

8

Os transtornos esfinterianos

1,50

GENERALIDADES

Na aquisição do asseio e do controle esfinteriano, urinário ou anal, intervêm três eixos: um eixo neurofisiológico, um eixo cultural e um eixo relacional.

Neurofisiologia esfinteriana

É marcada pela passagem de um comportamento reflexo automático a um comportamento voluntário controlado. No recém-nascido, micção e a defecação, no início, sucedem a repleção. O controle de esfínteres estriados é adquirido de forma progressiva, e o controle do esfínter anal em geral precede o do esfínter vesical.

Vários componentes intervêm nesse controle: maturação local, capacidade precoce de condicionamento, etc. Mas logo fica difícil distinguir a parte desses fatores.

Os estudos acerca da motricidade vesical pelo registro das curvas de pressão intravesical permitiram distinguir várias fases (Lauret): automatismo infantil (curva A1, até 1 ano); início de inibição (curva

A2, até 2 anos); possibilidade de inibição completa (B1, até 3 anos); curva de tipo adulto (B2, após 3 anos); a aquisição de um verdadeiro controle esfinteriano não é possível antes que a motricidade vesical atinja esse último patamar, mesmo que o condicionamento precoce leve a acreditar em um aparente asseio.

Contexto cultural

Não pode ser dissociado da aprendizagem do asseio. Segundo as culturas, essa aprendizagem se dá em um contexto mais ou menos rígido, exercendo sobre a criança pressões fortes, moderadas ou leves (Anthony). A evolução recente dos costumes, a difusão de conhecimentos sobre a pequena infância e um clima de maior liberalidade atenuaram bastante a pressão na aprendizagem do asseio nas crianças dos países ocidentais, o que talvez influencie a frequência das perturbações ligadas a essa função.

Contudo, algumas mães continuam a exercer fortes pressões sobre a aprendizagem: um condicionamento precoce desde o primeiro ano é possível então,

mas há o sério risco de que esse condicionamento ceda no momento exato em que a criança começa a estabelecer um controle pessoal.

Eixo relacional

O último eixo é o relacional. Para além da maturação neurofisiológica e da pressão cultural em nossa sociedade, em que a relação mãe-filho é privilegiada e protegida, a aquisição do asseio, ao longo do segundo e do terceiro anos, é um dos elementos de transição na díade mãe-filho.

As matérias fecais e, em menor grau, a urina veiculam uma forte carga afetiva, que pode ser positiva ou negativa, mas que permanece ligada ao conteúdo do corpo e, portanto, ao próprio corpo. A aquisição do controle esfinteriano ocorre na sequência do prazer experimentado primeiro na expulsão, depois na retenção, e ainda no par retenção-expulsão: o novo domínio sobre o corpo proporciona à criança uma grande alegria, reforçada ainda pela satisfação da mãe. A natureza do investimento dessa função de retenção-expulsão, investimento pulsional de predominância libidinal ou de predominância agressiva, depende em grande parte do estilo de relação entre mãe e filho que se estabelece em torno do controle esfinteriano: exigência imperiosa da mãe que despoja a criança de uma parte de seu corpo e recebe sua urina ou suas fezes com uma máscara de aversão; satisfação de uma mãe de ver o filho progredir e se autonomizar nessas condutas cotidianas e que recebe sua urina ou suas fezes com prazer.

É assim que se opera a passagem do par retenção-expulsão ao par oferta-recusa ou ao par presente bom-detrito mau.

Os estudos epidemiológicos confirmam a importância dessa dimensão relacional mostrando a frequência dos transtornos esfinterianos e outros em condições de aprendizagem inadequada (Nourrissier).

ENURESE

A enurese é definida como a emissão ativa completa e não controlada de urina após a idade da maturidade fisiológica, adquirida habitualmente entre 3 e 4 anos. A enurese secundária caracteriza-se pela existência de um período anterior de asseio transitório. A enurese primária sucede diretamente o período de não controle fisiológico. A enurese primária noturna é, de longe, a forma mais frequente.

