

Da intrusão à retenção: a relação mãe-filho num contexto de encoprese*

ELISA CARDOSO AZEVEDO**

RESUMO - Este trabalho tem por objetivo fazer uma compreensão psicodinâmica do caso de um menino de cinco anos com diagnóstico de encoprese. Para tanto, na introdução são abordados aspectos teóricos sobre o sintoma, um breve resumo sobre a história do paciente e um entendimento teórico-clínico, elaborado, principalmente, a partir das ideias de Sigmund Freud acerca do erotismo anal e também de artigos contemporâneos da literatura científica. Por fim, foram realizadas algumas considerações sobre o caso clínico ilustrado.

PALAVRAS-CHAVE - Encoprese. Fase anal. Relação mãe-filho.

From intrusion to retention: the mother-child relationship in a context of encopresis

ABSTRACT - This work aims to do a psychodynamic understanding of the case of a five years old boy with a diagnosis of encopresis. For that, an introduction is made with theoretical aspects about the symptom, a brief summary about the patient's history and a theoreticalclinical understanding, elaborated mainly from the ideas of Sigmund Freud about anal eroticism and also contemporary articles of scientific literature. Finally, some considerations are made on the illustrated clinical case.

KEY WORDS- Encopresis. Anal fase. Mother-child relationship.

O que é a encoprese? Aspectos introdutórios sobre o sintoma

A encoprese é um sintoma que, como muitos outros, pode ser encontrado em diferentes estruturas psíquicas e não define um quadro psicopatológico (Janin, 2008). De acordo com o DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) a encoprese é definida como a eliminação intestinal repetida de fezes em locais inapropriados, seja essa involuntária ou intencional. Para fins diagnósticos, o evento deve ocorrer a cada mês, pelo período mínimo de três meses, e

* Trabalho de conclusão do primeiro ano do curso de especialização em Psicoterapia da Infância e Adolescência do Ceapia orientado pela psicóloga Inta Karina Müller

** Psicóloga, Psicoterapeuta da Infância e Adolescência em formação (CEAPIA), Doutoranda em Psicologia (UFRGS), Mestre em Psicologia (UFRGS), Especialista em Saúde da Criança (HCPA) e Especialista em Psicologia Hospitalar (HCPA).

a idade mínima do paciente deve ser quatro anos. Além disso, a incontinência fecal não deve acontecer exclusivamente devido a efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral. O quadro afeta em torno de 1% das crianças e é mais comum no sexo masculino. O manual distingue entre dois subtipos: com constipação e incontinência por extravasamento, em que há evidência de constipação no exame físico ou na história e sem constipação e incontinência por extravasamento. Já outro manual (Marcelli & Cohen, 2010) classifica a encoprese como tipo primário ou secundário. Enquanto a encoprese primária pode ser vista como um atraso na função maturacional, a secundária corresponde a uma regressão a um estágio anterior de desenvolvimento, frequentemente associada à ocorrência de um evento estressor.

No entanto, outros autores apontam que existem diferentes formas e estruturas de encoprese reforçando, portanto, a importância de se considerar as variações do quadro clínico, da relação pais-criança e da organização psíquica. Um exemplo disso, é que algumas crianças podem apresentar características retentivas em um momento, enquanto em outro há evacuação total das fezes, sem evidência de retenção, havendo então momentos de predomínio de um ou outro tipo. Assim, a dialética entre retenção e expulsão é o pivô dinâmico do sintoma de encoprese (Cramer e Palacio-Espasa, Dufour, Gottardi & Knauer, 1994).

A perspectiva psicanalítica relaciona o sintoma com o desenvolvimento libidinal da fase anal. As mudanças que se processam nesta fase psicosexual do desenvolvimento podem levar à formação de sintomas associados às funções excretoras, como a constipação intestinal e a incontinência anal, características da encoprese (Moraga & Hoppe, 2008). Nesse sentido, a encoprese pode ser entendida como um compromisso entre a retenção e a evacuação de fezes, em que são particularmente investidos, ora o pólo expulsão-agressão, ora o pólo retenção. Além disso, a criança encoprética parece estabelecer uma relação privilegiada com a mãe, sendo o sintoma uma particularidade da relação mãe-filho (Janin, 2008; Marcelli & Cohen, 2010).

