da leitura de um texto produzido por um psicótico, deve ser posta sobre a dimensão de auto-interpretação que o texto contém. A psicanálise deve pensar o sujeito que se manifesta por meio de um texto, através da sua escrita. O texto produzido pode ser lido de várias formas, já que não há uma interpretação única que lhe seja inerente, como o efeito de uma auto leitura do inconsciente, no sentido de uma interpretação.

É possível que a leitura que o paciente faz de seus escritos nas sessões funcione também como uma tentativa de mediação, de ampliação da distância entre ele e o outro, na medida em que, se ele não fala diretamente para o analista, mas sim, através dos poemas, busca uma intermediação na relação com o semelhante.

Pensando nos efeitos da criação literária, parecem mais benéficos para o leitor do que para o escritor, isto talvez seja porque o leitor permanece com sua leitura a uma distância que permite certo grau de objetividade. Já para o escritor não há como se resguardar nessa distância, pois o centro de sua criação literária é ele mesmo, e disso não há como fugir, ainda que o texto

busque ampliar essa distância (Carvalho, 2003, p. 85).

Podemos perceber isso nas oficinas literárias, pois alguns pacientes, inicialmente, resistem, recusando-se a ler sua produção, a falar para o Outro. Uma paciente., por exemplo, nos primeiros encontros, ficava em silêncio nas oficinas, quando lhe dirigíamos a palavra, pouco opinava e sempre de forma monossilábica. A respeito das produções, dizia que não sabia o que escrever, fazia apenas um desenho, e no momento de compartilhar com o grupo, pouco falava. Após certo tempo começou a falar sobre si e sua história, em uma oficina cujo tema da discussão era sobre mudanças. Por iniciativa própria, nos conta que a sua mãe bebia muito. No momento que os pacientes mostram ao grupo suas produções, a paciente também o faz, leu seu texto, expressando-se com tranquilidade. Podemos notar que ela nos mostra, em seu texto, aspectos de sofrimento, dificuldades vivenciadas com a mãe e, também, uma relação de cuidado com a mãe.

O modelo de escuta proposto, aqui, é o da leitura, momento em que “não podemos nos fiar na apreensão sentimental da coisa, e que é preciso fazer intervir a objetividade da relação do significante e do significado” (Lacan, 1955, p. 236). Não se pode completar uma frase interrompida,

muito freqüente na fala ou no texto dos psicóticos, porque o efeito da frase não para no mesmo ponto em que ela se interrompe:

Se soubermos escutar, o delírio das psicoses alucinatórias crônicas manifesta uma relação muito específica do sujeito em relação ao conjunto do sistema da linguagem em suas diferentes ordens. Só o doente pode testemunhar isso, e ele o testemunha com a maior energia (Lacan, 1955, p. 237).

Outra paciente que nos chama atenção com uma forma peculiar de escrita é T., que participava efetivamente das oficinas, tanto na produção como no momento de compartilhar sua escrita com o grupo. Um traço característico de sua escrita é a falta de pontuação, não utilizava vírgulas nem pontos finais, sua escrita é contínua, traço que aparece também em sua fala. T. escreve:

Não quero aceitar a novas mudanças ser que se lembrar do passado e sofre duas vezes mais prefiro viver o passado do que o presente nada pra vida é fácil nem tão difícil só que volta no passado assim vou ter lembranças sua sei que você foi maior minha cabeça já esqueceu já o meu coração nunca vai esquecer nem eu porque você foi maior que um amigo sei

que vou acostumar viver sem você mais não sei quando chegar seu dia se e que ele vai chegar Você tão lindo e ao mesmo tempo tão longe de mim.

A paciente escreve sobre vários afetos, percebemos a presença de ambigüidades, uma mescla entre passado e presente, razão e emoção. É como se o texto produzido não tivesse barreiras ou limites, expressando suas dificuldades em conter suas pulsões.

No entanto, para Mandil (2003, p. 196), a demanda a interpretar é instituída pelo próprio autor, é ele quem traz, por meio de seu escrito, uma auto interpretação do inconsciente, em que “o que não pode ser representado, pode, no entanto, ser escrito”. Podemos perceber, na escrita desses pacientes, a presença de aspectos do cotidiano, ou seja, relatam ocorridos do próprio dia-a-dia, escrevem sobre sua história, sobre a doença e também sobre seus afetos. Não é possível dizer que há teorização da escrita na prática das oficinas terapêuticas, pois não teorizar sobre a escrita é um gesto de leitura que constitui o material estudado, na medida em que essa não teorização produz efeitos de sentido nos textos e também na constituição desse material, sendo que os textos não são vistos como materialidades discursivas, mas como materialidades do inconsciente.

