

A Psicanálise e as Singularidades de um Caso de Constipação

Psychoanalysis and the Singularities of a Case of Constipation

Psicoanálisis y las Singularidades de un Caso de Constipación

Iagor Brum Leitão

Psicólogo. Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Brasil. E-mail: leitao.iagor@hotmail.com

Revista de Psicologia da IMED, Passo Fundo, vol. 9, n. 2, p. 93-106, Jul.-Dez., 2017 - ISSN 2175-5027

[Recebido: Set. 18, 2017; Aceito: Fev. 05, 2018]

DOI: <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.2145>

Endereço correspondente / Correspondence address

Iagor Brum Leitão
Av. Fernando Ferrari, 514 - Goiabeiras, Vitória - ES
CEP: 29075-910

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*
Editor: Icaro Bonamigo Gaspodini

Como citar este artigo / How to cite item: [clique aqui/click here!](#)

Resumo

Este artigo trata de um estudo de caso de um homem adulto que sofre da Síndrome do Intestino Irritável (SII) e que trouxe como sintoma principal a constipação. Entretanto, é necessário destacar que não se objetiva, aqui, discutir especificamente as questões referentes à SII, e sim apresentar as discussões das particularidades de um caso clínico, submetido à escuta psicanalítica, valorizando um dispositivo fundamental para a construção teórico e clínica da Psicanálise: o estudo de caso. O fato da mãe do paciente sofrer de Alzheimer e morar com ele é vivido com extrema ambivalência, e o seu mal-estar é constantemente associado à dificuldade em “suportar” algumas situações. Com base na literatura psicanalítica que discutem casos de constipação e nas questões que circundam o caso aqui em questão, discute-se a hipótese de uma relação entre constipação e ambivalência nas relações familiares, especialmente na relação com o Outro materno. Conclui-se que os sintomas de constipação do paciente expressam a condição em que se privilegia, na fantasia, uma mãe cujo *pathos* a coloca em uma posição de demanda tal qual na fase anal, em que há a demanda das fezes. Porque a demanda é sentida como excessiva, tem-se como resposta a recusa.

Palavras-chave: psicanálise, somatização, constipação intestinal, estudo de caso

Abstract

This article deals with a case study of an adult man suffering from Irritable Bowel Syndrome (IBS) and who brought constipation as the main symptom. However, it is important to emphasize that it is not the objective, here, to specifically discuss the issues related to IBS, but rather to present the discussions of the particularities of a clinical case, submitted to psychoanalytic listening, valuing a fundamental device for the theoretical and clinical construction of Psychoanalysis: the case study. The fact that the patient's mother suffers from Alzheimer's and lives with him is lived with extreme ambivalence, and her malaise is constantly associated with the difficulty to “support” some situations. Based on the psychoanalytic literature that discusses cases of constipation and the issues surrounding the case here in present, the hypothesis of a relationship between constipation and ambivalence in family relationships, especially in relation to the maternal Other, is discussed. It is concluded that the patient's symptoms of constipation express the condition in which, in fantasy, the Alzheimer of your mother places her in a position of demand as in the anal stage, where there is demand for feces. Because the demand is perceived as excessive, one has the answer as refusal.

Keywords: psychoanalysis, somatization, constipation, case study

Resumen

Este artículo trata de un estudio de caso de un hombre adulto que sufre del Síndrome del Intestino Irritable (SII) y que trajo como síntoma principal el estreñimiento. Sin embargo, es necesario destacar que no se objetiva, aquí, discutir específicamente las cuestiones referentes a la SII, sino presentar las discusiones de las particularidades de un caso clínico, sometido a la escucha psicoanalítica, valorizando un dispositivo fundamental para la construcción teórica y clínica del psicoanálisis: el estudio de caso. El hecho de que la madre del paciente sufra de Alzheimer y vivir con él es vivido con extrema ambivalencia, y su malestar está constantemente asociado a la dificultad en “soportar” algunas situaciones. Con base en la literatura psicoanalítica que discuten casos de constipación y en las cuestiones que circundan el caso aquí en cuestión, se discute la hipótesis de una relación entre constipación y ambivalencia en las relaciones familiares, especialmente en la relación con el Otro materno. Se concluye que los síntomas de constipación del paciente expresan la condición en que se privilegia, en la fantasía, una madre cuyo pathos la coloca en una posición de demanda tal cual en la fase anal, en que hay la demanda de las heces. Por la demanda ser sentida como excesiva, se tiene como respuesta la negativa.

