

CONTRIBUIÇÃO PSICANALÍTICA AO PROBLEMA DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

E. EDUARDO KRAPP*

Os problemas etiopatogênicos da hipertensão arterial polarizam o interesse médico há muitíssimos anos. Mais de uma vez teve-se a impressão de haver-se chegado a uma solução definitiva. Foi assim quando, pela primeira vez, Bright descreveu a interrelação da hipertrofia cardíaca com a nefropatia; foi assim quando, mais tarde, se demonstrou a frequência com que os hipertensos padecem de arteriosclerose; foi finalmente assim, quando se comprovou que tais enfermos se caracterizam, geralmente, por uma nítida hiperexcitabilidade vasomotora de origem nervosa. Contudo, nenhuma destas hipóteses se impôs completamente e, ainda nos dias de hoje, se defendem conceitos em extremo diferentes ou mesmo antagônicos.

De um lado, progrediu-se do estudo da hiperexcitabilidade vasomotora a uma indagação cada vez mais penetrante das *causas psíquicas* da excitação. Investigações como as realizadas por Schultze e Schwab¹, em negros africanos e americanos, ratificaram o caráter de “enferrmidade da civilização ocidental”, que se reconhecia na hipertensão. Autores como Fahrenkamp², Braun³, Dunbar⁴, Weiss⁵ e, mais recentemente, Binger e col.⁶ e Steele, demonstraram que a existência de dificuldades psíquicas nos hipertensos é a regra e, de nenhum modo, a exceção. Além destes, muitos outros estudiosos, entre os quais se desta-

* Da Assoc. Psicanalítica Argentina. Encarregado do Curso de Psicologia Médica da Univ. Buenos-Aires. Adscrito de Cl. Psiquiátrica da Univ. Buenos-Aires. Do Hospício de las Mercedes, do Hospital Britânico de Buenos-Aires. Chefe do Consultório de Medicina Psicosomática da Acad. Nac. Med.

Trabalho traduzido do espanhol pelo Dr. Alcione Baer Bahia, e entregue para publicação em 6 junho 1947.

1. Schultze, W. E. e Schwab, E. H. — Arteriolar hypertension in American Negroes. *Am. Heart J.*, **11**:66, 1936.

2. Fahrenkamp, K. — Die psychophysischen Wechselwirkungen bei der Hypertonieerkrankungen. Stuttgart, 1926.

3. Braun, L. — a) Herz und Psyche. Wien-Leipzig, 1920. b) Psychogene Störungen der Herzfähigkeit, in Schwarz, O. — Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptoma. Wien, 1925.

4. Dunbar, F. — a) Emotions and bodily changes. New York, 1935. b) Psychosomatic diagnosis. New York-London, 1943.

5. Weiss, E. — a) Recent advances in pathogenesis and treatment of hypertension. *Psychosom. Med.*, **1**:130, 1939. b) Psychosomatic aspects of hypertension. *J. A. M. A.*, **120**: 1081, 1942.

6. Binger, L. A. L., Ackerman, N. W., Cohn, A. E. e Schroeder, H. A. — Personality in arterial hypertension. *Psychosom. Med. Monogr.*, New York, 1945.

com Hill⁷, Menninger⁸, Alexander⁹ e Saul¹⁰, analisaram estas dificuldades psíquicas em seus menores detalhes, esclarecendo a estrutura dos conflitos existentes e sua raiz psicodinâmica na personalidade e na história dos enfermos.

De outro lado, formou-se, precisamente nos últimos anos, uma corrente de opinião que, com excelentes argumentos, insistiu na teoria da *origem predominantemente somática da hipertensão*. Partidários desta escola experimental da envergadura de Goldblatt¹¹, nos Estados Unidos, e Braun Menendez¹², na Argentina, demonstraram que a hipertensão se instala sob a ação de uma enigmática "substância pressora", proveniente de rins afetados de isquemia prolongada.