Dito isso, cabe agora conhecer, a partir de um breve resumo, a história de um paciente que serviu como caso clínico para este trabalho. A seguir faz-se um entendimento teórico-clínico a partir das ideias de autores clássicos da psicanálise como Sigmund Freud e Melanie Klein acerca do erotismo anal e utiliza-se ainda de artigos contemporâneos da literatura científica. Por fim, serão feitas algumas considerações finais sobre o caso exposto.

Quem merece o meu cocô? A história de um menino encoprético

Bruno¹ é um menino de cinco anos que foi encaminhado para avaliação psicológica pela pediatra, pois não fazia cocô em casa, somente na escolinha.

¹ Este nome é fictício e os dados do paciente foram alterados a fim de preservar o sigilo e atender aos preceitos éticos.

Nos finais de semana, feriados e férias retinha as fezes, mas quando retornava para a escola fazia cocô regularmente. A pediatra fez contato telefônico com a terapeuta a fim de ressaltar que descartou a hipótese de algum problema orgânico que justificasse o sintoma. Então, o menino foi levado para atendimento pela sua mãe.

Sobre a história de Bruno, seus pais são casados e o pai desejava muito um menino dessa atual relação. Já a mãe, não queria ter filhos, nunca teve o desejo e nem se imaginava como mãe, pois queria focar na vida profissional. Contudo, acabou cedendo às insistências do marido e engravidou rapidamente. O casal estava em conflito desde o nascimento do filho e, segundo a mãe, a vida sexual estava “congelada”. O menino, apesar de ter seu próprio quarto, nunca dormiu lá, pois dorme em um berço no quarto dos pais. A mãe estava desempregada e mostrou-se insatisfeita por estar voltada somente para as atividades domésticas e a maternidade. O pai nunca compareceu às consultas, pois de acordo com a mãe, ele não identificava a necessidade e importância do tratamento psicológico, embora fosse ele quem pagava o tratamento.

Sobre o sintoma de Bruno, a mãe acreditava que os hábitos do filho para fazer cocô nunca foram normais, embora seu relato indique o contrário. Por volta dos dois anos, quando ainda usava fralda, o menino se escondia em um cantinho da casa, se abaixava e fazia cocô. Quando ele tinha três anos, a mãe decidiu tirar a fralda diurna motivada por outras crianças que já estavam em processo de controle esfinteriano. Contudo, tomou essa decisão sem observar indícios de que era o momento do filho. Notou que ele passou a fazer cocô somente à noite quando colocava a fralda para dormir. Depois, quando a mãe retirou a fralda da noite, o menino parou de fazer cocô. Tentou colocar novamente a fralda, na tentativa de que ele voltasse a fazer cocô, mas não funcionou. Nesse período, foi feito uso de enemas e fibras na tentativa de resolver a retenção de fezes, mas isso também não foi eficaz e Bruno chegou a ficar dez dias sem evacuar. Já na escolinha, onde ficava durante o dia e sem as fraldas, Bruno fazia cocô regularmente. Ele frequentava a escolinha desde bebê, diariamente e em turno integral, mas neste contexto nunca apresentou dificuldades para evacuar. Nos raros momentos em que o menino expressou vontade de fazer cocô em casa, a mãe rapidamente levou ele ao banheiro e ficou posicionada ao lado dele no vaso, insistindo ansiosamente que ele fizesse cocô. Mas Bruno não conseguia fazer cocô em casa e sua mãe ficava irritada e frustrada frente a essa situação.

Sobre o hábito dos pais com relação à evacuação, o pai é um “reloginho” (sic), já que sempre vai ao banheiro diariamente no mesmo horário, não importa o lugar em que esteja. “Tem gente que só vai no banheiro de casa né, não é o caso do meu marido”, disse a mãe de Bruno. Já a mãe tem uma história de constipação, de acordo com ela “desde que me conheço por gente” (sic), mas durante a gestação esse quadro normalizou.