Além disso, percebemos a diversidade dos textos, sendo que alguns possuem a formatação de poesias, outros são construídos como crônicas e, até mesmo, frases ou palavras soltas. Notamos também que alguns escrevem sobre o assunto discutido na oficina, antes da produção, outros copiam frases do poema utilizado como recurso, letras de música, ditados populares ou orações.

Por exemplo, C., em uma das oficinas, escreve o que chamou de “texto autobiográfico” (sic).

Sinceramente com 57 anos não o tenho mesmo, Nenem eu não Sou Mas sou uma Adolescente Meu rosto Não é amargo e triste e Magro, é o contrário, Total mente. Meus olhos não é Vazio e cheio de brilho e luz Meus lábios e Abençoado Só falo a verdade e coisas alegres Sou como palhaça, VIVO no circo 24 horas. Não perdi força Nenhuma, Sou VIVA Nada em mim é morto, Meu coração Mostra tudo. de bonito é claro Mudo todo o dia e momentos gosto disto é muito bom Mudar tem coisas que doi, Mas no fim é bom. As vezes causa lágrima dor, Mas vale a pena.

A paciente tenta mostrar-se como alguém alegre, que vive de uma forma leve. Porém, diversas vezes expressa-se de

maneira melancólica, desejando a morte. Assim, poderia estar falando das fases da vida e do seu percurso, no entanto, a velhice se aproxima, antecipando a morte, acompanhada do vazio e da dor.

É importante ressaltar também, que a escrita na clínica da psicose possui, como uma das funções, socializar o paciente. “A escrita num espaço coletivo faz certa mediação das relações entre os frequentadores” (Trevisan, 2007, p.184). A ação de escrever e ler seus escritos para o grupo permite que os pacientes troquem experiências e sentidos. Esse momento possibilita aos sujeitos estabelecerem um laço social, pois, além de compartilhar seus escritos, compartilham suas experiências, dores e alegrias.

Esse momento é muito importante na constituição da oficina terapêutica, permite voz e autonomia ao sujeito, além de possibilitar a troca de experiências, que ganha uma dimensão de sentidos e possibilidades para cada participante. Como vemos no diálogo dos pacientes, em que o contexto de um poema lido durante a oficina era “o que vai ser quando crescer?”. A paciente E.diz, na primeira oportunidade, que “é uma decisão que quando pequena é difícil de assumir. Eu queria ser tanta coisa, são tantos sonhos. É uma coisa meia vaga. Eu quis ser tanta coisa, e agora o que eu sou?” (sic). C., diante dessa fala, diz:

Eu sou, eu não quero ser, eu sou! Eu sou tudo, começo, meio e fim. Sou um vazio, é sempre assim. Tanto faz, para mim se explodir uma bomba aqui tanto faz. Eu sou tudo e nada (...) se me pregar numa cruz não vai doer, porque já senti muita dor, acho graça do tanto que doeu. Dor na alma, hoje já não sinto mais dor (sic).

Após esse momento de conversa, C. escreve:

Assim que a terra foi formada, eu sou. Nunca quis ser Sempre Sou. Especial pois caso contrário Não estaria aqui. Tentaram acabar com meus Sonhos Visão. É deixa pra lá. Vou prosseguir, continuar a caminhada, Até ver no que vai dar. Tudo de ruim Me Aconteceu, Mas esquece já passou. Sinto inutil, Mas esforço para me Valorizar. Fui perseguida fui, Tiraram Minha felicidade tirou; Mas estou resgatando de novo Tentando outra vez (...) Fiz o que não queria, e o que queria eu não fiz. Estou sem destino e sem razão. Me tiraram tudo..

Segundo Novaes (2006), a escrita do psicótico, ao grafar algo que represente o sujeito mesmo, que não o próprio nome, vem da ausência do significante nome-próprio. Logo, o que surge são representações associadas a esta falta. O

psicótico assina um nome, não necessariamente o seu de batismo, mas o nome que inventa. Esse mistério, na psicose, acentua-se pelo fato de o sobrenome ser uma marca simbólica, uma marca sobre outra, visto que, ocorre na psicose, uma carência no nível simbólico e, caso o psicótico reaja mal a seu nome, é possível que ele não se reconheça nas injunções em torno deste.