Não creio que os achados destes últimos autores se oponham à concepção psicossomática da hipertensão. O próprio Goldblatt mostra, com efeito, em elegantíssimas experiências, que a "substância pressora" age, comumente, em conjunto com certas secreções suprarrenais (corticais), cuja dependência mais ou menos direta do psiquismo está fora de dúvida. Por outro lado é lógico supor que a isquemia renal possa ser de origem psíquica, à semelhança, por exemplo, das isquemias cardíacas e cerebrais, que costumam ser responsáveis pelas síndromes anginosas e pelas enxaquecas. As funções eliminadoras servem, de fato, com grande freqüência, como meios de expressão somática de conflitos psíquicos (Alexander⁹ e outros), não cabendo a menor dúvida de que a eliminação da urina depende, em primeiro termo, das condições circulatórias que imperam nos rins.

Não obstante, não são raros os médicos que repudiam o raciocínio anterior, defendendo, com veemência, um conceito nitidamente organicista da hipertensão. Seu argumento principal radica — é claro — na experimentação fisiopatológica acima mencionada. Mas citam também, com particular freqüência, os êxitos obtidos com o tratamento cirúrgico da enfermidade. De fato, é sempre possível estabelecer uma relação entre os resultados terapêuticos e os achados experimentais, pois a ação da simpatectomia abdominal (Adson e Allen¹³, Peet¹⁴, Crile¹⁵, Smith-

7. Hill, L. B. — Psychoanalytic observation in hypertension. *Psychoanal. Rev.*, 22: 60, 1935.

8. Menninger, K. — Emotional factors in hypertension. *Bull. New York Acad. Med.*, 14:198, 1938.

9. Alexander, F. — a) Psychoanalytic study of a case of essential hypertension. *Psychosom. Med.*, 1:139, 1939. b) Emotional factors in essential hypertension. *Psychosom. Med.*, 1:175, 1939.

10. Saul, L. J. — Hostility in cases of essential hypertension. *Psychosom. Med.*, 1:153, 1939.

11. Goldblatt, H. — Studies on experimental hypertension. *Locis variis* 1934 et seq.

12. Braun Menéndez, E., Fasciolo, J. C., Leloir, L. F., Muñoz, J. M. e Taquini, A. C. — Hipertensión arterial nefrôgena. Buenos Aires, 1943.

13. Adson, A. W. e Allen, E. V. — Essential hypertension. *Coll. Papers Mayo Clin.*, 28:1001, 1936.

14. Peet, M. M. — The surgical treatment of hypertension. *J. Internat. Chir.*, 5:1, 1940.

15. Crile, G. — The surgical treatment for hypertension. Philadelphia-London, 1938.

wick¹⁶⁾ pode ser interpretada como o resultado de uma liberação radical da circulação renal originalmente inibida.

Tal critério não é, porém, partilhado por todos os arautos da simpatectomia. Convém ressaltar que o próprio Goldblatt¹¹ manteve sempre uma atitude de prudente ceticismo em face deste suposto "mecanismo de cura". Devo, além disto, acrescentar que, do ponto de vista psicológico, uma operação da magnitude da simpatectomia está sempre impregnada de forte significado vivencial. Em outras palavras, parece-me insuficiente a apreciação dos êxitos cirúrgicos exclusivamente à base de dados fisiopatológicos, sem consideração dos mecanismos psicodinâmicos por força implicados.

Ser-me-ia grato esclarecer, de início, que estas considerações não têm o propósito de desacreditar o tratamento cirúrgico. Uma experiência pessoal bastante ampla ensinou-me a ver que a simpatectomia conduz, às vezes, a indiscutíveis melhoras, que não se limitam apenas ao alívio dos sintomas subjetivos, tais como as dores de cabeça, os enjôos e a fadiga, senão que se estendem também ao terreno objetivo do nível da pressão e das modificações oftalmológicas. Estou muito longe de aderir aos críticos superficiais que falam vagamente de "efeitos sugestivos" da intervenção.

Contudo, chama a atenção que os êxitos cirúrgicos sejam tão freqüentemente apenas de índole subjetiva e, mesmo nos casos com melhoras objetivas, de tão curta duração. Ante tais fatos, não se deve suspeitar que a simpatectomia tenha efeito apenas sobre um fator secundário da estrutura etiopatogênica total e que os fatores centrais, em grande parte, psíquicos, sejam, muitas vezes, capazes de sobrepor-se à intervenção cirúrgica na periferia, quer desde o princípio, quer ao cabo de certo período de reajuste?

