

# In Formação

Boletim da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia

**02**

Editorial

**03**

Encruzilhada

**06**

Psicoterapia infantil:  
significando o trabalho  
terapêutico e o saber  
parental

**08**

Narrar-se no limite:  
considerações iniciais  
acerca do diagnóstico  
em Psicanálise

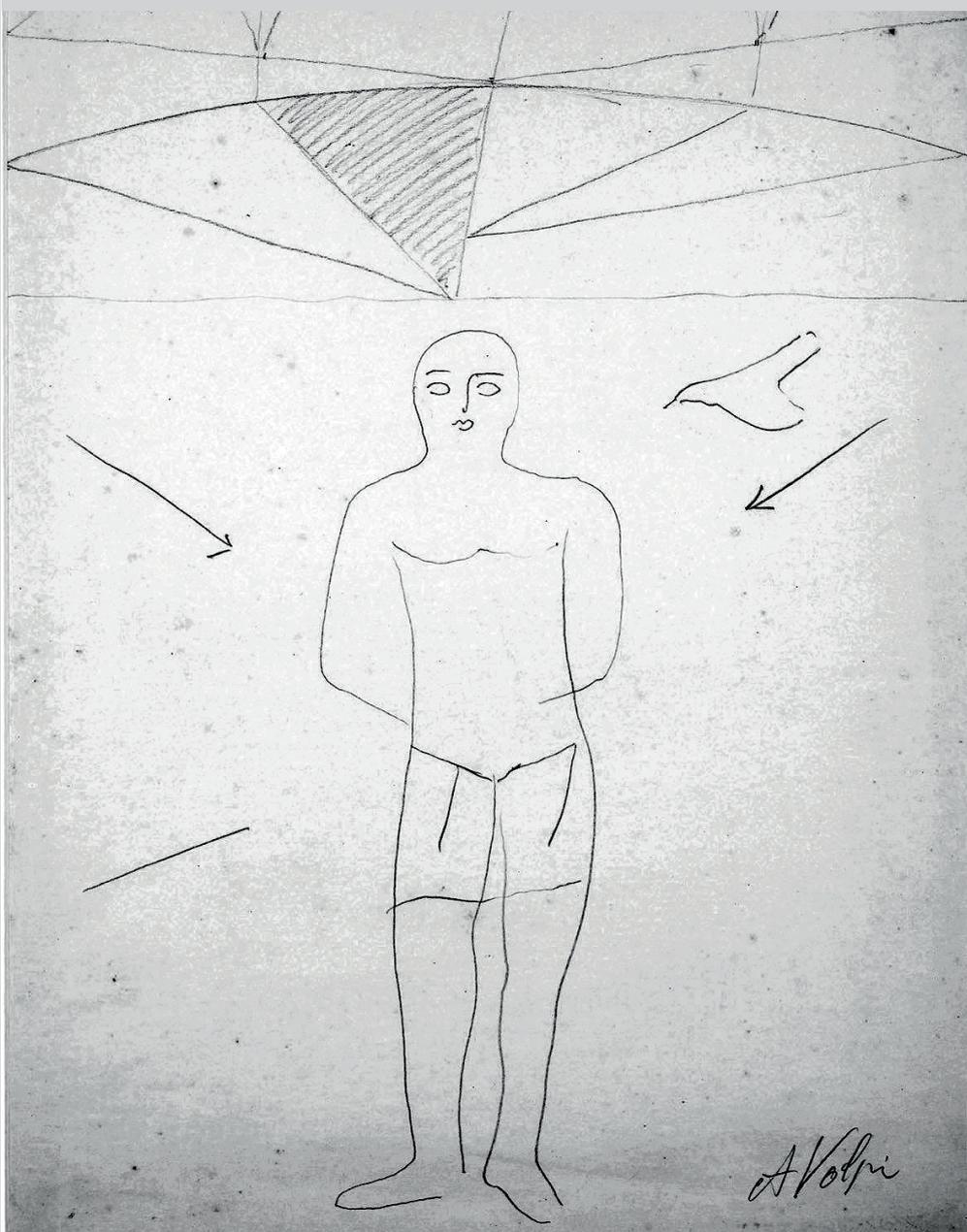
**11**

Considerações  
sobre o sintoma

**15**

Aconteceu em 2018

## *Demandas atuais na clínica*



Esta edição do boletim (In)Formação contempla questões trabalhadas ao longo do ano de 2018, referentes às “Demandas atuais na clínica”. Sua construção delineou-se a partir das discussões de equipe sobre o trabalho de escuta clínica ofertada à comunidade e dos efeitos de reverberação dos eventos promovidos pela Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), durante o ano de 2018. O artigo de abertura, “Encruzilhada”, de Guilherme Silvero Lacerda, tensiona o enigma do sujeito e a demanda de saber endereçada na clínica, denotando a torção realizada por meio da escuta da verdade inconsciente. Já o artigo “Psicoterapia infantil: significando o trabalho terapêutico e o saber parental”, de autoria das estagiárias em Psicologia Clínica, Rafaela Monçalves e Tania Helena Monteiro Andrade, problematiza a clínica com crianças e seus atravessamentos. O texto subsequente, do psicanalista Luciano Mattuella, “Narrar-se no limite: considerações iniciais acerca do diagnóstico em Psicanálise”, questiona o diagnóstico na Psiquiatria, pautada na lógica descritiva dos sintomas, e traz à baila a posição diagnóstica estrutural na leitura psicanalítica. Para finalizar os escritos desta edição, o trabalho de Gustavo Müller, “Considerações sobre o Sinthoma”, expõe a construção do nó borromeano enquanto uma estrutura que dá a ver a travessia do sujeito do sintoma ao Sinthoma. Convidamos à leitura e ao enlace das produções.

(In)Formação : Boletim da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia / Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Curso de Psicologia, Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia. -- N. 1 (jul. 2011) - . Santa Maria, 2011 - .

Semestral  
[www.ufsm.br/ceip/](http://www.ufsm.br/ceip/)  
N. 12 (nov. 2017), “Questões sobre a ética na clínica”.

1. Psicologia. 2. Psicologia - Boletim. 3. Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP). 4. Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH). 5. Curso de Psicologia. 5. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

CDU 159.9(055)

Ficha catalográfica elaborada por Fernando Leipnitz - CRB 10/1958  
Biblioteca Central da UFSM

## EQUIPE DA CLÍNICA EM 2018:

### COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE EXTENSÃO CEIP

Amanda Schreiner Pereira

### PSICÓLOGAS

Aline Bedin Jordão  
Amanda Schreiner Pereira  
Gabriela Oliveira Guerra

### TÉCNICO ADMINISTRATIVO

Marlos da Fontoura Rodrigues

### ESTAGIÁRIOS - ESTÁGIO ESPECÍFICO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Juliane Nascimento Loreto  
Luiza Maus Alberto  
Milena Silveira de Lima  
Rafaela Monçalves  
Tania Helena Monteiro Andrade

### ESTAGIÁRIOS - ESTÁGIO BÁSICO II

Caroline Rabello dos Santos  
Guilherme Domingues dos Santos Souza da Silva  
Lucas Lazzarotto Vasconcelos Costa  
Luiz Henrique Trentin Bottega  
Luiza Pires Roos

### BOLSISTAS

Esmel Luc Olivier Atchori  
Liany Avila da Silva Pereira  
Tania Helena Monteiro Andrade