Os dizeres do texto evocam já-ditos originários do interdiscurso, caso contrário não se produziria efeitos de sentido. Porém, essa evocação não ocorre, na maioria das vezes, de forma clara, sendo essa não transparência de origem desses dizeres necessária para que se produza um efeito-texto, ou seja, para que haja efeitos de unidade, origem, autoria no escrito. O interdiscurso é o lugar de constituição desses elementos que serão apropriados pelo sujeito enunciado a fim de constituir seu próprio discurso. A apropriação do discurso mostra as relações que o sujeito estabelece com o sentido, isto é, a identificação do sujeito falante com alguns saberes e a rejeição de outros (Rodegher, 2011).

A paciente C. diz :

Morri três vezes, sinto que estou fluando. Não espero acontecer, não economizo alma. Romance gosto assim instantâneo. acaba sem eu sentir. Não

tenho Saudades. Tenho lembranças Sou de ação e prática e Atitude. Subo até o avião Medo não conheço, nem pretendo. Estou com muita Vida, e cheia de Amor para dar. O resto tchau. Só sombra e água fresca. Morrer é lucro. Reclamar é o fim.

Segundo Rodegher (2011) pelo fato de os psicóticos não estarem inscritos no simbólico, é necessária uma reorganização do sentido, a partir de uma metáfora delirante. A autoria, na psicose, está vinculada ao delírio. Mas, é necessário não confundir delírio e autoria. Ambos têm uma estrutura e um funcionamento semelhantes. A organização de sentido que foi estabelecida no delírio é utilizada na autoria. Porém, delírio e autoria são de ordens diferentes. Enquanto o delírio é de ordem psíquica, a autoria é de ordem lingüística e discursiva.

Outro autor que trabalha nessa via é Quinet (1997). Ele mostra que o psicótico tenta fazer, através do delírio ou da arte, a separação desse objeto, na tentativa de localizar o gozo, e o processo delirante é uma tentativa do sujeito de fazer separação do objeto tentando localizar o gozo num objeto separado do seu corpo. Este processo abre a questão da constituição da arte na psicose, como uma tentativa, além

do delírio, de constituir algo que possa vir a representar esse objeto, para que o sujeito dele se separe.

Rivera (2000) aborda duas possibilidades para a compreensão da aproximação da arte com a psicanálise, sendo elas, a interpretação, em que a psicanálise pode dizer algo sobre uma obra de arte, ou sobre o próprio artista, e a interpenetração, em que a criação artística é tomada como um modelo de atividade psíquica.

C. ,antes de ler o seu texto, diz: “hoje eu sou outra pessoa, se eu fosse aquela M. eu escrevia bonito, não sei quem eu sou, eu sou transformista (risadas). Deixa eu botar para fora o que eu escrevi”.

Em outro momento escreve:

Dias são feitos de Palavras, enganos e mentiras; Interesses e decepção. Depois de muito viver, aprendi que nada de sentimentos é normal. Só perturbação, preocupações e desenganos as pessoas sofre por viver de passados. Eu *vivo* o presente o hoje e o agora. O passado é apagado cada segundo.

Construir uma leitura e compreender como os sentidos, ali, se organizam, é pensar em sua ordem significante e apontar para as diferentes posições do sujeito em suas diferentes formações discursivas, que estarão em

referência a diferentes memórias em sua relação com a exterioridade (Maia, 2006).

L. pouco falava durante as oficinas, apenas dizia se tinha gostado e se concordava com alguma opinião, sendo suas falas sempre curtas. No entanto, na hora da produção costumava escrever sobre sua condição de saúde:

Dói no peito e no fundo as enfermidades que assolam o nosso corpo. As enfermidades que batem no peito eu não gosto da solidão. A solidão é uma dor inaceitável. A solidão dói no peito e na alma ferida que assolam na vida, a vida é cheias de problemas. Problemas que magoa a saúde da gente. É uma dor sem nada que bate no peito e incomodam a tranqüilidade da gente. E acabam no dia a dia, o sol ilumina as dores da vida.

A escrita parece ser uma poderosa ferramenta na clínica das psicoses. Fala-se, mesmo, em efeitos terapêuticos pela oportunidade de a escrita ser uma interpretação do sofrimento psíquico que acomete o sujeito, um sintoma, que responde, de certa forma, à psicose. Ao organizar mal ou bem um texto, o sujeito estaria dando a forma a uma realidade possível e encontrando também uma forma possível de se posicionar frente a si e frente aos outros. Assim, a escrita

comportaria uma rede referencial ao sujeito que lhe daria as mínimas coordenadas para não desvanecer (Novaes, 2006).