Parece-me que o problema é digno de atenção, e estou convencido de que, com a ajuda do método psicanalítico, pode ser, em grande parte, esclarecido.

O estudo psicanalítico dos hipertensos, tal como foi realizado sobretudo no Instituto Psicanalítico de Chicago (Alexander⁹ e Saul¹⁰, entre outros), demonstra que êstes enfermos têm uma estrutura muito característica: "Consiste num conflito muito pronunciado entre tendências passivas, dependentes, receptivas, femininas, e impulsos compensadores, competitivos, agressivos, hostis, que conduzem ao medo e incrementam a fuga da competição para a atitude passiva dependente. Este círculo vicioso é... extremamente comum, constituindo o conflito emotivo central de grande número de indivíduos neuróticos, com pressão sanguínea normal. O que é característico do hipertenso, é,

16. a) Smithwick, R. H. — A technique for splanchnic resection for hypertension. *Surgery*, 7:1, 1940. b) White, J. C. e Smithwick, R. H. — The autonomic nervous system. New York, 1941.

porém, a incapacidade de liberar qualquer destas tendências opostas: nem pode aceitar livremente a atitude passiva dependente, nem expressar livremente os impulsos hostis. Observa-se, assim, uma espécie de paralisia emocional, que deriva do bloqueio mutuo das duas atitudes emocionais opostas" (Alexander⁹).

Citarei, como exemplo, um caso pessoal. A. B., engenheiro, com 57 anos de idade, se encontrou, desde a primeira infância, em uma situação de intensa submissão masoquística à sua mãe. Tôda a sua vida pode ser descrita como uma seqüência ininterrupta de tentativas, mais ou menos afortunadas, de rebeldia contra esta submissão, tendo sempre como inevitável epílogo uma nova submissão, de aspecto distinto, mas de idêntica estrutura. Irlandês de nascimento e católico como a mãe, muda de nacionalidade e de religião, convertendo-se em um súdito exageradamente leal de Sua Majestade Britânica e num fervoroso maçom. Casa-se clandestinamente, seguro da desaprovação de sua mãe, e bem cedo se submete por completo à mulher. Emigra para a República Argentina para subtrair-se às influências da família, mas, ao fim de pouco tempo, se vê rodeado de parentes parasitários por êle próprio convidados. Abandona a poderosa empresa comercial em que trabalhava e entra em relações extramatrimoniais com outra mulher, mas, enfermado-se de amebíase, volta arrependido e mais submetido que nunca à empresa e à esposa. Finalmente, faz uma tentativa para ganhar a gratidão de seus chefes, ocultando da esposa suas atividades, mas, no momento crítico, se acovarda ante um superior hierárquico, perdendo a última oportunidade de liberar-se. A partir deste episódio se instala, em 1938, a hipertensão arterial, que o torna mais dependente da empresa e da esposa, sem que a agressividade concomitante encontre uma via normal de satisfação.

O mecanismo de como o conflito descrito alcança expressão somática na hipertensão não está ainda suficientemente esclarecido. Tenho para mim que o intermediário psicossomático mais importante é o estado de tensão crônica dos músculos estriados que acompanha tipicamente os conflitos não liberados entre submissão e agressividade. Não conheço, com efeito, nenhum hipertenso que não sofra de tensões anormais na musculatura estriada. Certa parte da sintomatologia, como, por exemplo, algumas dores de cabeça, certos achaques "reumáticos" e, sobretudo, uma alta percentagem da clássica fadiga deste enfermos, parece mesmo diretamente derivada de tais tensões. Parece-me, contudo, ainda mais importante o efeito indireto da tensão muscular criada, cuja influência na hemodinâmica se manifesta, não apenas no sentido de obrigar o organismo a uma maior irrigação das massas musculares afetadas (Weber¹⁷), senão também através do considerável aumento de