### PRODUÇÃO

### COORDENAÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO BOLETIM (IN)FORMAÇÃO

Gabriela Oliveira Guerra

### EXTENSIONISTAS E REVISORES:

Amanda Schreiner Pereira  
Aline Bedin Jordão  
Gabriela Oliveira Guerra  
Rafaela Monçalves  
Tania Helena Monteiro Andrade

### DIAGRAMAÇÃO

Estevan Garcia Poll

### CONTATO

Av. Roraima 1000, Cidade Universitária, Bairro Camobi, Prédio 74-B, térreo. Santa Maria/RS. CEP: 97105-900.  
Telefone: (55) 3220-9229  
E-mail: [boletimceip@gmail.com](mailto:boletimceip@gmail.com)  
E-mail da secretaria: [ufsmceip@gmail.com](mailto:ufsmceip@gmail.com)  
Site: [www.ufsm.br/ceip](http://www.ufsm.br/ceip)

### HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

De segunda a sexta-feira  
Manhã: 8h30min às 11h30min  
Tarde: 13h às 18h

## ENCRUZILHADA<sup>1</sup>

*Guilherme Selvero Lacerda<sup>2</sup>*

Dia desses, na clínica, percebi que os quadros de minha sala ilustram “caminhos”. Em um deles, a rusticidade de Iberê Camargo parece talhar a facção uma clareira no meio do mato. Aliás, esse é o nome do quadro: “no meio do mato”. Em outro ponto da sala, Tarsila do Amaral me apresenta caminhos modernos; curvas sensíveis se intercalando entre luz e sombra. E, para fechar a trinca (porque como dizia uma professora que tive: “em psicanálise são sempre 3 ou mais” - e no caso, são mais mesmo), há ainda um outro quadro, de autor desconhecido, que representa uma rua feita de pedras, que se estende ao lado de casarões antigos que inevitavelmente me remontam ao Brasil colônia. Ou, à vila Belga... Enfim.

Falando em Brasil colônia, é provável que você já tenha ouvido falar sobre esse aspecto decisivo para a história do Brasil, que é a vinda (ou a fuga) da família real portuguesa para estas terras, concluída no ano de 1808 (Gomes, 2007). Naquele período, Portugal e suas colônias eram governados por um príncipe regente: Dom João VI. Devido à insanidade de sua mãe, a rainha Dona Maria I, o trono lhe caiu sobre o colo meio que de supetão. E Dom João, definitivamente, não estava preparado para tamanha responsabilidade. De fato, ele nunca havia se preparado para um dia reinar, visto que o herdeiro natural do trono era seu irmão mais velho, Dom José. Contudo, a varíola levou José antes da hora, e a regência ficou com João.

Pois bem, o que gostaria de chamar a atenção diz respeito ao que talvez seja o principal traço da personalidade de Dom João VI e que, conseqüentemente, carac-

terizou sua forma de governar: me refiro a sua “indecisão”. Dom João relutava até o último minuto para tomar decisões e constantemente via-se espremido entre interesses conflitantes. Tomado pela angústia, costumava delegar muitas decisões aos ministros que o rodeavam.

Pensando bem, talvez seja possível supormos alguns aspectos neuróticos nessas hesitações de Dom João. Ainda assim, chegou um determinado momento em que ele se viu obrigado a tomar uma decisão crucial para os destinos de Portugal; e principalmente do Brasil. Nessas épocas, Napoleão Bonaparte estava no auge bélico e estratégico de suas conquistas. A maioria das monarquias europeias já estavam a seus pés. A casa de Bragança, por fim, também teria sua vez. Em suma: Napoleão intimou Portugal a aderir a um bloqueio continental de comércio em relação à Inglaterra; porém, historicamente, Portugal e Inglaterra sempre foram grandes parceiros comerciais, o que complicava bastante o cumprimento das exigências napoleônicas. A Inglaterra, por sua vez, também chantageou Portugal para que não aderisse a tal bloqueio. Percebendo-se encurralado entre as duas maiores potências econômicas e militares de sua época, Dom João tinha pela frente duas alternativas amargas e excludentes:

1. Ceder às pressões de Napoleão, aceitando o bloqueio continental e evitando um ataque;
2. Aceitar a oferta dos aliados ingleses e embarcar para o Brasil levando junto a família real, grande parte da nobreza, seus tesouros e todo aparato do estado; mantendo assim suas alianças e evitando a possibilidade de um fogo amigo inglês.

Havia ainda uma terceira opção: ficar e lutar contra as tropas de Napoleão. A história mostraria que esta talvez fosse uma boa opção, contudo isso nem passou pela

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na VII Jornada da CEIP, em 28 de abril de 2018.

<sup>2</sup> Psicólogo; integrante da Atos – Cultura e Clínica em Psicanálise; especialista em Clínica Psicanalítica - ULBRA/SM; mestrando em Psicanálise: clínica e cultura - UFRGS.

cabeça de Dom João, tamanha a fama de invencibilidade atribuída a Napoleão nesse período. Como sabemos, o indeciso Dom João VI decidiu pela vinda (ou pela fuga) da família real. Uma manobra arriscada e até certo ponto covarde, mas que findou em um sucesso às avessas, visto que o trono e a coroa da casa de Bragança foram mantidos. E Napoleão, em certa medida, foi enganado pelo indeciso monarca.

Retomo genericamente estes pontos de nossa história justamente para observar que, ao que me parece, Dom João VI encontrava-se em uma “encruzilhada”. Lembrei-me disso enquanto estava sentado na minha poltrona, aguardando o próximo atendimento, e me vi rodeado por diversos “caminhos” representados nos quadros da sala. De certa forma, eu estava numa encruzilhada. E aí me pus a pensar sobre as encruzilhadas de todo mundo... Afinal de contas, parece que estamos sempre fazendo escolhas; tomando rumos; voltando atrás; tentando nos situar nesse lugar onde se cruzam caminhos.

É complexo e emaranhado, porque muitos caminhos já estão aí antes mesmo de desembarcarmos neste mundo. No início, isso é legal. Saber o caminho, ver o percurso pronto para seguir. Mas aí acontecem algumas coisas estranhas; o alvorecer de uma vontade intensa de fazer barulho e tentar entender o que se “quer”. De fato, o que se entende é que se “quer” alguma coisa... E o conteúdo disso parece quase sempre muito escorregadio, difícil de pegar. A questão não cessa ao se trazer à consciência algum aspecto insabido. E talvez por isso, a verdade do sujeito seja sempre muito “impermanente”.

É possível que assim possamos entender a constatação desapontada de Freud ao final do texto “A análise finita e a infinita” (2017/1937), de que a psicanálise vai esbarrar no rochedo da castração. Talvez essas coisas tornem o indeciso Dom João VI uma figura mais compreensível em suas hesitações. Porque tomar uma deci-

são, não é algo tão simples. E é justamente isso que o ponto crítico de uma encruzilhada parece nos exigir. A iminência de uma decisão que pode mudar o rumo das coisas, muitas vezes, pode ser um bom motivo para que alguém procure uma análise.

Até porque encontrar-se em uma encruzilhada é também estar num ponto de “enigma”. Aquele filme que passa na cabeça, as certezas vacilando, já não se sabe muito sobre nada. Claro, sempre há quem se autoproclame exitoso nas tomadas de decisões e escolhas de caminhos. Esses geralmente não se demoram em encruzilhadas, pois parece perda de “tempo”. Mas é preciso entendê-los quando falam do tempo, estão acostumados a olhar os relógios... E a gente se acostuma.

Mas eu queria falar daqueles que se demoram em encruzilhadas, e que, por ventura, possam chegar até nossas clínicas. Não é raro que nos peçam para resolver seus impasses; que solicitem alguns ensinamentos de como agir e para onde seguir. Não é raro que nos demandem um “saber”.