Conforme o ritmo nictemeral, distinguem-se a enurese noturna, a mais frequente; a diurna, em geral associada a micções imperiosas, e a mista. Além disso, em função da frequência, descreve-se uma enurese cotidiana, irregular ou intermitente (enurese transitória com longos intervalos secos).

Trata-se de um sintoma frequente, que atinge 10 a 15% das crianças, com uma nítida predominância de meninos (2/1). Associa-se, às vezes, a outras manifestações: encoprese, mais comumente, potomania e imaturidade motora. Destaca-se uma frequência elevada e inexplicada de estenose do piloro nos antecedentes de crianças enuréticas.

Diagnóstico diferencial

Costuma ser fácil:

- as afecções urológicas, infecciosas, irritativas (cálculos vesicais) ou malfor-

mativas (abocamento anormal ou ectópico dos ureteres, atresia do meato) são acompanhadas, inúmeras vezes, de outros sinais miccionais: micções muito frequentes, difíceis (atraso de evacuação, fraqueza do jato) ou dolorosas. Ao menor sinal suspeito, justificam-se explorações complementares;

- as *afecções neurológicas* (bexiga neurológica com micção reflexa ou por transbordamento) são evidentes pelos transtornos associados, sejam de origem infecciosa (mielites) ou malformativa (espinha bífida);
- a *epilepsia noturna* pode ser mais difícil de reconhecer se a emissão de urina for seu único testemunho. Em caso de dúvida, pode ser necessário um registro eletroencefalográfico noturno.

Fatores etiológicos

Devem ser examinados em função dos diversos eixos que concorrem para a aquisição do asseio:

- eixo das inter-relações familiares;
- eixo do desenvolvimento psicoafetivo da criança.

Como todos os sintomas relacionados ao corpo na criança, nota-se uma estreita interação entre os diferentes eixos: as vicissitudes de um serão atenuadas ou reforçadas conforme o desdobramento do outro. Assim, um atraso de maturação fisiológica pode servir de ponto de ancoragem para um conflito afetivo de tipo retenção-expulsão, cujo desenvolvimento encontra sua origem ou na intensidade da vida pulsional da criança ou no superinvestimento familiar das funções excremenciais.

A partir daí, privilegiar um fator etiológico em relação a outro depende geralmente da posição teórica dos autores. Exporemos aqui os diversos fatores mais lembrados:

O fator hereditário encontra explicação na relativa frequência da enurese familiar, sem que se tenha evidenciado uma transmissão genética precisa. Destaque-se que a enurese chegou a ser considerada, em uma perspectiva etológica, o ressurgimento patológico de um comportamento inato normalmente reprimido; nessa perspectiva, a retirada dessa repressão teria alguma analogia com a marcação do território no animal.

A mecânica vesical do enurético foi muito estudada. A capacidade vesical e a pressão intravesical aparentemente não diferem daquelas da criança normal. Contudo, nessas crianças enuréticas, registros citomanométricos mostraram a existência de curvas de pressão cuja dinâmica é idêntica à que se constata em crianças menores (1 a 3 anos). Essas constatações justificam a menção a uma "imaturidade neuromotora da bexiga", cuja importância e frequência variam segundo os autores.

O sono do enurético foi objeto dos estudos mais recentes. De um lado, a criança enurética costuma ter sonhos "molhados": brincadeiras na água ou com água, inundação ou simplesmente sonho de micção.

No nível da qualidade do sono, alguns responsabilizaram sua profundidade, mas os registros poligráficos sistemáticos do sono não mostraram uma diferença significativa em relação às crianças não enuréticas. No que se refere às diversas fases do sono, a enurese costuma sobrevir exatamente antes do apa-

recimento de uma fase de sonho. Deixar a criança urinada parece ter um efeito de bloqueio sobre o aparecimento de fases II e IV do sono profundo, que sobrevêm normalmente quando ela é trocada após a micção.

No tempo, a micção, seja única ou repetida (uma a duas vezes), ocorre 1 hora ou 1 hora e meia após o adormecimento.