A psicose é produtora de certos efeitos de linguagem. Podemos perceber textos fragmentados, com partição de significantes e empilhamento de substantivos, o que caracteriza a metáfora delirante. A transformação da metáfora delirante em um texto, um escrito, é a função clínica desse tipo de trabalho com o psicótico, que torna possível abrir uma via secundária para o sujeito, possibilitando minimamente uma organização. A metáfora delirante, que não cessa de funcionar como substituição do que falta, não significa que não possa funcionar como produção de sentido e, muitas vezes, de efeito poético. A criação, nas oficinas, pretende não focar na literatura e gramática, mas sim, atuar de forma diversa no discurso do sujeito psicótico (Novaes,2006).

O aspecto essencial da dinâmica das oficinas de escrita gira em torno da reinserção simbólica e social do paciente, suscitada através da leitura dos textos e produção dos próprios usuários. Ao produzir um texto, um desenho, ou mesmo, falar sobre o que foi lido, o paciente retoma um processo de reconstrução subjetiva, fazendo emergir sua própria verdade. Promove ao paciente uma assistência terapêutica, visando a ajudá-lo

a conter o excesso que leva à sua desorganização psíquica. Possibilitando um deslocamento da representação social do portador de transtorno mental e, ainda, desenvolver possibilidades ao paciente de criação, que o leve a uma inscrição social particular na cultura (Naves, 2011).

Coordenar uma oficina é estar à escuta de uma linguagem, muitas vezes, sem palavras, a partir da qual essas produções podem formar caminhos de troca. A dimensão da clínica está presente no cotidiano das oficinas, em um olhar e uma escuta, atentos ao sujeito. Sabe-se que o que orienta a condução do tratamento e a reabilitação do psicótico são suas produções sintomáticas e seus arranjos subjetivos, ou seja, o discurso do sujeito e não o discurso ideal político da autonomia.

Como vimos, na psicose, há uma falha no recalque originário e, por isso, o psicótico se vê incapaz de responder como sujeito diante de algumas situações, tendo seu discurso invadido pelo inconsciente. Desse modo, o trabalho desenvolvido na oficina terapêutica consiste em criar condições para que esses sujeitos, que vivenciam uma experiência marcada por um gozo avassalador, possam construir algo que faça frente a esse gozo, possibilitando-lhes uma existência menos dolorosa.

Considerações Finais

A singularidade pertinente à estrutura psicótica impõe a necessidade de encontrar novas possibilidades terapêuticas que extrapolem os atendimentos clássicos de tempo e espaço limitados. É importante propiciar um espaço de convivência, pois o isolamento vivido pelo sujeito em função da natureza de seu transtorno e a forma como é tratado pela família e sociedade, leva ao agravamento de seu quadro clínico. Dessa forma, estratégias que possibilitem a retomada do convívio social são de grande importância para a melhoria de seu quadro e de sua qualidade de vida. É necessário buscar um processo terapêutico que gere novos roteiros e viabilize arriscar transformações.

A proposta deste trabalho foi pensar a escrita como elemento terapêutico e produção subjetiva do sujeito. Assim, percebemos que, talvez pela escrita, o psicótico possa ser reconhecido como capaz de ocupar um lugar de autor, se submeter à linguagem e ao discurso, e se singularizar, escrevendo sua própria história. Ao estabelecer esse laço com a linguagem, que advém da escrita, proporciona outro tipo de tomada da palavra, que é apreciada e suscita interpretações.

Podemos dizer que a escrita, estabelece uma forma de diálogo, fazendo falar o sujeito, não essencialmente sobre a

sua produção, mas permite que o sujeito tenha algo a dizer. Sendo assim, buscamos, neste trabalho, fazer uma reflexão sobre a função da escrita na psicose. O que nos possibilitou a pensar que na psicose, a escrita parece ser uma forma ou tentativa de limitar o gozo avassalador que invade o sujeito.

Percebemos que a produção dos pacientes psicóticos é singular. Compete

ao próprio sujeito, e não ao profissional, sugerir o caminho para um possível arranjo para a sua constituição subjetiva, propondo um caminho que pode ser a produção de um delírio ou a própria atividade criativa, no caso, a escrita, pois ambos podem ser entendidos como uma tentativa de estabelecer laços sociais.

Referências

Alberti, S., Costa, A. C. & Moreira, J. de O. (2011). Oficina do ócio: um convite para o sujeito. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 14, n. 3. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 dez. 2013.

Carvalho, I. C. M. (2003). Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre, v.IX, n. 9, p. 283-302.

Bezerra, D. S. & Rinaldi, D. L. (2009). A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v. 12, n. 2. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Jul. 2013.

Figueiredo, L. C. (2006). La clínica psicoanalítica con base en Melanie Klein: Qué puede eso significar? *J. psicanal.*, São Paulo, v. 39, n. 71. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352006000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 ago. 2013.

Freire, J. M. G. (1998). Uma reflexão sobre a psicose freudiana. *Rev. latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v.1, n.1.