Significados possíveis para o sintoma de encoprese

Durante a psicoterapia Bruno, mostrou-se uma criança comunicativa, inteligente e afetiva. Além disso, mostrava-se motivado frente ao tratamento e apresentava de, forma muito simbólica, seus conflitos. Já na primeira sessão expressou com clareza a ideia de que estava em tratamento devido a um conflito relacionado à zona anal. Ao ser questionado pela terapeuta acerca do motivo pelo qual iniciava a psicoterapia ele respondeu: “Eu vim falar do meu cocô”. A partir de então, passou a representar simbolicamente através do brincar os seus conflitos relacionados à temática. Na hora de jogo demonstrou particular interesse pela amoeba que estava na sua caixa terapêutica. A fim de explorar o brinquedo, ele abriu o pote (chamado por ele de lata de lixo), encontrou a amoeba, tirou-a para fora, experimentou a textura com as suas mãos e olhou para a terapeuta. Quando colocou a amoeba de volta no pote, apertou-a e ouviu um barulho de “pum”, então olhou surpreso para a terapeuta. Depois Bruno repetiu algumas vezes esse mesmo movimento.

Freud (1908/1996) escreveu sobre as pessoas que nasceram com uma constituição sexual na qual o caráter erógeno da zona anal é excepcionalmente forte. Explicou que quando bebês, estas se recusavam a esvaziar os intestinos e gostavam de reter as fezes, porque tinham um prazer suplementar ao ato de defecar. Nesse sentido, identificou-se Bruno na descrição do autor, já que trata-se de uma criança fixada na fase anal. Além disso, compreendeu-se que a brincadeira com a amoeba gerava satisfação e prazer, visto que remetia ao barulho de “pum”. Assim, o menino começou a elaborar ativamente no brincar aquilo que sofria passivamente.

Ainda na mesma sessão, o paciente escolheu brincar com as massinhas de modelar e fez o seguinte pedido para a terapeuta: “Tu faz pais pra mim?”. Pode-se inferir que essa solicitação indicava que os conflitos do paciente estavam relacionados aos seus pais, visto que pediu, a partir do brincar que a terapeuta constituísse pais para ele. Cabe ainda destacar que os objetos escolhidos pelo paciente para brincar, amoeba e massinha de modelar, ambos, remetem a uma textura sólida, semelhante a de um cocô, o que propiciou a possibilidade de elaborar ludicamente sua conflitiva anal.

Faz-se necessário compreender a forma particular que o sintoma do paciente se manifestava, visto que Bruno fazia cocô somente na escola e não em casa. Freud (1917/1996) explicou que as fezes se constituem como um objeto altamente valorizado pela criança, possuindo o caráter de dádiva, de um objeto precioso, que ela pode dar (ou não) para alguém: “Pois as fezes são a primeira dádiva da criança, uma parte de seu corpo que ela somente dará a alguém que ama, a quem, na verdade fará uma oferta espontânea como sinal de afeição, de vez que, via de regra, as crianças não sujam os estranhos” (Freud, 1917, p.163). Agora, pela primeira vez a criança pode experimentar o sentimento de propriedade em relação aos seus excrementos, enquanto objeto de troca, se vendo

imbuída de poder atender ou não às demandas da mãe (Dolto, 1980). Trata-se de uma etapa específica da constituição subjetiva em que a criança é chamada a renunciar a um objeto que é uma parte dela mesma (Pinto & Neto, 2012). Sobre isso, Freud (1905/1996) disse: “é obviamente tratado como parte de seu próprio corpo, representando o primeiro ‘presente’: ao desfazer-se dele, a criaturinha pode exprimir a sua docilidade perante o meio que a cerca, e ao recusá-lo, sua obstinação” (Freud, 1905/1996, p. 175-176). Sendo assim, pode-se compreender que Bruno claramente escolheu não “presentear” a sua mãe, na medida em que não entregava as suas fezes para ela. No momento em que teve a oportunidade de atender às demandas da mãe, optou por firmar a sua vontade e não fez cocô em casa. Infere-se que, provavelmente, a escola era um contexto em que o menino sentia-se cuidado e melhor acolhido e, por esse motivo, presenteou e gratificou a professora dando-lhe o seu cocô. Nesse sentido, pode-se pensar no sintoma de Bruno como uma reação diante da intrusão de um ambiente que não acolheu as suas necessidades (Barbieri, Ujikawa & Mishima, 2011).