Palabras-clave: psicoanálisis, somatización, estreñimiento, estudio de caso

Introdução

No âmbito da metodologia da pesquisa, o estudo de caso é tido como um delineamento de pesquisa que valoriza o caráter unitário de um fenômeno contemporâneo articulado ao seu contexto. Ele possibilita a obtenção dos dados em maior profundidade, o que permite formular hipóteses e desenvolver teorias (Gil, 2009).

Na Psicanálise, o estudo de caso ocupa um lugar fundamental; afinal, ela se constitui constantemente a partir do estudo dos impasses impostos pela clínica, como bem o demonstrou Freud. No entanto, nesta vertente, não é objetivo do estudo de caso desenvolver inferências de cunho generalistas, uma vez que o que importa é a relação do sujeito com os seus sintomas e a forma em que este reorganiza o seu gozo, e isso é particular. Nesta linha, o que se propõe com o estudo de caso é a possibilidade de pesquisar a singularidade de cada experiência clínica, na aposta de se chegar a um melhor entendimento sobre as questões que necessitam constantemente de investigação, apreensão e compreensão.

O método de pesquisa psicanalítico difere dos métodos de pesquisa tradicionais, das ciências sociais e biomédicas. A pesquisa psicanalítica também acontece no divã; ela é dada pelo analisante e dirigida pelo psicanalista; é somente possível mediante à transferência, que, na situação do relato clínico, importante ressaltar, se dá diante a uma alteridade, entre psicanalista/pesquisador e um outro. Para Iribarry (2003, p. 122), a situação de pesquisa faz com que o psicanalista também seja inserido em situação de transferência, na medida em que dá um testemunho de sua investigação a um outro, “uma alteridade com a qual também irá se transferenciar”.

Na clínica, é o palavrear livre que permite a elaboração sobre os efeitos do que se fala – fala endereçada a um psicanalista. Neste contexto, ao psicanalista é atribuído, de entrada, um valor algamático, tornando-o um Sujeito Suposição do Saber para o analisando (Lacan, 1964/2008). Assim como na clínica, em que o paciente delega fantasiosamente o saber ao psicanalista, recebendo-o atualizado via interpretação, para que se chegue a algum lugar não-sabido, o psicanalista que ocupa a posição de pesquisador também faz um endereçamento a um outro que, cabe lembrar, poderá ou não acolhê-lo como produtor de um saber sobre um caso (Ferreira & Szuchmache, 2006). Além disso, Quinet (1999) observa que quando o psicanalista se vê impulsionado a estudar e escrever para produzir um saber sobre um caso ele está *discurso histórico*, que é dominado pelo sujeito da interrogação (tal qual as históricas, pacientes de Freud, que, afinal, o fizeram produzir os saberes da psicanálise).

Dessa forma, podemos pensar que a construção do estudo de caso permite uma elaboração sobre o que foi escutado no *setting* analítico, assim como sobre a direção do tratamento. A publicação dessa escrita pode se dar em formato de um artigo, em que há a articulação do caso aos conceitos e à teoria, o que permite uma apreensão tanto das questões específicas do caso em questão, quanto para a teoria e clínica psicanalítica.

Stake (1995) argumenta que o estudo de caso, como estratégia metodológica na pesquisa clínica, é entendido como o resultado do testemunho de uma experiência clínica. Segundo o autor, para a condução de um estudo de caso, o pesquisador deverá considerar o tipo mais adequado para sua investigação. São eles: a) o tipo *Intrínseco*, onde o foco é a compreensão do caso em si e dos elementos que interessam à investigação; b) o tipo *Instrumental*, em que se utiliza o caso para refletir sobre um assunto, esclarecer um ponto teórico ou proporcionar conhecimento sobre algo que não é exclusivamente o caso em si, ou seja, quando o estudo do caso leva à compreensão de outro(s) fenômeno(s); e c) *Coletivo*, quando o caso se estende a vários outros casos, através da comparação, tornando possível um conhecimento mais amplo sobre o fenômeno.