Agora, o que temos a oferecer? No princípio, essa suposição toda é importante; porque precisamos que a pessoa venha até nós e fale. Todavia, nossa relação com o saber é um tanto distinta de outras práticas. A torção que o método psicanalítico propõe coloca a verdade no lado do inconsciente, que é o lugar da verdade do sujeito. É nesse sentido que Lacan (1998/1958) propõe que o analista dirige não o analisante e sim, a análise. Ao instituir a regra da associação livre na experiência da clínica, o poder do tratamento é atribuído às palavras do sujeito. O psicanalista, portanto, se abstém de servir-se da transferência como um poder de sugestão. Poderíamos dizer: ele escolhe a “verdade” ao invés do “poder”.

Contudo, cabe perguntar: de que verdade estamos falando? Na euforia mecânica de nossos dias, provavelmente pensaríamos na verificação factual, empírica. Talvez em constatações próximas aos resultados

dos cálculos matemáticos. Compreensível. É das rotinas que se costuma extrair as razões para dar conta do mundo. Mas falávamos da verdade; ou de alguma que fosse possível à experiência psicanalítica.

As contribuições de Jacques Lacan sugerem um avanço para essa questão, pois para ele, a verdade não é suscetível de um saber. Pode-se dizer que Freud tentou, ao longo de seu trabalho, propor que a verdade do sujeito fosse suscetível de se tornar um saber. Entretanto, nos últimos textos, essa ideia vai perdendo força... E ele percebe que talvez uma psicanálise só possa levar o sujeito até o confronto com a castração.

Para Lacan (1992/1969-70), o saber e a verdade devem ser considerados separadamente, como disjuntos. Desse jeito, podemos pensar que a psicanálise não visa nenhuma significação estável; porque isto seria compactuar com a união entre a verdade e o saber pleno. Veja bem: as consequências desta cisão entre verdade e saber podem ser insuportáveis para os neuróticos, visto que estruturalmente supõem que há um saber totalizante sobre sua verdade inconsciente, geralmente calcado na instância paterna. Por outro lado, aos que não se acovardam frente à falta de garantias da existência, o processo analítico pode proporcionar-lhes uma experiência de “flerte” com seu desejo, na direção de possibilitar composições mais interessantes para suas vidas.

Flertar com o desejo quer dizer o quê? Como vimos, não quer dizer um saber sobre o desejo; mas uma proximidade instigante, que impulsione a movimentos que sustentem o ato de desejar. A virada laciana encontra sua força em pensar a análise para além da castração, instigando o sujeito ao exercício do desejo. Não tanto do saber sobre o desejo, mas do próprio ato de desejar. A verdade inconsciente, portanto, não é passível de um saber. Talvez seja de vários saberes, todos incompletos, mas nem por isso menos verdadeiros. O nosso desejo, enquanto engajados eticamente

com a psicanálise, é o de sustentar o ato de desejar; logo, não diz respeito a uma coisa em específico (Calligaris, 1990).

Pensar sobre essas questões de verdade e saber, está longe de poupar o sujeito do ponto crítico de sua encruzilhada. A tomada de decisão provavelmente não se tornará algo agradável, mas talvez possa ser algo mais leve e de caráter menos contundente. Pois sempre haverá a possibilidade de construção de novas verdades e outros saberes.

Em nosso percurso de vida, talvez nunca estejamos “desencruzilhados”. O cotidiano é praticamente uma sucessão de pequenas e grandes escolhas. Possivelmente essas decisões não mudem a história de um país, como no caso de Dom João VI; mas podem fazer diferença no porvir da vida de cada um.

A experiência proposta pela regra fundamental na análise, permite ao sujeito se experimentar “livremente” numa narrativa sobre si. Agora, “que essa liberdade é o que ele tem mais dificuldade de tolerar” (Lacan, 1998/1958, p.647), convoca o analista a apostar na responsabilização do sujeito como condição da análise e única forma possível de vislumbrar seus efeitos. Responsabilizar é fazer o sujeito deparar-se com seu lugar de enunciação; instigando-o pelo caminho do “desejar” até o próximo ponto de encruzilhada.

Pensando bem, ornamentar minha sala com aqueles quadros, não foi tão má ideia. Porque talvez, viver a vida, seja viver encruzilhadas.

## REFERÊNCIAS

- CALLIGARIS, C. O inconsciente em Lacan. In: KNOBLOCH, F., (org.) *O inconsciente: várias leituras*. São Paulo: Escuta, 1991.
- FREUD, Sigmund. (1937). A análise finita e a infinita. In: \_\_\_\_\_. *Fundamentos da clínica psicanalítica*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. (Obras incompletas de Sigmund Freud)

GOMES, L. *1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil*. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2007.

LACAN, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, J. (1969-70). *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

### PSICOTERAPIA INFANTIL: SIGNIFICANDO O TRABALHO TERAPÊUTICO E O SABER PARENTAL

*Rafaela Monçalves e Tania Andrade<sup>1</sup>*

Esse texto surge da discussão de questões referentes à experiência de estágio em Psicologia Clínica, que inclui a prática clínica com crianças e, conseqüentemente, a demanda de quem os acompanha, seus responsáveis. Nosso ponto de partida são excertos de um caso que fez emergir a questão sobre o saber parental e a suposição da criança acerca de seu sintoma.

Trata-se de um menino de 8 anos de idade, o qual chamaremos de Lennon, e que é trazido para atendimento psicológico na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), UFSM, pois encontra-se em processo de elaboração de diagnóstico psicopatológico há três anos. Inicialmente, os pais apresentam a queixa de dificuldade de socialização e de aprendizado. O menino realiza acompanhamento com neurologista e consultas espaçadas com neuropsicóloga, a fim de “fechar” o parecer do diagnóstico. A suspeita é de autismo. Além disso, tem o acompanhamento de uma educadora especial na atual escola.

<sup>1</sup> Graduandas do Curso de Psicologia da UFSM e estagiárias em Psicologia Clínica na CEIP

No primeiro atendimento, nos quais são trabalhados os motivos pela busca do atendimento, comparecem os pais e a criança. Durante a sessão, Lennon mantém-se sentado à mesa desenhando, responde às perguntas quando solicitado e mostra as suas produções. Os pais, por sua vez, mencionam que nunca conversaram com o menino sobre o fato de estar frequentando tantos espaços. O pai afirma que, caso o diagnóstico se confirme, defende que não seja comunicado ao menino: “*ele é criança, não precisa saber disso*”.

Podemos questionar quais seriam as implicações de tal postura, por parte dos pais e, ainda, no que tange à estruturação psíquica da criança. O não informar o porquê de transitar por diversos profissionais reflete a objetualização da criança? Consideramos que este é um questionamento de relevância, indo além do caso exemplificado. A expectativa dos pais de uma confirmação de diagnóstico é no mínimo intrigante, pois se entende que tal hipótese diagnóstica não definiria o investimento afetivo, visto as especificidades de cada sujeito.

Neste sentido o diagnóstico não necessariamente ajudaria a lidar com o sintoma, podendo assim gerar frustrações quanto às expectativas de seus pais e da própria criança. Todavia, “Diagnósticos e remédios são importantes sim, orientam caminhos e aliviam dores, mas também é importante que não encarcerem os sujeitos atrás de rótulos, impedindo-os de se conhecerem para além destas barreiras.” (Rabello, 2014, p. 73)

Rabello (2014), afirma que nos dias de hoje, os pais que chegam ao consultório estranham a falta de resposta imediata para “curar” seus filhos, supõem conhecer o profissional sem nunca tê-lo visto, simplesmente porque leram o currículo na internet e “sabem” o que seus filhos têm, as crianças já chegam diagnosticadas.

