

Evento: XXX Seminário de Iniciação Científica

CONSIDERAÇÕES SOBRE O SINTOMA NOS CAMPOS DA PSIQUIATRIA E DA PSICANÁLISE¹

CONSIDERATIONS ABOUT THE SYMPTOM IN THE FIELDS OF PSYCHIATRY AND PSYCHOANALYSIS

Luiza Possati Souto², Carolina Baldissera Gross³

¹ Trabalho realizado durante a disciplina de Psicopatologia no curso de Psicologia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, durante o primeiro semestre de 2022.

² Acadêmica do Curso de Graduação em Psicologia da UNIJUI, bolsista PIBEX/UNIJUI, luiza.souto@sou.unijui.edu.br

³ Professora do Curso de Graduação em Psicologia da UNIJUI, Mestre em Atenção Integral à Saúde pela UNICRUZ, carolina.gross@unijui.edu.br

INTRODUÇÃO

Tendo em vista que em um diagnóstico, tanto psiquiátrico quanto psicanalítico, o sintoma tem uma função fundamental para sua construção, tanto os que se apresentam quanto os que são relatados pelo paciente. O(s) sintoma(s) para cada campo tem diferentes importâncias.

O diagnóstico psiquiátrico, analisa os sinais e sintomas que possui, investigando assim o quadro de maneira geral, a fim de encaixá-lo em um diagnóstico determinado pelos sintomas. A psiquiatria busca, frequentemente, um fator orgânico ou biológico como causa, acarretando possivelmente em intervenções farmacológicas que inibem os sintomas por um período de tempo, impedindo que o indivíduo encare suas questões subjetivas, como o luto, por exemplo. Comumente, a maneira como se trata as psicopatologias é de certa forma, mecanicista, focando mais no diagnóstico classificatório, do que no próprio sujeito que porta o sintoma.

Diferentemente da psiquiatria, a Psicanálise vê os sintomas, e conseqüentemente as patologias, de uma forma a priorizar a subjetividade do sujeito. Psicopatologias, para a psicanálise, são estruturas psíquicas formadas a partir do Complexo de Édipo, originadas por um conflito psíquico; fazem parte da forma como o indivíduo encara a realidade externa e interna, podendo ser estas neuroses (quando o conflito é interno, e o indivíduo tenta fugir/não saber na realidade) ou psicoses (quando o conflito é externo e o indivíduo nega a realidade e tenta substituí-la).

O diagnóstico não se resume a observância de sinais e sintomas, apesar de não menosprezar sua importância, mas procura conhecer suas raízes infantis e traumáticas, o que



foi recalçado ou rejeitado pelo consciente e teve que manifestar-se através dessas características para que o indivíduo encontrasse uma homeostase/equilíbrio. Por esse motivo, os sintomas são importantes fatores estruturais do sujeito, não podendo ser completamente retirados sem prejudicar sua homeostase, mas sim, ressignificados através do tratamento analítico pela fala.

METODOLOGIA

O presente estudo refere-se a uma pesquisa bibliográfica realizada durante o primeiro semestre do presente ano, durante o componente curricular Psicopatologia do curso de Psicologia da UNIJUÍ. O estudo desdobrou-se a partir do conceito de sintoma nos campos da Psicopatologia e da Psicanálise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É visto que Freud buscou referências entre os grandes nomes da psiquiatria clássica alemã, como Griesinger e Kraepelin, o que torna a psicanálise, assim como a psicopatologia, tributária da psiquiatria clássica. A ideia de organizar uma psicopatologia a partir de uma classificação nosológica, por exemplo, tem suas raízes na nosografia psiquiátrica de Kraepelin, principalmente no que se refere às neuroses. No fim do século XIX, Freud reúne as neuroses e organiza um campo para elas, ainda que como um dispositivo para a formulação da etiologia das doenças mentais, muito diferente daquele preconizado pela clínica psiquiátrica. O que intenciona-se dizer é que, se Freud inicialmente comunga com a psiquiatria, com o mesmo objeto de interesse e alguns pressupostos, ele dá à psicanálise outras direções. Interessado pela clínica da psicose, Freud criou novas possibilidades para refletirmos sobre a função que alguns fenômenos, como o delírio e a alucinação, poderiam ocupar na vida de um sujeito, apontando assim como a psicanálise poderia avançar para além dos limites da psiquiatria. (SIMÕES; GONÇALVES, 2019).