Os fatores psicológicos ainda são os mais evidentes. Basta lembrar a frequente correspondência entre o aparecimento ou o desaparecimento da enurese e de um episódio marcante da vida da criança: separação familiar, nascimento de um caçula, ingresso na escola, emoções de qualquer natureza, etc.

Esses fatores psicológicos podem intervir tanto no nível da própria criança, quanto no nível do ambiente familiar.

A criança e sua personalidade

No que se refere a uma certa tipologia psicológica, é clássico opor os enuréticos passivos, indolentes, dóceis, e aqueles que são agressivos, reivindicativos, opositores. Mencionou-se também a imaturidade e a emotividade em crianças que sofrem de "eretismo vesical". Na verdade, a grande diversidade de perfis descritos revela seu pouco interesse relativo.

Quanto ao significado que assume a enurese na imaginação da criança, ele depende ao mesmo tempo do ponto de fixação do desenvolvimento psicoafetivo ao qual corresponde esse sintoma (fase anal de retenção-expulsão) e de modificações posteriores em razão da continuidade desse desenvolvimento. Assim, a micção é logo enriquecida de uma simbólica sexual: utilização autoerótica da excitação uretral, equivalente masturbatório, agressividade uretral, afirmação viril no meni-

no, etc. O sintoma se situa então em um conjunto neurótico mais amplo.

Alguns autores equiparam a enurese a um sintoma de "depressão mascarada", em razão principalmente da atividade da imipramina.

O ambiente da criança

Ele intervém segundo duas vertentes: seja por carência ou déficit, seja por superinvestimento. No primeiro caso, destaca-se a frequência de conflitos familiares (dissociação familiar, carências socioeconômicas em sentido amplo) nas famílias de crianças enuréticas. Há também uma frequência elevada de enuréticos entre as crianças que vivem em internatos. De outra parte, o superinvestimento da função esfinteriana pelos pais é muito comum: imposição intempestiva e precoce do vaso sanitário, ritualização mais ou menos coercitiva (levar à privada de hora em hora, etc.). Observa-se isso principalmente em mães obsessivas ou fóbicas, que têm necessidade de um quadro educativo bem delimitado, sem respeitar o ritmo próprio da criança. Assim, essa função esfinteriana torna-se conflituosa: angústia, medo, sentimento de culpa ou de vergonha e oposição irão acompanhar progressivamente a micção.

A existência da enurese pode por si mesma modificar a atitude da família e com isso perenizar, ao fixá-la, a conduta patológica. A resposta familiar pode se dar, então, no registro da agressividade: punição, ameaça, zombaria ou mesmo violência física, ou, ao contrário, por uma complacência protetora: prazer de manipular os lençóis, de lavar a criança, impossibilidade de sair (nada de classe de inverno, de dormir na casa dos amigos) devido às complicações que isso cria.

Com isso, o sintoma se fixa, seja pela existência de benefícios secundários, seja

porque começa a se inserir em um conflito neurótico que se organiza pouco a pouco.

Associações psicopatológicas

- **RETARDO MENTAL.** A enurese é tanto mais frequente nesse caso quanto mais profundo for o retardo. Essa associação assinala *a contrario* a importância da maturação neurofisiológica.
- **PSICOSE.** Sintoma frequente dentro de um conjunto de perturbações muito mais amplo.
- **NEUROSE.** A dimensão simbólica da enurese é particularmente identificável nesse caso e ajudou a compreendê-la.

Tratamento

Depende do contexto psicológico. A maioria das enureses desaparece na segunda infância: a avaliação da eficácia terapêutica deve levar em conta esse dado. As diversas medidas terapêuticas se destinam a crianças com mais de 4 anos e meio.

Medidas gerais. Consistem em correções de medidas educativas nefastas: aprendizagem precoce demais ou rígida demais, excesso de precaução (cama, fralda, cueiro, vários forros, cuidados íntimos constantes, etc.).

Moderação de líquidos à noite, sem que isso pareça exagerado, higiene de vida com prática de esporte (natação) para as crianças inativas.

Essas medidas exigem a participação da família, mas também o eventual abandono de posições que refletiam os conflitos neuróticos maternos, o que significa que nem sempre é fácil obtê-las!