Diante do exposto, vale esclarecer que este estudo de caso se coaduna ao tipo *Intrínseco*. Considerando que não há um saber que explique por completo o que está em causa no processo de adoecimento, ressalta-se que, diante à proposta de pesquisa psicanalítica, as questões aqui colocadas foram analisadas sob o ponto de enunciação; isto é, as questões específicas do analisando que compareceram e foram escutadas mediante à transferência no dispositivo analítico; questões articuladas, agora, junto à literatura específica sobre o tema e à teoria psicanalítica.

Relato Clínico

Pedro (nome fictício) tem 34 anos e é médico há 10. O paciente buscou atendimento para uma questão muito específica: constipação. Ele não conseguia evacuar normalmente, sentindo-se preso por dias, às vezes semanas, evacuando sempre aos poucos, semelhante às “*fezes de cabrito*”. Além disso, sofria constantemente de eructação, expulsando o ar do estômago através da boca diversas vezes enquanto falava, principalmente quando se sentia ansioso. Segundo ele, estes problemas o acompanhavam há bastante tempo, logo após ter se formado em medicina. Relata que esgotou todas as hipóteses de ser um problema puramente biológico, já que fez todos os exames possíveis que seriam capazes de diagnosticar alguma disfunção no aparelho digestivo e intestinal, chegando à conclusão que se tratava de um problema emocional, algum tipo de somatização. Posteriormente, acabou recebendo o diagnóstico de SII.

É importante informar que o paciente já havia experimentado todo tipo de tratamento: acompanhamento com Nutricionista, seguindo uma dieta rigorosa; Acupuntura, Yoga, Psicoterapia, entre outras. Relata que todos esses procedimentos combinados o ajudaram a diminuir a intensidade de seus sintomas, mas não foram capazes de “*resolvê-los*”, concluindo que seu problema se tornara crônico e o acompanharia para o resto da vida; na melhor das hipóteses, conseguiria “*suportá-lo*”.

Pedro relata diversas vezes que o que mais detesta na profissão é ter que ouvir os “*problemas queixosos*” de seus pacientes. Segundo ele, estava ali para exercer a função

de “médico”, uma função “clara e objetiva”, que deveria atuar no sintoma ou problema específico para o qual foi solicitado. Quando atendia vários pacientes considerados por ele como queixosos, sentia-se mal, tendo seus sintomas acentuados. Em tese, isso nos permite entender um pouco mais sobre o porquê de seus sintomas aparecerem justamente após ter se formado como médico, uma vez que sua profissão colocaria cada vez mais em cena estas questões. Entretanto, apostou-se que algo aí se repetia; isto é, seus sintomas começariam ali, mas seria essas as causas?

Discussão

Para Guerra (2010, p. 141), a psicanálise pode ser tida como uma “ciência do *a posteriori*”, já que ela não opera com a lógica causal, nem com a dedução ou por meio da dialética, e devido ao fato de objetivar mais escutar do que compreender. Nesse sentido, a autora argumenta que é somente em um próximo movimento que a verdade poderá comparecer, ainda que semi-dita. Isso não quer dizer, no entanto, que o psicanalista estará isento de formular hipóteses e questões que necessitariam de investigação. Afinal, toda análise tem uma direção. Portanto, sabe-se para onde levá-la. O que não se sabe são os detalhes deste caminho relativos à particularidade de cada caso, mas que aos poucos vão comparecendo, mediante à associação livre e à transferência.

Diante do exposto, algumas questões que precisaram ser investigadas logo se estabeleceram: a) Quais seriam os sentidos inconscientes que sustentam os sintomas de Pedro?; b) O que ele estaria retendo e ao que ele estaria preso, de forma que só consegue “soltar-se” aos poucos?; e c) Se Pedro já recorreu a tantos procedimentos que o ajudam suportar seus sintomas, como a Psicanálise compareceria nesta relação? Qual seria a demanda de tratamento?