A psiquiatria afasta-se progressivamente da psicanálise e dos seus preceitos conceituais e clínicos estando cada vez menos preocupada com a etiologia e dispendo de drogas dotadas de eficácia para fazer correções biológicas capazes de suportar sua prática. Como efeito desse desenlace, na terceira versão do DSM é possível observar uma nova forma de nosografia das doenças mentais, marcada pela descaracterização dos grandes grupos psicopatológicos propostos por Freud. Esse momento, nomeado por Christian Dunker (2014)



como expurgo da psicanálise, responde à demanda daqueles que consideravam que, até sua segunda versão, o DSM representava o compromisso entre a psiquiatria normativa com uma psicanálise retrógrada. Multiaxial, o novo modelo consistia num sistema classificatório atóxico das grandes síndromes psiquiátricas que se propunha suficiente para apoiar diagnósticos precisos e universais, nos quais não caberiam referências ontológicas (DUNKER, 2014 apud SIMÕES; GONÇALVES, 2019).

Freud alertou que sintomas são formações de compromisso entre as diversas instâncias do aparelho psíquico. Mais ainda, ele defendeu que, nos quadros psicóticos, “o que consideramos produto da doença, a formação delirante, é na realidade tentativa de cura” (FREUD, 2010 [1911b], p. 94 apud SIMÕES; GONÇALVES, 2019), indicando que a possibilidade de estabilização do delírio apontaria para uma vantagem clínica. Da mesma forma, a paranóia foi pensada por Lacan como uma evolução. (SIMÕES; GONÇALVES, 2019).

No período antes de 1900, Freud defende que a histeria é o produto de um conflito psíquico que seria gerado por um evento traumático, que apesar das marcas que tenha deixado não é lembrado no estado de vigília. Dessa forma, tais eventos que supostamente foram “esquecidos/recalcados” retornam ao corpo em forma de sintomas físicos como paralisias, dores inexplicáveis e até mesmo cegueira (entre outros). Acredita também que o tratamento permite mexer no arranjo feito pelo paciente para manter fora de sua consciência as lembranças traumáticas (defesa), ou seja, quando a resistência cede, e as lembranças dolorosas são vivenciadas, os sintomas cessam, e a vida pode seguir com menos sofrimento. (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012).

No ano de 1897, Freud apresenta mudanças que são fundamentais para o seu conceito de sintoma, reconhecendo que não se pode atribuir valor de realidade aos conteúdos inconscientes, porém deve-se atribuir o valor de fantasia traumática. Além disso, também disserta sobre o inconsciente nunca superar a resistência, a ponto de o inconsciente ser totalmente dominado pelo consciente. A partir de 1920 o conceito de sintoma passa a ter duas faces: o sintoma como efeito lacunar, como mensagem, passível de interpretação, e o sintoma como satisfação pulsional, que é o que resiste ao tratamento analítico. (MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012).



O sintoma surge como uma solução que visa restabelecer uma suposta homeostase que teria sido quebrada pelo conflito psíquico, e chega a cumprir sua função, no sentido de resolver o conflito, ao mesmo tempo que tem como produto uma satisfação que perturba. Temos o sintoma como sendo "uma resposta a uma satisfação insuportável" (MACHADO, 2003, p. 3 apud MAIA; MEDEIROS; FONTES, 2012).