Motivação da criança

A informação da criança sobre o funcionamento urinário é fundamental. Desmistificar o sintoma permite que a criança deixe de se ver como uma vítima submissa e culpada. Desenhos e a explicação do trajeto da urina desde a boca até o esfíncter podem ser úteis.

A participação da criança nos resultados, anotando em um caderno, vai no sentido dessa motivação, sem que isso se torne um comportamento obsessivo.

Despertar noturno

Despertar na hora regulada pelos pais. Após uma micção completa ao deitar, desperta-se totalmente a criança 1 hora ou 1 hora e meia após o adormecimento, durante períodos de 3 semanas a 1 mês, retardando em cerca de 15 minutos por noite o despertar.

Despertar por um aviso sonoro que é acionado graças à condutibilidade dos lençóis desde a emissão das primeiras gotas de urina. É aconselhável não utilizar esse aparelho antes dos 7-8 anos. A dimensão do ruído pode causar problemas (irmãos, vizinhos) e restringir sua utilização. Contudo, quando a criança aceita esse aparelho, constata-se em pouco tempo uma diminuição do número de alertas, e depois despertares espontâneos.

Prescrições medicamentosas. Os produtos da série dos antidepressivos têm, ao mesmo tempo, uma atividade anticolinérgica periférica, relaxando a musculatura lisa da bexiga (detrusor), e uma ação estimulante no sistema nervoso central. É aconselhável não prescrever esses produtos antes dos 6 anos. Costuma-se indicar a imipramina duas vezes ao dia (às 16 horas e ao deitar).

A desmopressina (análoga ao hormônio antidiurético) em pulverizador nasal apresenta eficácia similar (70 a 80% dos casos). Nas duas proposições, o tratamento é prescrito para um período de 1 a 3 meses no máximo, repetindo-o uma a duas vezes se o sintoma reaparecer. Se persistir, é preferível não prolongar esses tratamentos medicamentosos e pensar em uma abordagem psicoterápica.

Psicoterapias. Destinam-se aos casos em que o contexto neurótico está em primeiro plano ou, pelo menos, em que há prevalência dos determinantes psicológicos:

- seja uma psicoterapia curta, associando atitudes explicativas, sugestivas e interpretações que esclareçam o significado do sintoma;
- seja uma psicoterapia clássica ou psicodrama, quando os tratamentos precedentes fracassaram, quando aparecem manifestações neuróticas (ansiedade, conduta fóbica ou obsessiva), ou quando a enurese acentua uma relação de dependência ou um sofrimento psíquico (vergonha, desvalorização). Nessas formas, a abordagem psicoterápica, ao se centrar no significado edipiano do sintoma, costuma favorecer uma melhora dos sintomas neuróticos, ainda que a enurese propriamente dita seja uma manifestação em geral muito resistente.

ENCOPRESE

A encoprese é uma defecação na calça em uma criança que ultrapassou a idade habitual de aquisição do asseio (entre 2 e 3 anos).

Distingue-se a encoprese primária, sem uma fase anterior de asseio, e a encoprese secundária, bem mais frequente, após uma fase mais ou menos longa de asseio. Ela é quase que exclusivamente diurna. Assim, ao contrário da enurese, a forma mais comum é a encoprese secundária diurna. Há cerca de 3 meninos encopréticos para 1 menina. A idade de aparecimento do sintoma costuma se situar entre 7 e 8 anos. Estima-se uma frequência em torno de 1,5 a 3%, segundo a idade. Ela se associa comumente à enurese (25% dos casos), que às vezes também é diurna. Encoprese e enurese podem ser concomitantes ou se suceder em períodos alternados.

Os estudos de séries com alguma relevância não indicaram outras associações características; não há particularmente um antecedente somático acima da média nas crianças encopréticas. Tampouco se encontram antecedentes familiares. É preciso distinguir a encoprese das incontinências anais que se observam em certas síndromes neurológicas (síndrome da cauda equina) e nos grandes encefalopatas.