Costa (2010) traz as posições de Françoise Dolto, que foi uma pediatra e psicanalista francesa que se dedicou à psica-

nálise infantil e foi membro fundadora da Escola Freudiana de Paris. Referindo-se à importância de se contar à criança todas as verdades de sua história, mesmo que seja doloroso para ela ou para os adultos, a autora sustenta que que isto deveria ser feito em uma linguagem acessível a sua compreensão. A mentira estaria em desequilíbrio com o pressentimento e o inconsciente da criança, que precisaria conhecer a verdade de suas origens, visto que seu sintoma aponta muitas vezes ao não-dito.

Prizskulnik (2004) também afirma que Dolto, em quase toda a sua obra, trabalha como direito primordial da criança que ela seja respeitada como sujeito que receba palavras humanizantes. São palavras justas e verdadeiras sobre tudo o que se passa, em relação ao que ela toma parte ou é testemunha. Sem palavras endereçadas à sua pessoa e ao seu espírito receptivo, percebe-se que a criança fica numa posição inteiramente objetual. Dolto insiste na importância em escutar as crianças e não somente o discurso dos outros acerca delas.

Para esta escuta, é necessária a implicação de todos que se relacionam com a criança, no que tange a ajudá-la a nomear o que lhe afeta. Na clínica, oferecemos à criança materiais para que ela possa se contar: lápis coloridos, papel para desenhar, massinha para modelar, o que lhe permite criar e inventar histórias que alinham o antes e o depois de seus processos de mudanças. Além disso, Rabello (2014) informa que para alguns pais é impossível sustentar a ideia de que é preciso de tempo para liberar seu filho da situação que o aprisiona, o impede de se sentir feliz e seguir em frente ganhando a vida e construindo sua própria narrativa.

Sibemberg (2015), ao abordar a questão do saber dos pais, afirma que estes, na maioria das vezes, ao receberem um diagnóstico, fazem a significação do que escutam sem o conhecimento do especialista. Ou seja, atribuem sentido à fala que declara o nome da patologia pelo filtro

de suas fantasias inconscientes e conscientes, atravessadas pelas metáforas sociais que se criam em torno dos diagnósticos. Diante disso, a angústia, as dúvidas sobre o diagnóstico e suas consequências na vida criança são constantes.

Além disso, questionamentos referentes à causa dos sintomas se fazem presentes e a pergunta sobre a responsabilidade dos pais no problema do filho sempre acabam aparecendo. Para o autor supracitado, o grande número de perguntas reflete o desmonte de um suposto saber sobre como ser mãe e pai, neste sentido, é preciso recompor o saber parental. Assim, se as perguntas se repetem, as possibilidades de lidar com as respostas não têm a mesma constância.

Dessa forma, a necessidade da orientação dos pais sobre a psicoterapia é um ponto extremamente importante, e é por si só uma forma de intervenção. Do mesmo modo, incluindo o saber parental, desconstruímos a ideia de “ser superior” que muitos pais criam sobre a imagem do psicólogo, mostrando-lhes suas funções e papéis fundamentais. Com isso, o clínico proporcionando-lhes a compreensão sobre o funcionamento psíquico do seu filho, o andamento da psicoterapia e as suas implicações no decorrer da constituição do sujeito infantil.

Além disso, ressignificar a questão do diagnóstico permite acolher as angústias dos pais, desmitificando a culpa. Isto não descarta a possibilidade de um espaço próprio para que os pais trabalhem seus fantasmas; ao contrário, permite que se encontrem com eles, movimento de abertura propiciado pela clínica com crianças.

## REFERÊNCIAS

- COSTA, T. *Françoise Dolto. Psicanálise com crianças*. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010, p. 71-73.
- PRISZKULNIK, L. *Françoise Dolto e as crianças. Psicologia em pediatria*, v. 15, n. 2, p. 82 -84, 2004.

RABELLO, A.M.M. Novos desafios da clínica psicanalítica com crianças. *Primórdios*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 67-76, 2014.

SIBEMBERG, N. (2015). Atenção com o diagnóstico: a suspeita de autismo nem sempre se confirma. In: Jerusalinsky, A. (org). *Dossiê autismo*. São Paulo: Instituto Langage, 2015.

## NARRAR-SE NO LIMITE: CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DO DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE<sup>1</sup>

*Luciano Mattuella*<sup>2</sup>

Tenho me dedicado nos últimos tempos à questão do ato diagnóstico na especificidade da clínica do sofrimento psíquico. Gostaria inicialmente de propor que, quando estamos falando de diagnóstico, está em jogo a questão da *nomeação*. Mas *nomear* implica circunscrever algo já existente ou produzir algo novo? A operação diagnóstica é ato preliminar à condução do tratamento ou um efeito *contigente* desta? E qual a relação do diagnóstico com a ideia de normalidade/patologia?

Acredito que estamos diante de um ato inaugural no campo da Psicopatologia quando, em 1924<sup>3</sup>, Freud propõe que a perda da realidade não é uma exclusividade diagnóstica da psicose. O neurótico está também ele *alienado*, desenraizado de um referencial normatizante. É no reencontro com algo que nunca esteve lá que localizamos - ao construí-las - as referências que nos enlaçam com a Cultura. Assim, a questão diagnóstica na Psicanálise, diferente do que ocorre na Psiquiatria e na Psicologia, rejeita uma suposta normalidade

1 Trabalho apresentado no VII Congreso Internacional de Convergencia, movimiento lacaniano por el psicoanálisis freudiano, em Tucumán (Argentina), em 2018.

2 Psicanalista, membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA).

3 FREUD, Sigmund. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). in.. Obras completas, vol 16: O eu e o id, "Autobiografia" e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

de, abrindo lugar para o campo do *narrativo* em sua estrutura.

Gostaria de lembrar aqui de uma passagem em que Lacan afirma que o lugar da Psicanálise na Medicina é "marginal e (...) extra-territorial. Ele é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise - ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior (...). Ele é extra-territorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar esta extra-territorialidade"<sup>4</sup>. Nós, psicanalistas, estamos assim à *margem* do campo científico.

A *marginalização* da Psicanálise do campo da Medicina pode ser acompanhada no próprio histórico das edições do DSM (o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Se nas duas primeiras versões do manual a inspiração psicanalítica ainda parecia bastante evidente, especialmente no que se referia à distinção entre neurose e psicose - precisão diagnóstica tão cara a Freud e a todos nós -, as últimas revisões eliminam completamente a categoria de *neurose* de seu quadro. Do ponto de vista metapsicológico, podemos afirmar que aos poucos a dimensão do *conflito psíquico* foi sendo apagada do DSM, dando lugar às suposições etiológicas naturalistas. Onde antes estava o *conflito* - e consequente divisão subjetiva - agora encontra-se o *déficit*, o desvio de norma. Assim, o DSM foi cada vez mais produzindo um discurso que diz respeito à adequação; um discurso *moral*, portanto. Uma cartografia que produz segregação.