17. Weber, E. — Der Einfluss psychischer Vorgänge auf den Körper. Berlin, 1910.

resistência circulatória no sistema venoso. Por outro lado, não é difícil compreender, psicologicamente, a gênese da tensão muscular. Estar tenso significa estar preparado, como um motor, para o assalto e a defesa, e é evidente que, dentro da estrutura psicodinâmica específica do hipertenso, esta tensão se acumula com tanto mais intensidade quanto menor a possibilidade de descarga. O enfermo, que "podia estalar de raiva", termina comumente por "engulir tudo". A agressividade está muito próxima da consciência e da motilidade (Saul¹⁰), mas não se traduz em movimentos livres, senão quase exclusivamente em tensão improdutiva. Não tive a oportunidade de medir esta tensão e de comparar os valores assim obtidos com os tomados com o esfigmomanômetro. Conheço, não obstante, dois casos que reagem a seus impulsos hostis mais ou menos conscientes, com flutuações intensas da pressão e que podem avaliar muito exatamente o grau de elevação desta, à base de uma sensação de "rigidez" muscular que observam em si mesmos. Penso que a "paralisia emocional" descrita por Alexander⁹ como consequência do antagonismo não solucionado dos impulsos, e a mim expressada, com termo idêntico, por vários enfermos, tem, fisiologicamente, também algo de paralisia, já que a tensão muscular criada é, sem dúvida, capaz de limitar, subjetiva e objetivamente, a liberdade dos movimentos.

Saul¹⁰ demonstrou que a pressão elevada baixa muitas vezes consideravelmente quando o bloqueio emotivo é, pelo menos relativamente, levantado em qualquer das duas direções. Tenho, realmente, corroborado esta acertadíssima observação em um grande número de oportunidades.

Eis um caso típico de melhora por liberação da agressividade: C. D., estudante, de 22 anos, vem à consulta por sentir-se fatigado e deprimido, apresentando ao exame uma pressão de 16 de Mx. e 10 de Mn. Do interrogatório associativo (Deutsch¹⁸) ressalta que está extremamente submetido à mãe e a um irmão maior e que se gasta entre uma tendência latente a comprazê-los e tentativas esporádicas de viver sua própria vida. De acordo com as regras de psicoterapia curta de inspiração psicanalítica, procuramos tornar mais consciente este conflito, aconselhando-o, ao mesmo tempo, a que exteriorize mais livremente suas opiniões e insista mais francamente na realização de seus justificados desejos. O enfermo passa a agir de acordo com estes conselhos, surpreendendo a família, acostumada a sua suavidade habitual, com uma dureza nova e, a princípio, algo alarmante. A pressão volta rapidamente ao nível normal, ao mesmo tempo que desaparecem os sintomas subjetivos.

Quanto à melhora por satisfação relativa das tendências passivas, excusa citações casuísticas especiais. Não tendo dúvida de que a quase

18. Deutsch, F. — Associative anamnesis. *Psychoanal. Quart.*, 8:354, 1939.

totalidade do tratamento usual da hipertensão obra, em grande parte, através de uma satisfação mais ou menos ampla das tendências passivas dos enfermos. Não há, realmente, enfermos que se submetam de tão bom grado a qualquer tratamento desagradável como os que sofrem de hipertensão e, de ordinário, tem-se a impressão de que os hipertensos não se sentem bem atendidos, se o médico não o faz sofrer desta ou daquela maneira.

Em um trabalho de Weiss⁵ pode encontrar-se uma formulação, só aparentemente humorística, deste conjunto de fatos: “Quê se tem feito — pergunta o autor — para reduzir a pressão sanguínea elevada? Sob o mau fundamento de que a proteína seria responsável pela hipertensão e pela nefropatia, negava-se, ao paciente, a carne e os ovos... O regime se tornava ainda menos saboroso pela eliminação do sal. Sem dúvida, êste jovem meio morto de fome o receberia com simpatia, não estivesse já impossibilitado de comer, por lhe haverem extraído os dentes em atenção à teoria de que a infecção focal tinha algo que ver com a hipertensão. E, ainda em atenção à mesma teoria, já teria sacrificado as amígdalas e exposto à punção os seios paranasais. No caso de haver ingerido algum alimento, não tardariam por certo a extrair-lhe, com numerosas irrigações, o pequeno resíduo cólico... Para agregar algo mais a esta calamidade, devia deixar também o trabalho e o exercício, e claro está que se lhe negava também o álcool, o fumo, o chá e o café. E, para cúmulo de suas dificuldades, esta infortunada pessoa cairá, agora, talvez, nas garras do neurocirurgião, que se prepara para separá-lo de seu sistema simpático”.