Estudo clínico

O aspecto das fezes é variável. Fezes bem moles, evacuadas totalmente na roupa, fezes viscosas como clara de ovo, moles e abundantes, que enchem a cueca e escorrem na calça, simples “escapadas” úmidas que mancham a roupa de baixo.

O ritmo é igualmente variável. A encoprese pode ser cotidiana ou pluricotidiana, mas em geral é intermitente, nitidamente cadenciada pelos episódios da vida da criança: férias, separação do meio familiar, escola. Uma certa regularidade de horário

ou de lugar é identificada às vezes (Marfan falava em "defecação involuntária de escolares"), mas isso não é constante.

As condições da defecação não são indiferentes. Certas crianças se isolam e se absorvem em uma atividade não muito diferente da conduta habitual das crianças quando vão ao banheiro. Outras evacuam sem interromper suas atividades; algumas, enfim, deixam que elas escapem no caminho para o banheiro enquanto correm até lá. O caráter voluntário ou não da encoprese ainda é um tema em discussão. Quando se interroga a criança, ela sempre alega a incapacidade de se controlar, mas algumas observações contradizem esse caráter involuntário. O mesmo ocorre quanto à consciência ou não da própria defecação. Algumas crianças afirmam "não sentir nada", outras declaram que sentem normalmente as fezes, mas não conseguem retê-las.

A relação da criança com suas fezes deve ser sempre estudada com cuidado:

- às vezes, a criança parece indiferente ao seu sintoma, apenas o odor que incomoda as pessoas próximas revela a existência dele;
- frequentemente, ela desenvolve condutas de dissimulação, ou mesmo de acumulação: a cueca é escondida ou guardada em uma gaveta, em cima de um armário. O mais comum é que a criança guarde a peça íntima junto com as matérias fecais. É muito raro que ela procure disfarçar a encoprese lavando a roupa de baixo. Em geral, essas condutas se desenvolvem com um sentimento de vergonha e são ocultadas das pessoas próximas, com exceção da mãe.

Pode ocorrer, enfim, mais raramente, que a criança tenha um comportamento

provocador, exibindo a roupa suja, indiferente às advertências ou reprimendas.

Fatores etiológicos

Mais ainda que na enurese, a dimensão relacional e psicológica está em primeiro plano na constituição de uma encoprese. Contudo, outros fatores podem intervir.

Perturbações fisiológicas

Os estudos do trânsito intestinal, da mecânica do esfíncter anal, das pressões da ampola retal, da sensibilidade da mucosa anal não evidenciaram nenhuma anomalia orgânica ou funcional. Alguns, porém, distinguem uma encoprese com reto vazio e uma encoprese com reto pleno, mais frequente, acompanhada ou não de fecalomas sigmóides. O toque retal e a radiografia do abdômen sem preparação permitem encontrar os fecalomas. A presença destes últimos visa a retenção de matéria fecal e coloca o problema da associação da encoprese à constipação. Sugeriu-se a hipótese de que a encoprese seria uma espécie de defecação por "transbordamento" ou por "escorrimento", porque a sensibilidade e a motricidade normais da ampola retal seriam perturbadas pela acumulação das matérias assim retidas. As provas de explorações dinâmicas não confirmaram essa hipótese.

Personalidade da criança

Não há um perfil psicológico unívoco, mas os traços de personalidade patológica parecem mais nítidos do que no caso da enurese. Assim, foram descritas:

- crianças passivas e ansiosas que exprimem sua agressividade de modo

imaturo. É o tipo "vagabundo" de M. Fain;

- crianças oponentes, com traços obsessivos, nas quais a encoprese assume a aparência de uma recusa a se submeter à norma social (é o tipo "delinquente" de M. Fain);
- finalmente, a encoprese pode se inscrever no quadro de uma conduta em que predomina a dimensão perversa: regressão ou fixação em um modo de satisfação arcaica centrada, ao mesmo tempo, na retenção e na erotização secundária da conduta desviante.

No nível da investigação psicanalítica, encontra-se na criança encoprética uma importante fixação anal, em que se investe particularmente ora o polo expulsão-agressão, ora o polo retenção. Devido às particularidades do núcleo familiar, a criança parece estabelecer uma relação privilegiada com a mãe em um modo pré-genital, em que o objeto de troca é o "pênis anal", pois o "pênis paterno" parece fantasmaticamente inacessível.