Sabemos que, desde a sua primeira edição, datada de 1952, ao DSM vêm sendo acrescentadas categorias diagnósticas de forma exponencial. Em sua primeira edição, o manual contava com 22 quadros clínicos; a edição mais atual, a quinta, publicada em 2013, conta com aproximadamente 300 categorias distintas. Na passagem do DSM-IV para o DSM-5 também reduziram-se ou tornaram-se mais difusos os

4 LACAN, J. (1966). "O lugar da psicanálise na medicina".

In: Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 32. São Paulo: Edições Eolia, 2001, p.8.

critérios necessários para se estabelecer um diagnóstico. Desta forma, mais do que um aumento de quadros clínicos, ainda temos como consequência desta mudança um maior número de pacientes diagnosticados como sofrendo de algum transtorno mental. Entre nós, sabemos que esta postura é efeito do incremento financeiro da indústria de psicotrópicos - o ato diagnóstico não é mais realizado a partir da narrativa clínica do paciente, mas sim tendo como referência a resposta do mesmo a uma droga específica: caso responda “bem” (e aqui deixamos em aberto o que isso significa) a um antidepressivo, faz-se o diagnóstico de depressão. Ou seja: a clínica vai definhando sob o jugo da técnica acéfala.

Não é disso que se trata na atualmente tão em voga “medicina baseada em evidências”? O evidente, aquilo que se dá a ver. Percebemos aqui, portanto, a já tão defasada clínica do olhar hoje em dia ganhando novo fôlego pelo discurso do capital, do mercado que eleva a imagem ao estatuto de mercadoria. O ato diagnóstico é hoje um produto, e não uma operação clínica - o que faz do paciente um consumidor.

Ou seja: um indivíduo nos tempos atuais só se torna visível ao saber científico - e ao cuidado que daí pode advir sob a forma de um tratamento psiquiátrico, por exemplo - se sofrer de acordo com os parâmetros de visibilidade propostos. Em outros termos, o sofrimento é reconhecido apenas dentro de um registro previamente estabelecido de formas genuínas de sofrer. Desta forma, podemos pensar que a lógica descritiva do DSM-5 produz artificialmente as condições de sofrimento de uma época. Curiosamente, o manual que tem por horizonte a descoberta de etiologias bioquímicas, acaba sendo ele mesmo o produtor de um discurso simbólico que organiza os modos de padecimento psíquico, denunciando de forma não-proposita que o sofrimento é dependente da *matriz narrativa* de uma época.

Um bom exemplo disso é tão corriqueiro diagnóstico contemporâneo de *trans-*

*torno de personalidade borderline*. Acredito que, assim como acontece comigo, os colegas também estejam recebendo um crescente número de encaminhamentos de pacientes diagnosticados pelos psiquiatras, médicos (e até por vizinhos e parentes) como *borderlines*. Esta controversa categoria permite que analisemos de forma bastante aguda como a lógica que sustenta o DSM é a mesma que produz o adoecimento. Para tanto, basta nos atermos a alguns dos considerados critérios diagnósticos: “esforço desesperado para evitar abandono real ou imaginado”; “padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizados pela alternância entre extremos de idealização de desvalorização”; “perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo”<sup>1</sup>, entre outros.

Ora, se pensarmos que vivemos em uma cultura em que a imagem é o elemento organizador dos lugares de reconhecimento, é bastante plausível que se produzam subjetividades cujo humor e valia são modulados pelo olhar do Outro, pelo amor do Outro: de onde, portanto, veríamos se precipitar como consequência o chamado “esforço desesperado para evitar o abandono”, bem como a “alternância entre extremos de idealização e de desvalorização”, afinal, é próprio do registro imaginário o binarismo. Ainda, quando a etiologia do sofrimento psíquico é atribuída a elementos externos à narrativa do sujeito (o genético, o bioquímico), não é de se espantar que se manifeste esta “instabilidade acentuada e persistente da autoimagem” - afinal, como acessar os alicerces simbólicos que constituem uma narrativa mínima de si quando o sujeito não se encontra implicado em sua queixa?

Segundo esta linha de raciocínio, o transtorno - *disorder*, no inglês - é justamente o seu oposto: é uma forma de adequação. O chamado *borderline* é aquele

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 663.

sujeito que está profundamente alienado ao discurso de uma lógica diagnóstica neo-positivista. Ele mimetiza em seu sofrimento a potência objetalizante de uma forma de pensar o sofrimento psíquico que forclui tanto aquele que sofre quanto o agente que opera o diagnóstico. O *borderline* é um axioma ambulante de uma técnica que se julga a-teórica, de um saber sem história. Um saber, como diz Lacan, “inteiramente autônomo do saber mítico”<sup>1</sup>.

Minha preocupação agora se volta então para o que diz respeito ao diagnóstico em Psicanálise, especificamente a lacaniana. Ao dizermos, por exemplo, que um neurótico obsessivo se posiciona frente à castração tornando o seu próprio desejo *impossível*, não estamos fazendo precisamente o mesmo que o agrimensor borgeano? Não nos vemos à procura de um traço essencial e universalizável a todos os neuróticos obsessivos? Sendo assim, o que diferenciaria esta tomada de posição daquela dos médicos e psiquiatras que estabelecem critérios diagnósticos irreduzíveis?

Freud, ainda nos escritos pré-psicanalíticos, também buscava o que seria uma causalidade específica das neuroses - encontrou-a no campo da experiência traumática com o sexual. Mas acho importante atentarmos para o fato de que Freud tomava a histeria como uma *síndrome*, ou seja, como um conjunto (um *cluster*, na linguagem atual) de sintomas que costumemente encontramos associados, e não como uma patologia bem definida. Além disso, Freud falava da histeria de conversão, da neurose obsessiva e da histeria de angústia como *adquiridas*, ou seja, como contrapostas a um suposto estado normal. Freud, portanto, trabalha com a *normalidade* como uma operador referencial. Não temos tempo aqui para seguir este caminho, mas claramente percebemos como Freud reformula estas concepções, especialmente ao afirmar, em 1930<sup>2</sup>, que

a neurose é uma das formas de nos posicionarmos frente ao mal-estar.

Lacan, como sabemos, leva esta discussão mais adiante: ao propor a neurose como laço transferencial mais bem estabelecido na Cultura, já não faz mais sentido pensar na causa precipitante da neurose. Ainda assim, a proposição diagnóstica estrutural trabalha com um elemento mínimo para a localização de um sujeito na neurose/perversão ou na psicose: a inscrição ou não no simbólico do significante nome-do-pai. Relanço a questão: não estaríamos aqui também nos aproximando de um critério diagnóstico universal?

Sei como este tema é delicado e de complexa discussão, por isso mesmo me senti convocado a trabalhá-lo aqui, junto a vocês. Por fim, creio que a minha pergunta seja a seguinte: *como operarmos clinicamente com o diagnóstico estrutural sem, com isso, reproduzirmos de forma incauta a lógica descritiva dos critérios diagnósticos mínimos e suficientes?*

### REFERÊNCIAS:

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 663.
- FREUD, Sigmund. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). n. \_\_\_\_\_. Obras completas, vol 16: *O eu e o id, “Autobiografia” e outros textos*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 (1924).
- FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 (1930/1936).
- LACAN, J. “O lugar da psicanálise na medicina”. In: *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional*

1 LACAN, Jacques. O Seminário - Livro 17: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992, p. 94.

2 FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização, novas conferên-

cias introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

de Psicanálise, n. 32. São Paulo: Edições Eolia, 2001 (1966).

LACAN, Jacques. *O Seminário - Livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992 (1969/70).