Pedro expôs seus problemas de forma clara, objetiva e prognóstica. Mostrou-se quase sempre atravessado pelo discurso médico, o que foi entendido como um enunciado que compareceu como alguma forma de proteção, de uma não responsabilização, enquanto sujeito, sobre o seu sintoma; ou melhor, sobre o que representaria seu sintoma. Em suma, o seu discurso médico apareceu no *setting* analítico como uma forma de resistência.

Em *A dinâmica da transferência*, artigo que Freud (1912/2006) se aprofunda no fenômeno da transferência, ele afirma que ela é ocasionada principalmente no tratamento analítico. No entanto, ele argumenta que a transferência também aparece em uma análise como uma forma de resistência. Neste mesmo texto, Freud argumenta que se a transferência funcionasse só como um facilitador, em que o paciente pudesse dizer “na sua frente, não sinto vergonha: posso dizer-lhe qualquer coisa” (p. 116), e confessasse seus desejos e angústias, não ficaria claro o porquê é difícil dizê-las, e a análise não teria sentido algum.

Acompanhando o ensino de Lacan, que vem na trilha de Freud, a transferência passa a ser entendida como uma via de acesso ao inconsciente, de um discurso de uma linguagem. Seguindo essa perspectiva, Miller (1987/1994) argumenta que o engatamento da transferência se dá muito mais com um significante do que com uma pessoa. Para o autor, “a transferência tem seu valor porque permite ver o funcionamento de um mecanismo inconsciente na própria atualidade da sessão” (p. 62). Dessa forma, em uma psicanálise, o lugar em que o psicanalista é colocado pelo analisando é, portanto, um lugar transferencial – sinal de que algo se repete nas relações externas. Desse modo, entende-se que a própria transferência é ela mesma uma repetição, no presente, com o analista.

No que diz respeito ao caso, o lugar que o psicanalista é colocado, inicialmente, para Pedro é um lugar de espectador, uma vez que ele teria já as explicações consolidadas sobre o os seus sintomas. Como ele mesmo já anunciava, sua atuação na clínica médica era objetiva, com intervenção diretamente no sintoma, e assuntos pessoais eram tidos como queixosos, o que lhe causavam mal-estar. Foi entendido, portanto, que ele repetia essa relação no *setting* analítico, referindo-se sempre a seu sintoma; para tanto, recorria constantemente ao discurso médico como uma forma de proteção.

A questão que merece ênfase é que o psicanalista não deve recuar diante de elaborações resistentes, embasadas pelo o discurso médico. A partir da teoria dos Quatros Discursos de Lacan, (1970/1992), nota-se que o discurso médico do paciente fez referência ao *discurso universitário*, pois persistiu na posição de médico, estando-o apto para ensinar ou convencer o porquê de seus sintomas, e ainda se isentando de qualquer responsabilidade sobre eles. Nesse sentido, a todo momento foi preciso convocá-lo para o trabalho analítico, que é o de procurar o desconhecido, sobre o que se passa com ele; transformar o seu sintoma em um *sintoma analítico* (Quinet, 2009). Dito de outra forma, sustentou-se para ele o discurso do analista, que é o de sustentar que há um saber sobre o seu sintoma e, portanto, sobre si, que ainda lhe é desconhecido. Nessa modalidade de discurso, o psicanalista ocupa o lugar de objeto *a*, causa de desejo, em transferência para o paciente, fazendo-o “segredar aquilo que ele mesmo nem sabia que sabia” (Quinet, 1999, p. 02).

Em “Além do Princípio do Prazer”, texto em que é desenvolvida a noção de compulsão à repetição, Freud (1920/2006) passa a entender que o inconsciente não resiste, mas, ao contrário, ele insiste. Isso significa dizer que o inconsciente não oferece resistência aos esforços do tratamento. Acompanhando essa perspectiva, e a ainda amparado por uma leitura no campo da linguagem, Lacan (1957/1998) acrescenta que o inconsciente se apresenta nas entrelinhas do discurso, em uma linguagem significativa. Por meio dessa leitura, Lacan nos adverte do poder da palavra, que ela sempre tem a mais a dizer.