Família

Ela apresenta particularidades centradas na relação mãe-filho. Os pais, de fato, costumam ser tímidos e reservados, ou completamente distantes. Eles intervêm pouco na relação mãe-filho.

No nível das mães, parece haver traços distintivos. Em geral são ansiosas, emotivas, superprotetoras e dissimulam essa ansiedade seja por trás de uma conduta rígida demais em matéria de educação esfínteriana (colocar no vaso sanitário desde os primeiros meses), seja por trás de uma preocupação excessiva com as "evacuações" do filho (supervalorização da defecação diária, lavagem e supositório quando não há defecação no dia).

Com relação ao sintoma, não é raro que uma verdadeira cumplicidade secundária se instaure entre a criança e a mãe tendo como objeto ou os cuidados com o corpo, ou a troca da cueca suja.

No nível psicossocial, são comuns as dissociações familiares; as mudanças na organização familiar geralmente marcam o início da encoprese: emprego da mãe, ingresso na escola, nascimento de um caçula.

Evolução

Depende da profundidade do conflito que se organiza em torno do sintoma, ou seja, da gravidade da organização neurótica, de um lado, e das mudanças ou desvios que ele provoca no desenvolvimento da criança, de outro.

Um grande número de encopreses desaparece espontaneamente após um período de algumas semanas ou meses. As que persistem por vários anos são sempre formas graves por sua frequência, pela dimensão psicopatológica nitidamente perceptível (numerosos traços caracterológicos anais) e pela patologia familiar (carência socioeducativa importante, ausência de pai).

Com a distância, o sintoma acaba sempre por desaparecer na adolescência, mas em geral para dar lugar a traços nitidamente caracteriais ou neuróticos: preocupações excessivas com o asseio, parcimônia ou avareza, meticulosidade, indecisão, tendência a acumular, etc.

Tratamento

Devem ser evitados os tratamentos sintomáticos e as diversas manobras centradas no esfíncter anal. Contudo, importantes fecalomas presentes no sigmoide

e na ampola retal modificam profundamente a sensibilidade da mucosa, e devem ser evacuados com lavagens cuidadosas. Mas é preciso reduzir ao máximo essas manipulações.

A ação terapêutica deve incluir a família. Se os pais conseguem relacionar o sintoma da criança e o funcionamento da família e fazer as correções comportamentais necessárias, o sintoma tende a desaparecer.

Quando a encoprese se inscreve em um conflito neurótico já organizado, deve-se propor uma psicoterapia individual de tipo analítico. A separação do meio familiar costuma modificar o sintoma, mas o efeito é temporário. Mas, quando a organização familiar é nitidamente patológica e inamovível, pode ela constituir uma das etapas da abordagem terapêutica global.

CONSTIPAÇÃO PSICOGÊNICA E MEGACÓLON FUNCIONAL

Independente de qualquer causa orgânica, a constipação representa um motivo de preocupação mais ou menos frequente dos pais ou de um deles, tanto mais quanto a aprendizagem do asseio esfinteriano se faz de um modo conflituoso. A evacuação da criança pontua assim, a cada dia, uma dádiva para aliviar a angústia dos pais, assim como sua ausência e, conseqüentemente, sua retenção no ventre ameaçam a integridade do corpo da criança.

Obviamente, o superinvestimento da evacuação logo é percebido pela criança, que exerce o controle sobre suas dejeções, nem sempre no sentido desejado pelos pais. Assim, após uma aprendizagem re-

flexa possível da defecação em uma idade bastante precoce (desde o primeiro trimestre de vida, como aconteceu em algumas creches ou com mães extremamente rígidas), sobrevém inevitavelmente um "retorno à sujeira" que, para a criança, é um meio de se apropriar de seu corpo, enquanto para a mãe é o sinal de uma oposição. Nesse contexto, há o risco de se instalar muito cedo uma constipação voluntária. A resposta dos pais por meio de manipulações anais (termômetro, supositório ou mesmo excitação do ânus com o dedo) só tende a fixar um pouco mais o superinvestimento dessa zona e dessa conduta.