Freud, S. (1996/1923). O ego e o id. In: _____. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. 19, Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1996/1924). Neurose e Psicose. In: _____. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. 19, Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1996/1924). A perda da realidade. In: _____. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. 19, Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1996/1915). Repressão. In: _____. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. 14, pp. 145-162. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1996/1915). O inconsciente. In: _____. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. 14, pp. 163-210. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1996/1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides). In: _____. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. 12, pp. 13-82. Rio de Janeiro: Imago.

Greco, M. G. (2004). Oficina: uma Questão de Lugar? In: _____. *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental - Sujeito, Produção e Cidadania*. Rio de Janeiro: Contracapa.

Guerra, A. M. C. (2008). Oficinas em Saúde Mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: Figueiredo, A.C. & Costa, C. M. (Orgs.). *Oficinas terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contracapa/IPUB, p. 23-58.

Klein, M.1([1921/1945]/1996) Amor, culpa, reparação e outros trabalhos. In: _____. *A psicoterapia das psicoses* p. 265-268, Rio de Janeiro: Imago Ed

Lobosque, A. M. (2011). Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 15 nov. 2013.

Lacan, J. ([1955-1956]/2002) Do não-senso, e da estrutura de Deus. In: _____. *O seminário, Livro 3: As psicoses, 1955-1956/ 2 ed.*- Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

_____. (1955-1956) Secretários do alienado p. 235-243. In: _____. *O seminário, Livro 3: As psicoses, 1955-1956/ 2 ed.*- Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2002.

Maia, M. C. (2006). O lapso de escrita como refúgio do sujeito In: Mariani, B (org.). *A escrita e os escritos: reflexões em análise do discurso e psicanálise*. p. 31 – 44. São Carlos, SP: Claraluz.

Mandil, R.. (2003). Os efeitos da letra. In: *Opção lacaniana* n 3. Rio de Janeiro/ Belo Horizonte: Contra Capa Livraria/ Faculdade de letras UFMG.

Mendonca, T. C. P. (2005). de. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, 25 (4). Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000400011&lng=en&nrm=iso>.access on 18 set. 2013.

Naves, E. T. (2011). *Oficina terapêutica em saúde mental: tecendo palavras e compondo subjetividades*. Catalão, GO. Manuscrito.

Novaes, M. (2006). O significante-nome próprio na escrita psicótica. In: Mariani, B.(Org.). *A escrita e os escritos: reflexões em análise do discurso e psicanálise*. pp. 141- 155 São Carlos, SP: Claraluz.

Quinet, A. (1997). *Teoria e clínica da psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Rinaldi, D. L. (2006) Clínica do Sujeito e Atenção Psicossocial: Novos Dispositivos de Cuidado no Campo da Saúde Mental In: *Estudos e Pesquisas em Psicologia: Comunicação de Pesquisa*, Rio de Janeiro. 3 (1) (UERJ). Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v3n1/artigos/Comunic%20de%20Pesquisa%20-%20V3N1.pdf>. Acesso em: 14 out. 2013.

Rinaldi, D. L. & Bursztyn, D. C. (2008). O desafio da clínica na atenção psicossocial. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, 60 (2). Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 out. 2013.

Rivera, T. (2000). *Arte e psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.

Rodeguher, P. L. B. (2011) *A escrita na psicose*. Porto Alegre, RS. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32880/000787199.pdf?sequence=1> Acesso em 08 set. 2013.

Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte, MG: Te Cora.

Trevisan, E. (2007). Atelier de escrita: a construção de um lugar de endereçamento. In: _____. *Psicose: abertura da clínica*. Porto alegre, RS: APPOA, Libretos.

Vianna, P. C. M. & Barros, S (2002). O processo saúde doença mental: a exclusão social. *REME Revista Mineira de Enfermagem*, Belo Horizonte, 6 (1/2), 86-90.

Winnicott, D. W. (1975/1971). A criatividade e suas origens. In: _____. *O brincar e a realidade*. (pp. 95-120). Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1983/1963). Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: D. W. Winnicott (Org.), *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 207-217). Porto Alegre: Artes Médicas.

_____. (1983/1963). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 225-233). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

As autoras:

Angélica Lino Pinto é psicóloga, pela Universidade Federal de Goiás, Regional Catalã – UFG/RC. E.mail: angelikinhalp@hotmail.com

Emilse Terezinha Naves é graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (1987), mestrado em Psicologia pela Universidade de Brasília (2001) e doutorado em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (2006). Professora Adjunta III da Universidade Federal de Goiás/Regional Catalão. E.mail: emilsenaves@yahoo.com.br