Já na psicopatologia a descrição do paciente de um fenômeno mental anormal é geralmente chamada de sintoma, quer ele queixe-se de algo que o perturba, ou simplesmente descreva sua experiência mental, que parece patológica para um observador. Em seu relato acerca de suas experiências, ambos são, portanto, considerados sintomas. Quando agregados, esses sintomas podem ser considerados como sinais de qualquer diagnóstico indicado. O sintoma, pois, considerado como incluindo o sinal, pode ser uma queixa ou um item de descrição fenomenológica que pode não representar queixa do paciente. (SIMS, 2001).

O sujeito se expressa através do seu sintoma. Partindo dessa perspectiva, toda descrição objetiva da ciência psiquiátrica sai de cena, abrindo espaço para que seja privilegiada a escuta desse sujeito que, ao falar, ressignifica seu sofrimento. Freud descobre que a fala do sujeito é atravessada por um saber o qual ele mesmo desconhece e que, surpreendido por esse dito que é seu, não deixa de lhe causar estranhamento. A partir da concepção de que o sujeito não se define unicamente pela racionalidade, mas antes se encontra, constantemente, invadido, dividido pela dimensão inconsciente, Freud apresenta o sintoma como uma formação de compromisso, isto é, um acordo entre as moções pulsionais que visam a satisfação (desejos inconscientes) e a censura que se estabelece em virtude das restrições impostas ao sujeito por sua relação com o mundo, com os outros, que procura defender a própria preservação do sujeito, estabelecendo certos limites à satisfação direta e imediata das moções pulsionais. (SILVA; RUDGE, 2017).

Segundo Freud (1996), em Inibição, sintoma e angústia, “os sintomas são criados a fim de evitar uma situação de perigo sentida pelo ego. Se se impedir que os sintomas sejam formados, o perigo de fato se concretiza” (p. 142). Isto é, o sujeito se vê em situação de total desamparo. Nessa posição, o sintoma perde sua estruturação simbólica, seu poder de significação, e dá espaço para que a angústia apareça denunciando essa insuficiência simbólica, já que a angústia é aquilo mesmo que não se consegue simbolizar. Sendo assim,



podemos dizer que o sintoma tem a função de evitar o perigo da angústia. (SILVA; RUDGE, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, o sintoma é visto na psicanálise de forma mais profunda do que na psiquiatria, com o intuito de analisar a subjetividade do indivíduo, e não pela via da patologia em si, classificando-a. Então os sintomas que surgem nos indivíduos devem ser levados em consideração e ter importância na análise feita, pois indica, ao longo do tratamento, sua estrutura psíquica e o que está por trás, qual trauma ou algo das vivências infantis.

Ademais, o sintoma nada mais é, pela psicanálise, algo que foi recalçado e conseguiu se manifestar, por conta do afeto, para assim conseguir um equilíbrio do ser, que pelo tratamento psicológico (fala) é ressignificado.

Palavras-chave: Sintoma. Psicopatologia. Psicanálise. Nosografia. Psiquiatria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREUD, Sigmund. **Cultura, sociedade, religião:** o mal-estar na cultura e outros escritos. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

_____. (1930) **O mal-estar na cultura.** Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

FREUD, S. (1996). **Inibição, sintoma e angústia.** In S. Freud, Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 20). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise:** o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

MAIA, Aline; MEDEIROS, Cynthia; FONTES, Flávio. O conceito de sintoma na psicanálise: uma introdução. **Estilos Clínicos.** São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-61, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2022.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

SILVA, Ana Carolina; RUDGE, Ana Maria. Construindo a noção de sintoma: articulações entre psicanálise e pragmática. **Psicologia USP** [online]. 2017, v. 28, n. 2, p. 224-229. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-656420160051>> Acesso em: 02 maio 2022.

SIMÕES, Alexandre; GONÇALVES, Gesianni. **Psicanálise e psicopatologia:** olhares contemporâneos. [s.l.]: Editora Edgard Blücher Ltda, 2019.

SIMS, Andrew. **Sintomas da mente:** introdução à psicopatologia descritiva. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.