Mais adiante, em sua obra (Freud, 1917/1996) complementou essa ideia apontando que “a defecação proporciona a primeira oportunidade em que a criança deve decidir entre a atitude narcísica e uma atitude de amor objetal. Ou reparte docilmente as suas fezes, sacrifica-as ao amor, ou as retém com a finalidade de satisfação autoerótica e depois, como meio de afirmar sua própria vontade. Se faz essa última escolha estamos na presença de um desafio (obstinação) que, por conseguinte, nasce de um apego narcísico ao erotismo anal” (Freud, 1917/1996, p. 163). Com uma visão contemporânea, mas complementar às ideias freudianas, Pinto e Neto (2012) apontam que algumas crianças lidam facilmente com as exigências de higiene impostas pela mãe, ao passo que outras transformam a evacuação numa espécie de disputa para ver quem decide quanto a essa parte de seu corpo. Isso acontece porque a retenção-expulsão das fezes é empregada pela criança na relação com as pessoas que cuidam dela. A criança pode então reter ou expulsar ludicamente esse objeto que é tão investido de valor na relação com o “Outro”. Nesse sentido, a criança vai atender ou não as solicitações da mãe, sendo que há casos em que se trava uma verdadeira disputa para ver quem decide em relação às fezes, fato que ocorria entre Bruno e sua mãe.

Acerca desta batalha entre mãe e filho sobre as fezes cabe fazer uma reflexão. Pinto e Neto (2012) nos auxiliam a pensar nessa conduta já que identificaram em seu estudo uma atitude comum entre as mães de crianças com sintomas de encoprese: são mães que ficam constantemente numa postura alerta e ao observarem o menor sinal de vontade de evacuar, pedem insistentemente que o filho vá ao banheiro. Trata-se de mães que acabam ficando no banheiro junto da criança esperando que elas façam cocô. Vale lembrar que essa atitude, tal como descrita pelos autores, também foi observada no caso clínico aqui explorado já que a mãe de Bruno também acompanhava o filho ao banheiro e mostrava-se impaciente e ansiosa na espera do cocô dele. No entanto, observou-se que

essa exigência materna não fez com que o filho atendesse às suas solicitações e portanto, essa postura não resolveu a conflitiva, na medida em que aparecia como uma imposição do “Outro”. Para os autores, essa atitude estaria associada a uma expectativa da mãe de um controle prematuro dos esfíncteres por parte da criança. Essa expectativa pôde ser exemplificada na fala da mãe de Bruno: “Toda mãe quando vê que outras crianças estão começando a tirar as fraldas quer que seu filho tire também, mas quando comecei a tentar com o Bruno eu vi que com ele era diferente” (sic).

Entende-se que, para além da maturação biológica que permite o controle dos esfíncteres, a evacuação depende da criança se encontrar num determinado momento de constituição psíquica que seja favorável a esse processo. Do contrário, acaba não sendo formulada como uma demanda dela própria e permanece condicionada à presença concreta de um “Outro” que demande (Pinto & Neto, 2012). Nesse sentido, infere-se que possivelmente Bruno ainda não estava preparado nem biologicamente e nem psiquicamente para a retirada de fraldas no momento em que esta aconteceu, porque este processo foi motivado por uma demanda da mãe e não do próprio menino. Entende-se que, tão importante quanto a mãe demandar, é a criança poder se posicionar enquanto sujeito frente a demanda do “Outro”. É preciso que, em algum momento, a demanda do “Outro” se transforme na demanda ao “Outro” (Pinto & Neto, 2012). Portanto, a atitude impositiva e ansiosa da mãe, em apressar a retirada de fraldas, atravessada pelo tempo das outras crianças e pela sua própria vontade, impediu a emergência do desejo de Bruno em atender às suas próprias demandas.

Do ponto de vista psicanalítico, o processo de transição do uso de fraldas até o controle esfínteriano não pode ser reduzido somente a fatores biológicos e educativos na medida em que é determinado pela relação do sujeito com o objeto fezes e a demanda do “Outro”.

Sobre o papel do “Outro” na produção do sintoma da criança, alguns estudos (Marcelli & Cohen, 2010; Moraga & Hoppe, 2008; Pinto & Neto, 2012) têm apontado a relação existente entre o sintoma e a organização psicossocial familiar, especialmente entre a relação mãe-filho. De acordo com Marcelli e Cohen (2010) as mães de crianças encopreticas geralmente são mais ansiosas, apresentam uma conduta rígida em relação ao controle esfínteriano, colocando a criança no vaso precocemente, além de terem uma preocupação excessiva acerca das evacuações dos seus filhos.