## CONSIDERAÇÕES SOBRE O SINTHOMA<sup>1</sup>

Gustavo Müller<sup>2</sup>

*Agradeço a CEIP pelo convite em compor essa Jornada. Quero aproveitar também o momento para agradecer os colegas de Prévôté por esses anos de transferência em torno da Psicanálise. Agradeço ao cartel de leitura dos seminários de Lacan, dos seminários 21, 22 e 23, que me conduziram até o nó borromeano. E um agradecimento especial à colega Daiane Maldaner que me ajudou a atravessar os abismos dessas leituras.*

Quero trabalhar hoje com vocês esse *sinthoma*, assim com “th”, com essa letra a mais ele fica diferente do sintoma como Freud nos apresentou. Lacan buscou e resgatou essa antiga forma de escrita para renomear o sintoma nos anos 70, em particular no seminário dedicado ao “caso joyce”, do ano de 1975-76, seminário intitulado: o *Sinthoma*.

Esse Lacan dos anos 70 é surpreendente! Depois de tudo que ele nos apresentou com seu “retorno à Freud” (anos 50 e 60) vemos um Lacan bastante “lacaniano”, um Lacan que parece deixar para Freud o que é de Freud e se permitir como que em uma espécie de “heresia”, ousar sustentar, mais uma vez o que era próprio dele, ou seja, avançar no campo psicanalítico sempre a partir do seu ternário: o real, o simbólico e o imaginário (R.S.I). E mais uma vez isso produziu mudanças na direção de seu ensino, mudanças radicais até mesmo para

os dias de hoje. Alguns analistas referem-se a este tempo como sendo a segunda clínica lacaniana, ou o Lacan do real, um Lacan borromeano, um Lacan joyceniano, etc.

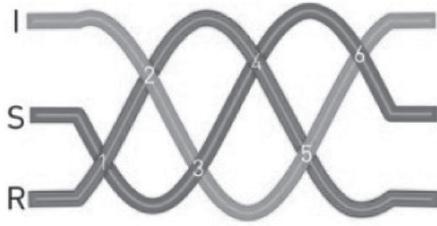
Pensar o *Sinthoma*, escrito assim, *he-lenizado*, é antes de mais nada reconhecer que há uma transformação. Transformação que vai de um ponto de partida que seria o sintoma, até um ponto de chegada, o *Sinthoma*. Essa transformação é a própria direção da Psicanálise! É a “cura psicanalítica”, ou o que se chamou depois de “travessia da fantasia”, é o tempo de uma análise que vai da demanda de cura do sintoma à identificação com o *Sinthoma*. Aquilo que Lacan chamou de *passé*. É uma passagem!

O *Sinthoma* está vinculado ao nó borromeano. Toda formulação, toda teoria, toda hipótese sobre o *Sinthoma* só apareceu devido ao trabalho de Lacan desde idos de 71 até o fim de seu ensino com as cordinhas de barbante, com as tranças e os nós. Esse trabalho com os nós, tanto com o nó no real, assim o chamo quando ele é feito direto com o manejo/manipulação das cordas, o que produz sempre equívocos (basta tentar manipular para ver no que dá, sempre erramos ao passar uma corda por cima da outra), quanto no nó aplainado, feito no papel ou no quadro (desenhado), que não deixa de produzir lapsos e equívocos, parece ser a tentativa de Lacan em abordar o real, o real da Psicanálise. Não que ele não tenha dito antes... sobre esse *Sinthoma*, mas sobre o dito sempre fica o escondido...que Lacan preferiu dessa vez não dizer de novo, mas sim mostrar! Esse foi o momento da mostra da Psicanálise. E o nó borromeano serviu como uma luva, como um anel no dedo.

Esse nó, no uso psicanalítico, teve como função primeira homogeneizar os três registros trabalhados por Lacan desde 53, com o nó não há mais supremacia do simbólico sobre o imaginário e nem do real sobre o simbólico. Eles estão atados de tal forma que se um deles se romper os outros dois se separam. Isso evidenciou uma sólida dependência e articulação dos três registros.

1 Este texto foi apresentado originalmente na VII jornada da CEIP - Laço social e sintomas contemporâneos, em 28 de abril de 2018. Optamos aqui em tentar reproduzir para a escrita o mais próximo da fala do dia do evento.  
2 Gustavo Müller. Psicólogo, Psicanalista, membro da APPOA.

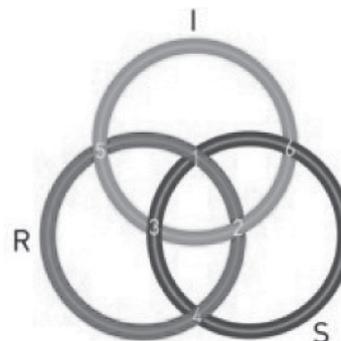
Bem, vamos começar a pensar o que está implicado no trançado e o que essa trança entre RSI produz:



Vejam o que se passa nos 6 pontos onde os registros se furam e suturam, traçando assim uma trama. Angela Vorcaro (1997) trabalha há algum tempo com essa trança perfazendo a leitura lacaniana sobre o complexo de Édipo e a constituição do sujeito:

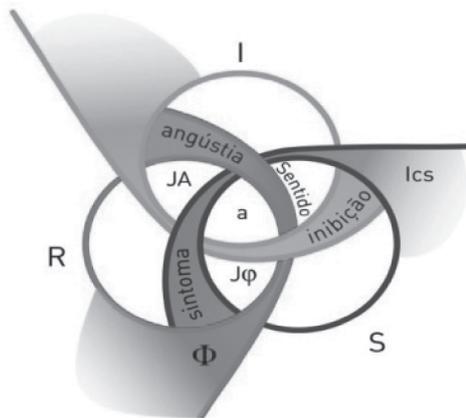
3. R-S: Esse primeiro movimento é onde o próto-simbólico é perfurado pelo real. O que fazia alternância (mais/menos ou presença/ausência) e constituía uma matriz simbólica não se mantêm. É a primeira descontinuidade. Com isso o organismo “grita” como apelo à matriz anterior. Fica marcado um traço desse real no simbólico, traço que desenha no “destino” do sujeito que o gozo esperado nunca será o gozo obtido.
4. I-R: Se tenta superar essa descontinuidade situando o agente da privação do gozo. É a Mãe que nasce (mãe potente imaginária) para tentar suprir a falta real no simbólico.
5. S-I: A Mãe mostra-se insuficiente. O infans então se oferece como falo imaginário (-φ). O simbólico tentará por outra via suprir essa falta da mãe. Com esse terceiro movimento vemos se operar no nó o fechamento do campo do gozo que demarca que algo ficou perdido para sempre (objeto a). Agora resta organizar as pontas soltas, em outras palavras “alguém” ou “algo” que possa funcionar no sentido de organizar o campo do gozo.

6. R-S: A condição de ser signo do falo (-φ) não se sustenta, visto que não satisfaz a mãe. O infans não tem outra forma de defender-se do Desejo da Mãe (DM), de ser anulado, devorado pela “boca do jacaré”, a não ser em admitir que há um real. O real então impossibilita essa relação! Aqui veremos o real fundando no campo do gozo o que Lacan chamou de Gozo Outro (J/A).
7. I-R: Essa impossibilidade real, esse obstáculo, é personificado no Pai (Pai mítico na sua onipotência). De um lado pai terrível, por nos tirar a mãe, de outro pai amado por nos defender da voracidade materna ilimitada. Aqui veremos o Imaginário se fechar e fundar no campo do gozo o espaço do Gozo do Sentido.
8. S-I: Esse sexto e último cruzamento é efeito da exaustão das combinações do I-R, que são as formas da impossibilidade de ser o falo (-φ) da mãe. É a constituição da Metáfora Paterna (MP ou NP) onde o Simbólico ultrapassa o Imaginário. Isso quer dizer que o falo imaginário sai do jogo e é substituído pelo falo simbólico (falo Φ). Essa é a dialética de ser o falo para ter o falo, que regula as relações entre lei e desejo. Veremos que o simbólico ao se fechar funda no campo do gozo o Gozo fálico (Φ).