O catálogo terapêutico de Weiss⁵ é impressionante. Não obstante o que, são notáveis a mansidão com que os enfermos se submetem a êste tratamento cruamente frustrador e a facilidade com que, apesar das inúmeras e penosas decepções, continuam aceitando qualquer nova “agressão terapêutica”.

A experiência psicanalítica esclarece êste notável fenômeno de modo muito convincente. O que move o enfermo a submeter-se tão completamente a qualquer meio terapêutico desagradável é, com toda a evidência, o masoquismo fundamental que inspira sua passividade feminina. Desde que o médico lhe permita sair do bloqueio emocional e entregar-se de cheio à submissão oral básica, o paciente aceita qualquer coisa... e melhora com qualquer coisa. Quê significa, por exemplo, o repouso absoluto, tão útil em tantos casos, senão a regressão aberta à mais absoluta dependência infantil do estágio oral? Estar deitado na cama, receber alimento e cuidados corporais, e poder ganhar o amor da mãe (neste caso, do médico), por uma obediência passiva sem restrições — eis a fórmula psicodinâmica do repouso absoluto e a razão porque os hipertensos melhoram até quando não se lhes faz nada, contanto que êste “nada” favoreça o “desbloqueio” emocional.

Torna-se agora mais claro o motivo por que Weiss⁵ chama à simpatectomia “o cúmulo das dificuldades” do hipertenso. É, com efeito, o “cúmulo” dos motivos masoquísticos, que impele os enfermos a submeter-se a uma operação tão séria. Não conheço pacientes que se entreguem tão passiva e irracionalmente ao cirurgião como os hipertensos. E há que ser cego para não reconhecer, em muitos dos motivos por eles dados, um caráter francamente neurótico.

Muito ilustrativo é o seguinte exemplo: E. F., empregado, de 52 anos, vive com sua mãe até o falecimento desta. Sumamente apegado a ela, renuncia ao matrimônio, reduzindo paulatinamente sua vida sexual, nunca muito ativa, à prática exclusiva da masturbação. Pouco depois da morte da mãe, descobre-se sua hipertensão. Consente em deixar-se operar por ter lido que, segundo Adson e Allen¹³, a intervenção conduz à impotência coeundi, esperando assim que a operação lhe “cortará” o hábito de mastubar-se, que julga ser o principal responsável de sua hipertensão.

De acôrdo com êste critério, parece-me muito provável que uma boa percentagem dos êxitos cirúrgicos publicados se baseie muito menos nos supostos efeitos fisiopatológicos da intervenção do que na ampla satisfação subministrada por esta ao masoquismo dos enfermos. De fato, a operação lhes dá magnífica oportunidade de entregar-se, pelo menos por algum tempo, a uma completa dependência passiva, sendo esta entrega total a que conduz, em muitos casos, ao mesmo “desbloqueio” emocional obtido por muitos outros tipos de submissão irrestrita. Entenda-se bem! Não nego, de nenhum modo, que a intervenção cirúrgica tenha também efeitos somáticos imediatos. Tem-nos do mesmo modo que a cura de repouso e muitas das outras medidas terapêuticas acima mencionadas, possivelmente até em maior escala. Mas parece-me também claro que a simpatectomia pertence, de modo integral, ao que se poderia chamar terapêutica “agressiva” da hipertensão experimentada inconscientemente pelo enfêrmo como submetedora e vigorizadora do seu masoquismo básico.