Numerosas constipações permanecem isoladas, podendo persistir durante boa parte da infância. Em outros casos, a sintomatologia é acrescida de uma encoprese, geralmente transitória. No máximo, configura-se o quadro de megacólon funcional.

É preciso distinguir esse megacólon do megacólon secundário a um obstáculo (congenito por estreitamento, ou adquirido de tipo tumoral) e do megacólon congenito da doença de Hirschsprung (ausência de células ganglionares nos plexos nervosos da mucosa da extremidade cólica).

No megacólon funcional, a constipação sobrevém durante o segundo semestre e prossegue. O estudo radiológico mostrou que, de algum modo, a defecação se produz ao contrário (M. Soulé): quando as fezes chegam ao esfíncter anal, a contração leva não à dejeção, mas à retropulsão das fezes ao sigmoide e ao cólon esquerdo. A acumulação das matérias provoca a dilatação cólica bem visível na lavagem baritada.

É essencial reconhecer desde cedo esse mecanismo e distinguir a constipação psicogênica de outros tipos de

constipação, pois, se essas diversas manobras exploratórias são amplamente justificadas no início dos transtornos, suas repetições abusivas terão o mesmo efeito de fixação do sintoma que a atitude parental já descrita.

No plano psicopatológico, parece que, no início, essa disfunção fisiológica está a serviço de um investimento "quase perverso" da função: o domínio assim adquirido sobre o objeto interno permite, em um primeiro momento, evitar a angústia de perda (nível fóbico). Em um segundo momento, produz-se uma erotização secundária da contração esfinteriana e da excitação da mucosa quando ocorre esse funcionamento, inverso que chegou a ser comparado à excitação masturbatória. Ao mesmo tempo, a criança experimenta a onipotência sobre seu corpo e sobre o ambiente, cuja preocupação é uma fonte de benefícios secundários para ela.

Esse funcionamento autoerótico da zona anal, com a forte pulsão de domínio sobre o objeto que parece caracterizá-lo, é comparável ao que se observa nos bebês mericistas (M. Soulé) (cf. Capítulo 17).

No plano familiar, Soulé assinala o papel importante do pai muito preocupado com a constipação, mas que parece não se incomodar com a encoprese frequentemente associada. Uma verdadeira

conivência pai-filho parece se organizar em torno da dejeção.

Segundo Soulé, a atitude terapêutica consiste exatamente em mostrar à criança o conhecimento que se tem do mecanismo ativo de sua constipação e das satisfações "quase masturbatórias" que ela obtém daí, sem com isso acusá-la ou condená-la. A partir de então, é possível obter da criança uma defecação regular, que elimine a constipação, a encoprese e, finalmente, o megacólon funcional.

Referências

- BOURGUIGNON A., GUILLON F.: Application d'une hypothèse éthologique à l'énurésie. *Psychiatrie enfant*, 1977, 20 (1), 223-244.
- DUCHE D.J.: *L'énurésie*. «Que sais-je?», PUF, Paris, 1968.
- KOHLER C., CAREL A.: L'encopresie. *Annales médico psych.* 1971, 2 (4), 497-507.
- KREISLER L., FAIN M., SOULE M.: Encopresie et mégacolon fonctionnel. In: *L'enfant et son corps*, PUF, Paris, 1974, 213-290.
- KREISLER L.: L'ÉNURÉSIE. EMC, Paris, 1977, *Pédiatrie*, 4101 G 95.
- LAUNAY C., LAUZAMNE K.: L'encopresie. *Rev. neuropsych. inf.*, 1970, 18 (9), 635-662.
- LEVINE M.: Children with encopresis: a descriptive analysis. *Pediatrics*, 1975, 56 (6), 412-416.
- SOULÉ M., SOULÉ N.: *L'énurésie*. ESF, Paris, 1967.
- TRIDON P. et coll.: L'encopresie (série d'articles) *Neuropsychiatrie enf.*, 1983, 31, 4, 193-215.