Nesse sentido, cabe refletir sobre a relação entre Bruno e sua mãe para uma melhor compreensão do sintoma de encoprese neste caso clínico. Freud (1917/1996) escreveu sobre a relação entre fezes, bebês e pênis atribuindo a ideia de equivalência entre esses conceitos: “Nos produtos do inconsciente os conceitos fezes (dinheiro, dádiva), bebê e pênis mal se distinguem um do outro e são facilmente intercambiáveis... Para colocar o assunto de uma forma menos sujeita a objeções, esses elementos do inconsciente são tratados muitas vezes como se fossem equivalentes e pudessem livremente substituir um ao outro”

(Freud, 1917/1996, p.161). Ao refletir acerca da analogia de Freud pode-se pensar que, no caso clínico em questão, assim como o pai de Bruno exigiu da mãe um bebê, agora a mãe cobra do filho um cocô. Ao menino, por sua vez, coube fazer uma escolha: dar ou não dar o cocô para sua mãe. Então, Bruno optou por não se submeter passivamente à situação e escolheu não dar o cocô para sua mãe. Além disso, reforçou o seu desejo ao escolher quando, onde e para quem entregaria as suas fezes e assim, passou a fazer cocô apenas na escolinha. Cabe lembrar que, quando Bruno foi questionado pela mãe sobre porque não fazia cocô em casa ele respondeu: “Em casa dói”. Compreende-se que a dor que ele estava referindo-se diz respeito à intrusão e a invasão que sua mãe fazia, já que ela não tolerava o tempo dele e mostrava-se ansiosa na espera da produção do filho. Ainda, se pensarmos que essa mãe não desejou esse filho e que agora priva ele do seu amor e investimento, entende-se que, simbolicamente, Bruno expressava “se ela não me quis, e não me dá o seu amor, eu também não dou o meu cocô pra ela”.

Por outro lado, a partir de uma concepção kleiniana, pode-se fazer uma compreensão complementar acerca do sintoma expressado pelo paciente. Para isso, vale ilustrar, através de uma vinheta clínica o que ocorreu em uma determinada sessão. Bruno construiu um esconderijo com os móveis da casinha, mas deixou um pequeno espaço no meio dessa construção e nele colocou o pote com a amoeba. Durante o brincar ocorreu o seguinte diálogo entre paciente e terapeuta:

P: Hoje vai ter um espaço maior lá dentro.

T: Eu vi. Notei também que a amoeba vai ficar lá no meio.

P: É, ela vai ficar presa lá dentro.

T: Presa? E por que não sai?

P: Porque não consegue.

T: E por que não consegue?

P: Vamos ter que destruir para ela sair.

A partir desse relato, entende-se que Bruno estava se referindo ao seu cocô que ficava preso dentro dele quando estava em casa. A partir das ideias kleinianas, pode-se compreender que o menino possuía a fantasia inconsciente de que se soltasse o seu cocô em casa, ele poderia destruir a mãe. De acordo com Klein (1932/1997) “...fantasias desse tipo são fantasias de desejos e uma vez que as teorias sexuais da criança são amplamente alimentadas pelos desejos sádicos, a criança tem um sentimento de culpa a respeito dos danos de sua fantasia” (Klein, 1932/1997 p.153-154). Dessa forma, Bruno controlava suas fezes retendo o cocô para evitar causar uma destruição, pois se soltasse as suas fezes poderia destruir tudo ao seu redor, já que o próprio ato de evacuar exige força e raiva, ou seja, agressividade. No entanto, a possibilidade de destruir a mãe, mesmo que inconscientemente, mobilizava e gerava culpa. Por isso, desenvolveu o sintoma de encoprese como uma forma de controlar os sentimentos agressivos que sentia pela mãe.

No seguimento da brincadeira, terapeuta e paciente conseguiram destruir o esconderijo, fazendo o pote de amoeba aparecer:

T: E agora que conseguimos, o que vai acontecer?

P: Vai cair em “pedaços”.

T: Pedaços... É isso que acontece quando a geleca finalmente sai?

P: É.

Esse fato exemplifica e torna verdadeira as ideias de Klein (1932/1997) de que as fezes ou excrementos representam algo perigoso, explosivo e com potencial destrutivo. A partir do ato falho cometido, pode-se pensar na fantasia do paciente de que peidando deixará tudo em pedaços, já que é capaz de causar destruição com seu “pum” e seu cocô. Por isso, na brincadeira deu-se uma destruição e a amoeba ficou em “pedaços”. Depois disso, Bruno abriu o pote de amoeba e ao explorá-la ele percebeu uma textura diferente:

P: Ui!