É nessa trama, nessa tecitura de perfurações que se evidencia que a estru-

tura do sujeito é sempre furada (é uma furada! Aqui no sentido que sempre irá mancar, claudicar...). São nesses 6 pontos de cruzamentos que, de forma diacrônica, vemos instantes precisos do que Lacan trabalhou como sendo a estruturação do sujeito psíquico e o complexo de Édipo como uma encruzilhada estrutural.



Essa trama borromeana de um lado nos dá uma estrutura, mesmo que frágil (pois como disse, sempre podemos equivocar em sua amarração), de outro lado nos tira a realidade. “Vivemos em uma realidade sem existência”, é uma realidade tecida de imaginário e simbólico, realidade fantasiosa que sempre tenta encobrir o Real, encobrir a falta. Mas também é nesse tecido que podemos fazer laço social, construindo assim uma realidade discursiva. O que quero dizer é que essa “realidade sem existência” é um limite para o Gozo.

Para que o Campo do Gozo tenha suas bordas (limites) delimitadas, vimos isso nos cruzamentos 4,5,6, é necessário entrar em função um agente: o Pai. Função de interposição, de interdição, de lei. O campo do gozo delimitado funciona como uma “constrição do gozo”. Freud chamou de complexo de castração (Édipo), Lacan no seu estruturalismo chama de Metáfora Paterna, onde o Nome-do-Pai substitui o Desejo da Mãe.

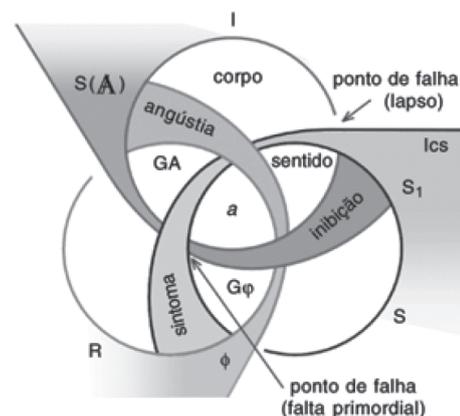
A “aceitação” do Nome-do-Pai na trama do sujeito é o que dá acesso ao universo do discurso, que é uma proteção contra o Real. Acredito que essa noção

ou conceito de Nome-do-Pai é o conceito fundamental da obra lacaniana. Durante muitos anos Lacan fez desse conceito a função de amarração estrutural, amarração do nó borromeano.

Bem, mas o que sabemos, ou seja, o que a clínica psicanalítica testemunha, é que o Pai sempre falha em sua função. Não que determinado pai não esteja à altura de sua função, pai que aparece na clínica enquanto falta ou excesso, mas falha porque o pai edípico não tampona o furo do Real. É o pai faltoso. Muito se tem falado disso, declínio da função paterna, da imago paterna, etc. É furo do real no nó, que Skriabine (2009) chama de “furo no universo”, não há esse Outro do Outro S(A), um outro último. Mesmo que idealizássemos esse Pai (deus) todo potente, sabemos que a falta ronda, ou melhor, rondamos, giramos em torno da falta, nem que seja para dizer a todo momento que ela não há.

O Pai não é a garantia para sustentar R.S.I., e é nesse ponto que Lacan (1974-75), no seminário 22: R.S.I., em meio a uma hesitação entre continuar seguindo Freud, ou seja mantendo o nó de três, opera uma passagem ao nó de quatro. É a passagem do Pai como “garantia”, de um pai como suposta condição ideal de amarração, para um pai do qual devemos prescindir, com a condição de “servir-se dele”.

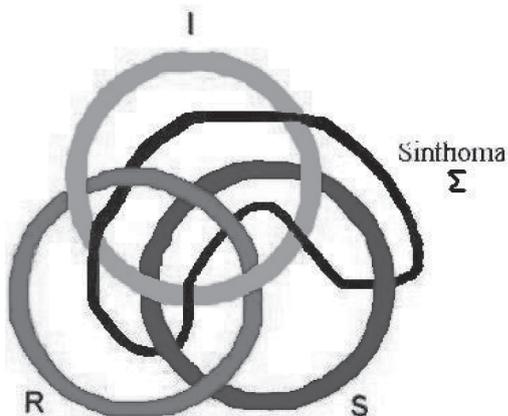
Nesse mesmo seminário 22, Lacan (1974-75) localizou as 2 falhas na amarração borromeana a 3. Dois pontos de falha, que podem ocorrer justamente no simbólico (no nosso nó correspondem aos pontos 3 e 6).



Passar (fazer o passe?) do nó edípico ao nó do Sinthoma implica uma “perversão”! Uma *Père-version*, ou seja, um Pai-versão (Versão-do-Pai). Por sinal, essa foi a Pai-versão de Lacan na Psicanálise, nos apresentar um pai que não é o de Freud. Será que podemos falar em pai borromeano? Em todo caso, temos essa passagem no seminário 23, no qual prescindir do pai implica numa mudança sintomática. Na análise isso acompanha o fim de um processo, deixar de sofrer do sintoma para “fazer uso” dele. Para Lacan (2007/1975-76): “saber-fazer-com” o Sinthoma.

Em uma passagem do R.S.I., Lacan (1974-75) diz que o Édipo não teve tempo de “laiusar”. Que se tivesse tido tempo, este seria o tempo de uma análise. Laiusar, seria como que, usar, gastar o Pai, saber sobre os pecados de Laio (ponto de falha). Ao não saber sobre o pai, esse saber fica “insabido” e entra como resto, como destino do sintoma. A consequência disso é uma maldição (mal-dicção).

No Sinthoma (LACAN, 2007/1975-76), na apresentação do nó borromeano, vemos acrescido, somado, um 4º anel, o Sinthoma. É justamente esse 4º anel que permite que os outros três permaneçam juntos (ainda de forma borromeana, onde retirando um anel os outros se separam), o Sinthoma cumpre essa função de manter a realidade R.S.I. A grande questão é que isso ocorre como que “suprindo” (suplência) uma carência do Nome-do-pai.



Em nosso nó do Sinthoma vemos duas particularidades que merecem destaque. A primeira é que o Sinthoma se sobrepõe ao imaginário, isso pode nos levar a pensar nas rupturas das identificações na travessia da fantasia. A segunda diz do simbólico +  $\Sigma$ , um simbólico “alongado”, que irá refletir na linguagem e, particularmente (singularmente), na língua de um sujeito. Aqui adentramos no “caso” trabalhado por Lacan ao longo de todo o seminário 23, o caso James Joyce.

Para Lacan, Joyce é o próprio Santo-homem, Sim-thomas, o homem pecador que produz a herezia (*hérésie*) com a língua e com a literatura. Joyce produz uma espécie de despertar pelo Sinthoma, onde sua obra “carente de significação” liberta a linguagem do sono do imaginário. É o despertar de *finnegans* (*finnegans Wake*).