Seguindo essa lógica, Fernandes, Reis, Besset e Veras (2015) discutem a leitura do Fenômeno Psicossomático (FPS) na clínica. Estes autores observam que é necessário

se atentar aos termos que surgem nas sessões, pois os significantes fornecem “indícios preciosos sobre o FPS” (p. 555). Se a linguagem é fundamentalmente sintomática, na medida em que sempre há um hiato em o que se diz e o que se quer (oferta e demanda), a regra da *associação livre* proporciona a escuta de algumas palavras que se repetem e que ressoam, como se fossem pistas deixadas ao acaso, que sinalizam uma trilha para o que não cessa de se dizer, o inconsciente. De palavra em palavra, vão se produzindo os sentidos inconscientes que sustentam os sintomas (Ramos, 2003).

Diante do exposto, destaquei algumas palavras que ressoaram durante as sessões, com o intuito de toma-las para análise e traçar um sentido. Durante as sessões, Pedro fala bastante sobre o ser médico, dizendo ser uma profissão desgastante, “*difícil de suportar*”. Além disso, aponta que a saída seria se especializar cada vez mais, para assim atender somente problemas muito específicos, que não demandariam dele a escuta de assuntos que não estariam ligados ao “*órgão que atua*”. Curiosamente, ele começa a se especializar em ultrassonografia, uma especialidade que, segundo ele, é puramente técnica e que permite atuação nos órgãos como “*intestino e útero*”.

Pedro relata a impossibilidade de resolver o seu mal-estar, sendo possível somente “*suportá-lo*”, e que a atuação do médico deve ser “*clara e objetiva*”. Esta é “*difícil de suportar*” na medida em que entra em contato com demandas que, segundo ele, fogem da competência médica, ou seja, demandas “*queixosas*”, relativas às questões pessoais dos pacientes. Pedro, que sofre de constipação, diagnosticado com a Síndrome do Intestino Irritável, aponta como saída para o seu mal-estar a especialização em “*Ultrassonografia*”, uma especialidade que permite atuação nos órgãos como “*intestino*” e “*útero*”. Em sua fala, nota-se o valor simbólico atribuído à especialização em Ultrassonografia – afinal, foi tida pelo paciente como uma forma de resolver o seu mal-estar; mais ainda: o paciente acrescenta a possibilidade de atuação nos órgãos intestino e útero. A associação com o termo “*intestino*” poderia ser explicado pelos próprios sintomas de constipação, mas, e a associação com o termo útero?

O contexto em que surgiu essa cadeia associativa (depois de várias sessões), permitiu perceber que até o momento, Pedro pouco falava sobre sua família, e nunca mencionara seus pais. Dessa forma, ao ser solicitado para falar sobre seus pais, relatou um fato altamente significativo: seu pai faleceu há 12 anos, e, dois anos depois, sua mãe foi diagnosticada com Alzheimer, estando no estágio avançado há 6 anos. Desde então, ela mora com ele. Segundo Pedro, sua mãe tem sido um “*peso enorme*” que ele tem que “*suportar*”. Observa-se que novamente se fez presente o significante que representa um impasse para o paciente: “*suportar*”. Portanto, construiu-se uma hipótese de que haveria uma ligação entre a constipação e a ambivalência nas relações objetais, especialmente na relação com sua mãe.

Em sessões posteriores, Pedro relata sobre o estado de saúde de sua mãe. Como dito, ela está no estágio avançada no Alzheimer há 6 anos. Desde então, ele não fala,

sente muita dor, não lembra de mais ninguém e precisa de cuidados 24 horas por dia. Pedro relata que sua casa tem um clima mórbido: “*Mas ela tem uma saúde danada, deve viver mais do que eu ainda*”, ele afirma. Ao final da frase o analista ri. Neste momento, ele fica surpreso com a risada e contesta: “*Do que você está rindo?*”.