Um exemplo característico, para documentar esta opinião. O enfêrmo A.B., acima referido, foi analisado, com perspectivas de operação futura. Durante o tratamento, sua pressão foi tomada duas vezes por dia por médicos assistentes. Em meio de uma paulatina redução das cifras tensionais, verificou-se uma tendência a leves crises hipertensivas, em dias analiticamente críticos e quando a pressão foi tomada por um assistente do cirurgião. Ao fim de algumas semanas, o cirurgião chefe faz-lhe uma visita e aproveita a oportunidade para tomar-lhe a pressão pessoalmente. O enfêrmo que, nos dias anteriores, tivera pressões que oscilavam entre 200 a 220 de Max. e 130 a 140 de Mn, acusa nesta ocasião valores não menores de 290 de Mn. Na noite seguinte, sonha que está em um hotel inglês, onde o visitam um

homem e uma mulher, vestidos à moda gaúcha (poncho), que brincam e bailam com êle. Logo faz um passeio com esta mulher, passando ambos por um campo cheio de corvos de diferentes tamanhos. Atravessam, então, um pântano e chegam a uma cerca de arame, que galgam, ganhando terra firme. Neste momento desaparece a mulher. O enfermo associou a casa de argentinos com velhos amigos que se preocupavam muito com sua enfermidade, a tal ponto que a mulher lhe havia recomendado métodos naturalistas de cura. Identificou também a companheira benévola com o analista, acrescentando que o casal parecia representar as forças do bem e os pássaros, as forças do mal. E continuou espontaneamente: “os corvos poderiam representar a outra gente que tem idéias diferentes sobre a minha cura. Há médicos aqui que querem operar-me. É claro que não penso que sejam ruins. Mas assumem uma atitude que é hostil a mim. A mulher, evidentemente, é o senhor, que me guia através de caminhos difíceis”.

Conheço enfermos que aceitam sua submissão ao cirurgião como coisa definitiva e que solucionam seu problema psicológico com uma renúncia total às competições naturais da vida. Uma vez operados, consideram-se tão estigmatizados como “inválidos” que se entregam, com a consciência tranqüila, à mais receptiva das passividades, conformando-se prazerosamente com a reduzida responsabilidade de um posto cômodo ou com os bucólicos lazeres de uma vida de aposentado. Não estou muito seguro de que seja realmente desejável este tipo de evolução, mas é forçoso reconhecer que comumente se acompanha de duradoura melhora da hipertensão.

Em muitos outros casos, observa-se evolução muito diferente. Nêles também, a primeira etapa é a submissão masoquística à “agressão” cirúrgica. Mas, de imediato, se renova o círculo vicioso original: quanto mais neurótica haja sido a entrega à passividade receptiva, tanto mais aguda será, após a operação, a hostilidade inconsciente contra o cirurgião, e tanto mais intensa também a angústia reativa e a fuga secundária à passividade. Talvez, inicialmente, se produza o “desbloqueio” emocional, mas ao fim de pouco tempo se instalará novo bloqueio conquistado pela intervenção. Pois a causa central que persiste — e, acaso, será intensificada pela atualização do conflito — se encarregará bem cedo de compensar não apenas a componente psicossomática, senão também a puramente somática, do resultado inicial.

Penso que este mecanismo explica grande parte das numerosas recidivas observadas nos hipertensos simpatectomizados e que o prestígio da operação cresceria consideravelmente se os cirurgiões só se decidissem a empunhar o bisturi depois de minuciosa exploração psicológica. O número de intervenções diminuiria sensivelmente se se conviesse em não “separar de seu sistema simpático a nenhum enfermo”,

sem dar-lhe, antes, a oportunidade de analisar-se, ao menos durante algumas semanas. Eliminar-se-iam, assim, todos os casos que se mostrassem acessíveis a uma melhora por métodos puramente psíquicos. Da mesma forma que se desaconselharia a intervenção em muitos outros que manifestassem reações francamente neuróticas em face da agressão cirúrgica. Os que, finalmente, fôssem confiados ao cirurgião estariam em condições reais de beneficiar-se com a intervenção cruenta, o que seria de não pequeno valor, tanto para enfermos como para médicos.

De fato, julgo que a simpatectomia abdominal tem indiscutível futuro no tratamento dos hipertensos, mas somente se executada à base de um estudo integral do enfermo, que deve incluir a investigação psicanalítica de sua personalidade.

Maipú, 1266 — Buenos Aires — República Argentina.