T: O que houve?

P: Tá grudando em mim.

T: E isso te incomoda?

P: Sim. (respondeu ele fazendo caretas)

T: Parece que tu sente nojo.

P: É. Tu não?

T: Ah, eu não sinto. Posso pegar?

Bruno alcançou a amoeba para a terapeuta e a observou explorá-la com as mãos. A partir disso, motivou-se a brincar com ela e depois optou por brincar com as massinhas de modelar e sugeriu que fossem feitas diferentes formatos: uma bolinha, uma minhoca e outra sem um formato definido. Pode-se pensar que sua brincadeira com as diversas formas de massinhas de modelar remete às diferentes formas de cocô.

E afinal, o que aconteceu com o cocô? Desfecho do sintoma de encoprese

No decorrer do tratamento, ao se deparar com uma atitude continente, tranquila, afetuosa e não exigente da terapeuta, o sintoma do paciente teve uma evolução. Desde as primeiras consultas de psicoterapia, Bruno passou a pedir para ir ao banheiro após o fim da sessão, embora fizesse apenas xixi. Já em casa, Bruno começou a manifestar o desejo de fazer cocô, ele ia ao banheiro e sentava-se no vaso. Embora não conseguisse fazer cocô, entendeu-se como um importante movimento de elaboração, já que este fato raramente acontecia antes. Cabe apontar que essa situação aconteceu em casa pela primeira vez no mesmo dia em que o paciente esteve na terapia pela manhã. Além disso, pode-se pensar que a partir das brincadeiras com a amoeba e as massinhas de modelar, simbolicamente, Bruno passou a pre-

sentear a terapeuta com seu cocô, sinais de que estava beneficiando-se do tratamento psicológico.

Após três meses de psicoterapia, Bruno mencionou na sessão que havia feito cocô na noite anterior: “Ontem eu fiz cocô em casa” (sic). Contudo, ao tratar do assunto em sessão com a mãe, ela tratou com indiferença a mudança no sintoma do filho: “Ele só fez umas bolinhas um dia desses” (sic). Apesar de trabalharmos que tais “bolinhas” indicavam uma evolução, já que anteriormente Bruno não fazia cocô em casa, a mãe desconsiderou a produção do filho deixando claro que isto estava aquém de suas expectativas, pois segundo ela: “Eu queria que ele fizesse cocô de verdade e não só umas bolinhas” (sic). Nesse sentido, pode-se pensar no quanto o sintoma do menino estava relacionado à essa atitude impositiva da mãe, já que tomando as fezes em sua concretude, ela negligenciava o valor simbólico que elas poderiam assumir na psicodinâmica da criança. Ficou evidente, então, o quanto a sintomatologia de Bruno estava relacionada a uma conduta materna rígida e exigente.

Após a melhora do sintoma da criança, a mãe comunicou a interrupção do tratamento referindo dificuldades financeiras. Ao trabalhar essa situação com o paciente ele referiu: “É porque agora eu já tô fazendo cocô, então não preciso mais (vir aqui). Minha mãe me disse que vai me dar tudo em brinquedo” (sic). Cabe compreender que este movimento de interrupção do tratamento evidenciou a relação entre a questão financeira e a conflitiva anal. Freud (1917/1996) aludiu a importância de atentarmos para a relação entre o dinheiro e a defecação a fim de alcançarmos resultados no tratamentos psicanalítico de pacientes com conflitos anal-eróticos. Sobre isso, vale destacar que ao longo do tratamento apareceram diversos movimentos que elucidavam essa relação entre dinheiro e analidade: a mãe fez uso da dificuldade financeira para barganhar um valor menor das sessões de psicoterapia, também cancelou uma sessão com o intuito de pagar uma sessão a menos, controlava de forma obsessiva as sessões realizadas e o dinheiro dado para a terapeuta e também negou-se a pagar uma sessão de encerramento para que fossem discutidos aspectos do tratamento. Esses movimentos evidenciaram uma conduta materna rígida, controladora e obsessiva.

Considerações acerca do final do caso

Embora o tratamento psicológico tenha sido interrompido, tornou-se necessário e importante a realização desse trabalho. A temática foi escolhida, pois frente a uma manifestação sintomática tão singular e da riqueza simbólica expressada pelo paciente no brincar, o caso clínico mostrou-se útil para realização de um estudo aprofundado e pode contribuir muito para a formação da terapeuta.

Assim, a partir dessa escrita, foi possível identificar que as reflexões e o aprendizado sobre o caso não se esgotam com o seu desfecho. Entende-se que

mesmo frente a um ambiente intrusivo, exigente e controlador, houve a possibilidade de uma inserção e acredita-se que a postura continente e pacientemente da terapeuta possa ter servido como espelho e modelo de identificação. Frente ao desafio de escutar o discurso materno e compreender a linguagem simbólica da criança, identificou-se como o conflito familiar estava organizado em torno do sintoma. Ainda que contrariando expectativas exigentes e pedidos de soluções milagrosas e imediatas, o tratamento possibilitou que os impasses vividos pelo paciente na relação com a mãe e sua conflitiva anal fossem manifestados na relação transferencial com a terapeuta e isso proporcionou uma melhora do quadro. Dessa forma, mesmo que por um curto período de tratamento, acredita-se que o paciente beneficiou-se do espaço terapêutico oferecido.

Por fim, vale ressaltar que outras compreensões acerca do caso são possíveis e bem vindas. A compreensão psicodinâmica realizada neste trabalho, bem como os autores psicanalíticos escolhidos para o embasamento teórico, configuram-se apenas uma das possíveis formas de entender o sintoma. Nesse sentido, pode-se pensar em uma compreensão complementar do funcionamento do paciente, por exemplo, como uma conduta opositora no campo da analidade, visto que a oposição da criança era dirigida à mãe e apresentava-se como uma retenção voluntária. Dito isso, frente aos variados entendimentos clínicos possíveis, destaca-se que a relevância deve estar na conduta terapêutica, embasada com cuidado, ética e atenção pelo paciente e sua família.

Da mesma maneira, outras formas de escrever este trabalho poderiam ser realizadas. Foi necessário escolher e destacar alguns aspectos do caso para serem relatados e, sendo assim, naturalmente outros foram omitidos. Sabe-se que essa escolha implicou em ganhos e perdas ao trabalho, contudo entende-se que esse processo é inerente à escrita de um trabalho teórico-clínico. Dessa forma, espera-se que este estudo, da maneira como ele foi constituído, possa contribuir para uma melhor compreensão da analidade e da relação mãe-filho.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Barbieri, V., Ujikawa, M. I. & Mishima, F. K. T. (2011). O amor e o ódio no brincar da criança com encoprese. *Tempo psicanalítico*, 43 (2).
- Cramer, B., Palacio-Espasa, F., Dufour, R., Gottardi, P.Y., & Knauer, D. (1994). Trinta e seis encopreóticos em terapia. *CEAPIA: Revista de Psicoterapia da Infância e Adolescência*, 7.
- Dolto, F. (1980). Evolução dos instintos. In: *Psicanálise e pediatria* (p.27-58). Rio de Janeiro: Zahar.
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. (James Strachey Ed.). Edição standard das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. VII, p. 123-250). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1905).

- Freud, S. (1996). Caráter e erotismo anal. (James Strachey Ed.). Edição standard das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. VX, p. 173-2181). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1908).
- Freud, S. (1996). As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal. (James Strachey Ed.). Edição standard das Obras psicológicas completas de Sigmund Freud (v. XVII, p. 157-166). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1917).
- Janin, B. (2008). Niños encopréticos: la organización anal y sus perturbaciones. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 45/46, p. 39-62.
- Klein, M. (1997). Estágios iniciais do conflito edipiano e da formação do superego. In: M. Klein, *A psicanálise de crianças* (L. P. Chaves, trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1932).
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2010). *Infância e Psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed 8ª edição.
- Moraga, T., & Hoppe, M. (2008). A encoprese e a constipação como sintoma da relação mãe-filho: as vicissitudes da fase anal. *Revista Paulista de Pediatria*. São Paulo.
- Pinto, A.C.T., & Neto, R.O.R (2012). Psicanálise com crianças: considerações sobre o sintoma de encoprese. *Estudos de psicanálise*, 37, p. 15-24.