De uma forma geral, o chiste se constitui como uma forma inteligente de lidar com a dor o sofrimento, capaz de extrair algum prazer disto. O chiste é uma formação em que se diz algo “que não queria se dizer”; é um enunciado que contém uma verdade velada, que é semi-dita – daí sua relação com o inconsciente, conforme proposto por Freud (1905/1980). Quando a verdade é captada o chiste é bem-sucedido e assim produz o riso, um efeito de satisfação. Entretanto, a surpresa de Pedro para com o riso do analista mostra que, de fato, não se tratou de um chiste. Afinal, ele não riu. Mas o riso do analista o deixou envergonhado, como se fosse “pego com a mão na massa”. Como resultado, Pedro logo constitui uma elaboração secundária: “*Não estou querendo dizer que minha mãe tinha que morrer*”, se explica. Pela porta do *lapso* saiu uma verdade.

Em “Além do princípio do prazer”, Freud (1920/2006) discute a conhecida brincadeira “Fort-Da”. Essa brincadeira, criada por seu neto, foi tida como uma forma deste expressar e elaborar a angústia pela falta de sua mãe através do jogo com o carretel. Ao tomar essa brincadeira para análise, Freud passou a entender que as crianças repetem experiências desagradáveis subvertendo-as de um modo muito mais ativo do que poderiam experimentar em um modo passivo. Ele acabou abrindo espaço para estudos sobre a função do brincar das crianças e começou a solidificar a noção de *pulsão de morte*, marcando uma virada na teoria das pulsões e, portanto, na teoria do prazer.

O jogo do carretel levou a Freud repensar o princípio do prazer bem como a lógica do funcionamento do aparelho psíquico. Ele percebe que o ato da partida do carretel (objeto que representaria a partida da mãe), no qual seria sentido na qualidade psíquica de desprazer, foi privilegiado na cena da brincadeira. Seguindo o modelo anterior em que o prazer seria a meta, por que a cena do retorno do carretel (o retorno da mãe), que seria sentido como prazerosa, não foi privilegiada? A partir daí, Freud descobre a existência da pulsão de morte que, junto da pulsão de vida, passam a dirigir o funcionamento psíquico.

É importante lembrar que a pulsão de morte é ligada diretamente com a *repetição*. O conceito-fenômeno de repetição vai ocupar um outro lugar, como uma força ou movimento pulsional, como uma (com)pulsão à repetição. “Existe realmente na mente uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio do prazer” (Freud, 2006/1920, p. 33). Dessa forma, até o próprio conceito de sintoma começa a ser reelaborado, sinalizando-o como uma satisfação de uma pulsão que está recalçada, e, por estar recalçada, retornaria como desprazer

O *Fort-Da* ressoa no caso de Pedro: como poder elaborar a presença e a ausência de sua mãe, visto que ela está e não está presente/ausente. “*Há a presença de seu corpo*”

– ele argumenta – “*mas não da minha mãe*”. Poderia essa situação relacionar-se com os seus sintomas de constipação?

Ao consultar artigos que discutem casos clínicos sobre constipação pelo viés da psicanálise, pode-se encontrar o estudo de MacLean e Jones (1987). Neste estudo, os autores discutem um caso de um menino de quatro anos que sofria de encoprese (avesso da constipação). O peculiar deste caso é a existência de um irmão gêmeo idêntico que não sofria dessa disfunção. Durante as entrevistas clínicas com os pais, os autores identificam questões familiares importantes, acentuadas também no lado materno. O nascimento dos gêmeos e a mudança para uma cidade pequena exigiu uma mudança na vida cuidadosamente planejada que a mãe estabelecera para a família, reagindo-a com ambivalência em relação aos cuidados com os filhos, particularmente no treino do toalete. O irmão que apresentava características tidas como “passivas” em relação às investidas ambivalentes da mãe não desenvolveu nenhuma disfunção intestinal, já o irmão que foi descrito pela mãe como mais “ativo” acabou desenvolvendo a encoprese. Dessa forma, os autores entenderam o sintoma de encoprese como “uma expressão de raiva em relação aos pais, especialmente em relação à mãe, além disso, a encoprese proporcionou o processo de individuação e separação dos gêmeos e atraiu a atenção dos pais de Sam [irmão que não desenvolveu a encoprese] para o James [irmão que desenvolveu a encoprese]” (MacLean & Jones, 1987, p. 593).