O tornar-se artista, artesão das palavras, no caso de Joyce, mostra novamente para a Psicanálise que o Sinthoma não seria exclusividade de um fim de uma análise, mas que na Psicanálise pode ser o fim de uma análise. Joyce não fez análise! Mas “encarnou” tão bem o Sinthoma, que se identificou com o Sinthoma! Essa identificação é o próprio “saber-fazer-com”, do qual resulta o Singular, é uma identificação com o mais singular. Joyce, para Lacan (2007/1975-76), está desabonado do Inconsciente, visto que o inconsciente é o discurso do Outro. Agora esse simbólico robusto, sofisticado pelo  $\Sigma$ , faz uso daquilo que ficaria como insabido a todo tempo, faz uso da equivocação, por isso “o equívoco é nossa única arma contra o sintoma” (Lacan, 2007/1975-76).

Bem, não me alongando muito, termino hoje dizendo que o Sinthoma é o que permite a um sujeito lidar de uma forma muito especial com a falta no Outro S(A). Mas passar do sintoma ao Sinthoma na maioria das vezes não se faz sem um longo tempo de travessias. Tempo esse que Lacan nos lembra que faltou a Édipo, o tempo de olhar para os pés.

## REFERÊNCIAS

- LACAN, J. *Os não tolos erram/os nomes do Pai*. 1973/74. (inédito).  
 \_\_\_\_\_. *R.S.I.* 1974/75. (inédito).  
 \_\_\_\_\_. *O Seminário Livro 23. O Sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007 (1975/1976).  
 Skriabine, P. (2009). Localizar-se sobre a estrutura. *Revista Agente*. Revista de Psicanálise do Instituto de Psicanálise da Bahia, n. 7, Disponível em: [http://www.institutopsicanalisebahia.com.br/agente/07/15/003\\_agente07\\_pierre\\_skriabine002.pdf](http://www.institutopsicanalisebahia.com.br/agente/07/15/003_agente07_pierre_skriabine002.pdf) Acesso em: 1º Out. 2011.  
 Vorcaro, A. *Acriança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

## ACONTECEU EM 2018

### EVENTOS PROMOVIDOS PELA CEIP

#### 11º ENCONTRO CLÍNICO - “FORMAÇÃO DO SINTOMA NA PSICANÁLISE”

Ocorrido em 23 de março, o encontro com o psicanalista Luís Fernando Lofrano de Oliveira, professor da UFSM, aprofundou o conceito de inibição e de sintoma em Sigmund Freud e abordou a formação de sintoma para a Psicanálise e a visão de sintoma para a Psicologia, diferenciando Ato e Escrito, de Ação e Texto. Com suas pontuações, inaugurou uma série de trabalhos a serem apresentados durante o ano nos eventos da CEIP, cujas ações fomentam a transmissão da Psicanálise.

#### VII JORNADA - “LAÇOS SOCIAIS E SINTOMAS CONTEMPORÂNEOS”

Realizada no dia 28 de abril, a jornada da CEIP teve como proposta trabalhar a atualidade das formações do inconscien-

te, como proposto pela Psicanálise desde Sigmund Freud, por meio da contemplação das manifestações cotidianas e das expressões sintomáticas do mal-estar contemporâneo. O evento contou com a participação de psicanalistas vindos de Porto Alegre, como Lúcia Serrano Pereira, Luciano Matuella e Paulo Gleich; e com psicólogos e psicanalistas da cidade de Santa Maria.

#### 1ª RODA DE CONVERSA - “AUTISMO: DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS”

Ocorrido em 17 de agosto, a proposta deste espaço foi construída a partir de demandas oriundas da prática da psicologia clínica na CEIP, onde se observou a ampliação da procura de tratamento psicológico para casos com diagnóstico de autismo. Para tanto, abriu-se o diálogo a nível interdisciplinar, a fim de fazer circular as questões do público presente sob a experiência dos profissionais convidados.

#### 2ª RODA DE CONVERSA - “MORTE E LUTO”

Realizada em 12 de novembro, este espaço surgiu através de demandas de intervenção acerca do suicídio, endereçadas à CEIP. A partir do trabalho junto aos estagiários básicos de psicologia, por meio de debates das construções teóricas, séries atuais e um filme que situou a questão a partir da lógica do imperativo mercadológico contemporâneo, houve ampliação das questões e a proposta do evento com o intuito de expandir as discussões sobre a morte e o luto, envoltos de não-ditos.

### ESPAÇOS DE ESTUDOS PROMÓVIDOS PELA CEIP

#### REUNIÕES DE PSICANÁLISE

Encontros abertos ao público interessado pela Psicanálise, sob coordenação do Prof. Dr. Luís Fernando Lofrano de Oliveira. Ocorre nas segundas-feiras às 11h30m.

## **SEMINÁRIO “INTRODUÇÃO À CLÍNICA PSICANALÍTICA”**

Encontros com psicanalistas e psicólogos clínicos, a fim de discutir variados temas sobre a escuta em Psicanálise; apoiando-se em um escrito de base sugerido antecipadamente pelo profissional convidado e coordenador do debate. As inscrições para os encontros são abertas mensalmente. Ocorre na última terça-feira de cada mês, às 9h30m.

## **GRUPO DE LEITURA “SEMINÁRIO 4 DE JACQUES LACAN”**

Espaço de leitura do seminário proferido por Jacques Lacan, em francês e em português, coordenado pela psicanalista Amanda Schreiner Pereria, pela psicóloga Gabriela Oliveira Guerra e pelo bolsista Esmel Luc Olivier Atchori. Participam estudantes do curso de graduação em Psicologia da UFSM e demais interessados pela Psicanálise. Ocorre quinzenalmente, nas quartas-feiras, às 15h30m.

## **PARTICIPAÇÕES DA EQUIPE EM EVENTOS**

### **I CONGRESSO DE PSICOLOGIA**

A CEIP foi representada pela sua coordenadora, Amanda Schreiner Pereira, durante o I Congresso de Psicologia organizado pela ULBRA Santa Maria. Sob o eixo temático “Infância e Clínica”, a psicóloga proferiu a conferência “Nos tempos de/da criança” na noite de encerramento do evento, dia 14 de setembro.

### **RODA DE CONVERSA SOBRE SAÚDE MENTAL**

A coordenadora da CEIP, Amanda Schreiner Pereira, representou a Clínica na Roda de Conversa sobre Saúde Mental organizada pelo CESH, no dia 25 de setembro. Destinado à apresentação dos

serviços de acolhimento das demandas relativas ao sofrimento psíquico na UFSM, o evento fez alusão ao Setembro Amarelo.

### **33ª JAI**

No dia 24 de outubro, a bolsista FIEEX 2018, Tania Helena Monteiro Andrade, apresentou o trabalho intitulado: Percurso de uma Clínica de Psicologia ao se tornar Programa de Extensão na UFSM, na 33ª Jornada Acadêmica Integrada (JAI). O trabalho de sua autoria, juntamente com o bolsista Esmel Luc Olivier Atchori, sob orientação de Amanda Schreiner Pereira, apresentou: o levantamento do número de casos acolhidos e dos atendimentos realizados na Clínica; a descrição das propostas dos eventos realizados, bem como o público participante; e a abrangência da divulgação dos Boletins (In) Formação entre os anos 2015 e 2017.

### **10º SIEPE**

A psicóloga Gabriela Oliveira Guerra esteve presente na 10ª edição do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão (SIEPE), realizado nos dias 06, 07 e 08 de novembro, nas cidades de Santana do Livramento/BR e Rivera/UY. Representando a CEIP, Gabriela participou da Roda de Conversa sobre Saúde Mental no Ambiente Universitário entre profissionais de diferentes instituições, a saber: UNIPAMPA, IFSUL e UERGS. Na oportunidade, foi debatida a construção de ações interinstitucionais entre as equipes de fronteira.