Já no estudo de Barbieri, Ujikawa e Mishima (2011) foram discutidos três casos clínicos em que foram realizadas sessões lúdicas com as crianças e entrevistas familiares. Nos três casos foram verificados impasses nas relações familiares, acentuados ainda mais nas relações entre mãe/filho(a). Nesses casos, foi identificado expressiva dificuldade das mães em tolerarem a ambivalência presente nas relações interpessoais, fruto de uma fragilidade afetiva, e que essas dificuldades eram compensadas pelo controle excessivo de seus filhos.

Motta, Silva e Castro (2010) também discutem um caso de uma criança de cinco anos que sofria de constipação. Os autores descrevem a mãe do menino como demasiadamente exigente e rígida com a educação do filho. Nos atendimentos, também observam que a criança é extremamente colada à mãe, e que o seu sintoma de constipação aponta para uma expressão da “dialética entre permanecer submetido ao Outro materno ou separar-se dele” (p. 92).

Por sua vez, na tese de doutorado de Farias (2007), a partir de seu trabalho no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foram observados pacientes com doenças inflamatórias intestinais que produziram sintomas de constipação. Nesses casos, também foram identificadas relações familiares conflituosas, também acentuadas no lado materno. Segundo a autora, muitos desses pacientes experimentavam “dependência psíquica extremada em relação a seus cuidadores (em sua maior parte, mães)” (p. 10).

Diante do exposto, parece pertinente considerarmos a possibilidade de algumas especificidades na constituição dos sintomas de constipação. Uma hipótese seria de que o estilo do cuidado materno influenciaria no controle da evacuação de uma criança. Vale esclarecer que essas questões não são apontadas somente pela psicanálise em específico. Erik Erikson, um dos grandes teóricos da Psicologia do Desenvolvimento, argumenta que o treinamento do controle de esfíncteres produz impacto significativo nas relações familiares e vice-versa, gerando repercussões marcantes na personalidade e no desenvolvimento da criança (Erikson, 1976). De fato, isso tudo evidencia o quanto os impasses das relações com o outro se tornam bases constituintes da subjetividade e personalidade.

Na teoria psicanalítica, a reação do sujeito com o controle das fezes é frequentemente relacionada à fixação na pulsão anal (Freud, 1905/2006). Diferentemente da fase oral, em que a criança se encontra em um momento de não diferenciação entre ela e o mundo, ou seja, entre ela e a mãe, na fase anal a criança tem a oportunidade de se reconhecer através das fezes, percebendo-se separada da mãe. As duas fases ainda se diferem em outro ponto: a *demanda*. Na primeira, a demanda (do peito) é da criança e é feita à mãe; na segunda, a demanda é da mãe; é ela que demanda da criança as fezes. Considerando que a fase anal remete a uma etapa de elaboração de separação da mãe, o ato de reter as fezes sinalizaria uma dificuldade nesse processo. Motta, Silva e Castro (2010, p. 362) afirmam que “quando a criança se depara com uma nova etapa, que ameaça causar-lhe desprazer, a tendência é recuar e fixar-se na fase anterior e conhecida”. Nesse sentido, a questão que aqui se coloca é: será que no caso de Pedro, seus sintomas de constipação apontam para uma fixação ou regressão à fase anal, especialmente devido à condição de sua mãe?

A hipótese seria de que Pedro, como expressa em seus sintomas, coloca-se preso à condição em que é privilegiado na fantasia uma mãe cujo *pathos* a coloca em uma posição de demanda tal qual na fase anal, em que há a demanda das fezes. Demanda que é sentida como maciça, o que produz a reusa como resposta. O grande conflito trazido pelo paciente está na dificuldade em “suportar” as coisas que são tidas como perdas, e é justamente suportar a perda de algo que Pedro não consegue suportar. Assim, ele não sustenta uma determinada opção em detrimento de outra, permanecendo em estado de dúvida, constipado.

Considerações finais

Com este artigo, foi possível construir alguma elaboração sobre o que se passou no *setting* analítico ao articulá-lo com a literatura e a teoria psicanalítica, ou seja, ao colocá-lo na situação de pesquisa psicanalítica. Ao valorizar a singularidade do caso, objetivou-se contribuir com as questões somáticas da constipação.

A relação entre os significantes “*intestino*” e “*útero*” mostrou-se como uma relação *sintomal*. Lacan (1964/2008) entende o sintoma como o mutismo do sujeito suposto falante. Acompanhando essa vertente, Maia, Medeiros e Fontes (2012) afirmam que o sintoma é “o trabalho de todo sujeito para dar conta do Real” (Maia, Medeiros, & Fontes, 2012 p. 57). O Real, conforme proposto por Lacan, é tido como o inapreensível, o que escapa à realidade. “Suportar” a condição de sua mãe aparece como sua demanda de análise, e o sintoma de constipação aparece, então, como uma espécie de suplência, uma tentativa criada para lidar com o Real. Entende-se que a direção de seu tratamento deve caminhar no sentido de ressignificar essa relação com o Outro materno, colocando em análise o porquê da recusa em “entregar as fezes”, de reter tanto ele quanto a mãe nesse cenário conflituoso e ambivalente.

Referências

- 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), 321-337. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v43n2/v43n2a05.pdf>
- Erikson, E. (1976). *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Farias, C. N. F. (2007). *Leitura psicanalítica do sintoma em pacientes com doenças inflamatórias intestinais* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil).
- Fernandes, C., Reis, B., Besset, V., & Veras, M. (2016). Corpo e fenômeno psicossomático na clínica psicanalítica. *Psicologia em Revista*, 21(3), 547-561. doi: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2015v21n3p547>
- Ferreira, A. P., & Szuchmacher, A. M. (2006). Assistência e ensino na instituição psiquiátrica: Interfaces de uma experiência plural. *Psicologia para América Latina*, (6). Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200013
- Freud, S. (2006). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 6, pp. 3-362). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1901).
- Freud, S. (1905/1980). Os chistes e sua relação com o inconsciente. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 13, pp. 13-267). Rio de Janeiro, RJ: Imago
- Freud, S. (1912/2006). A dinâmica da transferência. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 111-119). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1914/2006). Uma introdução ao narcisismo. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 76-108). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1920/2006). Além do princípio do prazer. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 17-72). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Gil A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Guerra, A. M. C. (2010). Psicanálise e produção científica. In: Kyrillos Neto, Jacqueline Moreira (Orgs.), *Pesquisa em psicanálise: transmissão na Universidade* (pp. 130-145). Barbacena, MG: EdUEMG.
- Lacan, J. (1970/1992). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio Janeiro, RJ: Zahar.
- Lacan, J. (1957/1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: J. Lacan, *Escritos* (pp. 496-533). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1964/2008). *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 6(1), 115-138. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982003000100007>

- MacLean, G., & Jones, B. (1987). The psychological development of a twin: A case study of the importance of a symptom. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 588-94. doi: <https://doi.org/10.1177/070674378703200716>
- Maia, A. B, Medeiros, C. P. & Fontes, F. (2012). O conceito de sintoma na psicanálise: Uma introdução. *Estilos da Clínica*, 17(1), 44-61. Retrieved from <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46133>
- Miller, J-A. (1994). A transferência de Freud a Lacan. In J-A. Miller, *Percurso de Lacan: Uma introdução* (pp. 55-71). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1987).
- Motta, C. R., Silva, L. R., & Castro, H. (2010). A psicanálise da criança: Um estudo de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 9(1), 89-94. Retrieved from <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/1673/1/4739-12144-1-PB.pdf>
- Quinet, A. (1999). A ciência psiquiátrica nos discursos da contemporaneidade. Associação Mineira de Psiquiatria - O Risco, 10(8), 12-4. Retrieved from http://lacanian.memory.online.fr/AQuinet_Ciencia.rtf
- Quinet, A. (2009). *4 +1 Condições de análise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Ramos, H. (2003). Ato psicanalítico: Cirurgia do significante. In A. C. C. P. Psicanalítico (Ed.), *O ato psicanalítico* (pp. 90-100). Retrieved from <http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1051/ato.pdf>
- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage.