

## ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS NOS DISTÚRBIOS CÁRDIO-VASCULARES (INFLUÊNCIAS PSICOLÓGICAS)\*

Paulo FRALETTI\*\*

Tomaram parte no simpósio sob o título acima, os Profs. José Ramos Junior e Fortunato G. Gianonni, abordando os aspectos fisiopatológicos, propedêutica das síndromes mais frequentes e planejamento terapêutico, em clara e metódica apresentação, e o autor deste relatório, que falou sobre a psicopatogenia dos distúrbios cardíacos, isto é, das influências psicológicas conscientes e inconscientes que podem agir como fatores predisponentes, coadjuvantes, desencadeantes, agravantes ou prolongadores (fixadores) de manifestações cardiopáticas, sejam elas essencialmente neuróticas, psicossomáticas, reais (com alteração posterior ou concomitante a distúrbios neuróticos) ou psicorreativas (fóbicas ou depressivo-ansiosas).

A designação das manifestações e sinonímia empregada tem sido vária. Costuma-se dar o nome de neuropatia (estrito senso) a toda variação anormal da reatividade neuro-vegetativa (vago-simpática). Corresponde a uma anormalidade neuro-fisiológica inata, constitucional-deficitária ou disposicional que, no terreno do coração e vasos, tem sido mais frequente e, talvez, mais apropriada, a designação de **distonia neuro-circulatória** ou **disergia neuro-vascular**.

O primeiro a se referir a ela, ao que parece, deve ter sido Mac Lean (1867). E estas têm sido as denominações sinonímicas mais frequentes usadas: "coração irritável" (Da Costa, 1871), "coração de soldado" e "síndrome de esforço" (respectivamente, por Mackenzie e Lewis, durante a 1ª Guerra Mundial), "diatesis vaso-neurótica" (Muller), "distonia neuro-vascular" (Hocherein), "astenia neuro-circulatória" (Oppenheimer e Levine), "vago-tonia" (Eppinger), "desequilíbrio autônomo (Kessel e Hymann), "enfermidade cárdio-vascular funcional" ou "cardiopatia funcional", na tradução (Friedman) e, além de outras, "neurose cardíaca".

Os clínicos e especialistas falam em "distonia", os fisiopatologistas em "desarmonia córtico-hipotalâmica", os psiquiatras (e outros, de maneira geral) em "neurose cardíaca" e "neurose de angústia com manifestação cardíaca". (O termo neurose foi criado por Cullen, médico inglês, em 1776).

Historicamente, cada autor pretendeu ter descoberto causas distintas. Pontos de vista estanques (isolados) porém, de clínicos, cardiologistas, neurologistas, psiquiatras, neuro e fisiopatologista e psicanalistas, resultantes da medicina cartesiana, com seus vícios mecanicistas do dualismo psique-soma, demasiadamente ligada, por um lado, a explicações neuro-físico-patológicas e, de outro, a interpretações psicopatogênicas (psicodinâmicas).

Tudo não passa, no entanto, de uma única manifestação, isto é, a **distonia neuro-circulatória**, que é, tão simplesmente, a expressão da **desarmonia córtico-hipotalâmica** da **neurose cardíaca** que, por sua vez, não passa também de simples variedade clínica da **neurose de angústia**.

A patologia deve ser **psicossomática** (de interacionis-

mo psico-físico) e, mais que isso, **antropológica** ou **da pessoa** (integral), como um todo, **holisticamente** (com indivisibilidade do ser), **conexivamente** (com vinculação morfo-físio-psicológica na unidade do biotipo - tipo psicológico, isto é, da constituição e caráter) e **espiritualmente** (com participação dos valores do indivíduo relacionados à sua posição no mundo).

Com o nome de psicossomática, a designação não é muito antiga. Data dos anos 30, mas já havia sido concebida muito antes, e de forma completa, pelos clínicos alemães no começo do século, com o nome mais apropriado, porque mais exato, de "Patologia ou Biologia da Pessoa", "Patologia Integral", ou "Antropologia Médica". É sob o nome de Antropologia Médica que é ministrada em nossa Faculdade, como parte da disciplina de Psiquiatria e Psicologia.

Além da herança (constituição ou disposição hereditária) e da organicidade (exogenia), o ambiente e a vida (histórico-psicológica, social e culturalmente). O homem como um todo (integral e indivisível), isto é, o conjunto da pessoa (personalidade e biografia).

É com base nessa concepção de patologia que Bard afirma: "O estudo do homem e de seus valores constitui pelo menos uma parte tão importante da medicina interna como a fisiologia, a química e a anatomia". E ratifica Rof. Carballo, internista discípulo de Jimenez Dias: "as reações que constituem o núcleo da patologia psicossomática são, em seu mais rigoroso sentido, reações biológicas aparentadas com os processos instintivos de defesa e auto-conservação".

Atendendo-se a tais concepções (segundo elaborações ainda de Rof Carballo) os distúrbios vegetativos que se manifestam por sintoma cárdio-vasculares (ou outros, dos demais setores do organismo) refletem um transtorno no curso do amadurecimento e desenvolvimento da pessoa, dada a uma suscetibilidade aos conflitos e tensões emotivas.

Da mesma maneira que a vida vegetativa contribui em diferentes níveis para a integração do organismo, também o sistema emotivo tem diferentes estratos, que vão das manifestações instintivas aos atos que (por categorização) transcendem aos mais altos valores.

Essa organização hierárquica das regulações vegetativas pode estar alterada na distonia neuro-circulatória de duas maneiras: por constituição (disposição) ou por fatores emotivos (reativos, ou conflitivos) sobre essa base constitucional neuropática (Cohen, White e Johnson).

O "coração" (da linguagem poética e corrente, "sentimento", "afetividade") corresponde à **pessoa profunda** ("timopsique" ou, segundo terminologia neuro-anatômica, **rimoencéfalo** ou "cérebro visceral": cíngulo, hipocampo, lóbulo orbitário, amígdala etc), constituindo as estruturas palioencefálicas (**palio-cortex**), de importância capital na articulação entre os instintos fundamentais e a personalidade consciente (**neocortex** ou **person** - da de cortical). Do maior ou menor entrelaçamento harmô-

\*Simpósio realizado em 22-8-1979 durante o IV CONGRESSO MÉDICO-UNIVERSITÁRIO DO ABC, com os professores José Ramos Jr. e Fortunato Gabriel Gianonni.

\*\*Professor titular de Psiquiatria e Psicologia da Faculdade de Medicina da FUABC.

nico entre ambos (paliocortex e neocortex, cérebro visceral e cortical, pessoa profunda e personalidade consciente) resultará uma maior ou menor coerência (maturidade) de personalidade humana.

Fácil se torna concluir, portanto, que, conseqüentemente a uma emoção de efeito direto (reativo), ou conflitivo (neurótico), a harmonia entre neocortex (personalidade cortical, consciente) e paliocortex ("cérebro visceral", "coração", personalidade profunda) sofra transitariamente um desarranjo, isto é, um "desequilíbrio córtico-hipotalâmico" (Friedman).

A personalidade profunda ("coração", "afetividade"), com a tripla função de nutrir a personalidade cortical (consciente), de estabelecer profundos contatos com os demais seres e de propiciar o desenvolvimento do homem até uma plenitude altruística e transcendente, não pode se "retardar" na evolução da pessoa. Crises e comocões dentro dessa simbiose da pessoa cortical com a profunda são referidas (refletidas) subjetivamente no coração, porque se expressam numa desarmonia das regulações neuro-vegetativas centrais, que traz como consequência, mudanças na dinâmica e fluxo cárdio-vascular (Rof Carballo).

O "coração", de certa forma é a "zona de projeção" da pessoa profunda, da mesma maneira que os pontos frênicos o são de uma colecistopatia. Por isso a neurose cárdica tem o mesmo valor que uma zona de Head, isto é, o de mostrar-nos que o mal está mais longe ou mais fundo, o que vale a dizer, em uma discordância entre os estratos profundos do psiquismo (Rof Carballo).

Apesar da exposição sobre a patologia da pessoa e da afirmação de Victor Von Weizsäcker, que toda moléstia é psicossomática (como manifestação indivisível do ser), daremos uma classificação dos distúrbios cárdicos, até certo sentido com base no interacionismo, com finalidade didática, apenas, para fácil iniciação dos alunos. É, pois, clínico-etiológica, com os distúrbios reunidos em sete grupos assim especificados:

1 - **Distúrbios cárdicos orgânicos, reais** (por malformações embrionárias e afecções lesionais adquiridas);

2 - **Distúrbios cárdicos orgânicos, com repercussão psíquica de natureza tóxica**, como acontece nas psicoses sintomáticas metabólicas, por exemplo, insuficiência cárdica (patologia somatopsíquica);

3 - **Distúrbios cárdicos funcionais constitucionais**, como manifestações diretas, autóctones da neuropatia, ou desencadeadas por fatores psíquicos (reações emotivas, ou conflitos). É a distonia neuro-circulatória ou neurose cárdica (patologia psicossomática, estrito senso, ou psicodinâmica);

4 - **Distúrbios cárdicos reais (lesionais) consequentes a distúrbios psíquicos**, como evolução dos distúrbios funcionais (segundo a escola alemã, com exceção de Khrel) - (patologia psicossomática, estrito senso);

5 - **Distúrbios cárdicos reais concomitantes e distúrbios funcionais-psicógenos** (neuro-distônicos ou neuróticos);

6 - **Distúrbios cárdicos orgânicos, com repercussão psíquica reativa** (psicorreatividade, isto é, reação psíquica psicógena a cardiopatias reais: ansiedade, fobia, depressão, reação afetiva à dor), podendo ou não transformar-se em neurose (conflito interno). São as órgão-neuroses;

7 - **Distúrbios gerais neuro-vegetativos interpretados como cárdicos pelos pacientes**, como acontece com parestesias, lipotímias etc. (Geralmente hipocondríacos

cardiofóbicos com neuroses de angústias ou histeria de angústia).

Quanto as neuroses, em geral, depois da vasta sintomatologia da histeria, reduzida em grande parte, com a identificação da neurastenia (Beard, 1872) e a psicastenia (Janet) e, desta, isolada a neurose de angústia (Freud), a neurose obsessiva e a neurose de conversão, costumeiramente, com Freud, dividi-las em atuais (neurastenia e neurose de angústia) e básicas ou psiconeuroses (histeria de angústia, neurose obsessiva e neurose de conversão); quadros esses que não correspondem bem a realidade clínica, nem às concepções etiopatogênicas por ele elaboradas. Stekel, por exemplo, concebia-as, todas elas, como psiconeuroses (de causas conflitivas), clinicamente, porém, como simples formas clínicas de uma única neurose - a neurose de angústia -, no que tinha muita razão.

Os aspectos propedêuticos e clínicos foram já expostos pelo Prof. Gianonni. Apenas como seqüência e necessidade de mostrar a sintomatologia à maneira clínico-psiquiátrica, lembraremos alguns dados sobre a neurose de angústia, que pode ser tomada como paradigma do estudo de todos os quadros clínicos neuróticos.

A angústia (ansiedade) constitui uma síndrome, portanto, um conjunto de sintomas de causas várias, configurando tanto psicoses autóctones (doenças mentais de causa orgânica endógena e exógena), ou reações anormais ("psicoses" psicógenas) como neuroses (conflitos psicológicos internos). A angústia pode se apresentar de três maneiras: como **crise**, como **acesso rudimentar** e como **equivalente**. A crise clássica é a cárdio-respiratória, com três sintomas centrais: desconforto na região torácica (retro-precordial!) ou epigástrica, com sensação subjetiva de "aperto", ansiedade e sensação de morte iminente. O **rudimento** é uma crise parcial ou frustra. O **equivalente**, manifestação de crise ou de acesso rudimentar em outros órgãos e aparelhos, como, por exemplo, dispnéia, sudorese, tremor, parestesia, etc, etc. Freud indentificou 12 tipos diferentes e Stekel outros 7 tipos.

A etiologia, segundo Freud, é de natureza sexual, com patogenia de dois tipos, um, puramente orgânico, através de mecanismo neuro-vegetativo, nas neuroses atuais ("reais") e, outro, estritamente psicológico, por mecanismo conflitivo, nas neuroses antigas (básicas) ou psiconeuroses. As primeiras, psicossomatógenas, as segundas, psicógenas.

Nas atuais, a expressão vegetativa se dá por perturbação metabólica, quer por esgotamento do material libidinal, em casos de excesso, na **neurastenia**, quer por acúmulo sub-cortical da energia libidinal, em casos de frustração sexual, isto é, de excitação não seguida de descarga orgástica, na **neurose de angústia**.

Na neurastenia, por excesso masturbatório, coito excessivo, ou prática reiterada do coito prolongado.

Na neurose de angústia, em mulheres, por descobertas sexuais (adolescentes), frieza inicial (recém-casadas), impossibilidade orgástica (casadas, com maridos acometidos de redução da ereção ou de ejaculação precoce) ou abstinência (viúvas, ou mulheres em situações várias, por vontade própria); em homens, por abstinência de coito ou da masturbação, coito interrompido ou reservado, coito e masturbação prolongados sem ejaculação, coito com orgasmo sem ejaculação, e, em ambos os sexos, por excitação sem descarga orgástica (noivos), masturbação e poluição interrompidas, abandono da masturbação, ou

exacerbação da libido, no climatério (no homem, acompanhada de diminuição da potência).

Nas antigas (neuroses básicas ou psiconeuroses) a expressão conflitiva se processa através de um mecanismo de repressão exercido pelo Ego, que agasta da consciência impulsos e afetos de natureza sexual, tidos como proibidos ou degradantes, segundo os valores impostos pela realidade do mundo (cultura-civilização) por seus instintos normativos da coexistência social, como acontece na **histeria de angústia** (fobias), na **neurose obsessiva** e na **neurose de conversão** (sintomas motores e sensoriais). Por outras palavras: conflitos entre a tendência à satisfação (princípio do prazer) e a necessidade imperativa de obediência às normas morais (princípio da realidade).

Para Stekel não existem neuroses atuais (vegetativas, em sentido freudiano), todas são psiconeuroses, isto é, neuroses conflitivas. O que leva à neurose não é nem o "esgotamento" nem o acúmulo de libido, mas um conflito entre o instinto e as forças morais (Ego e Super-Ego), tanto que há neurastênicos com angústia, inclusive crises, e angustiados com neurastenia.

Acha ainda Stekel, que só existe uma neurose, não passando as suas diversas apresentações, de simples formas clínicas. Com muita frequência o mesmo neurótico apresenta angústia, neurastenia, fobia e obsessão, não sendo raro que, ora predomine uma, ora outra sintomatologia. Fatos esses que falam contra a teoria da especificidade das neuroses, em relação às fases da libido, concebida por Freud. Neuroses de quadros clínicos bem delimitados são raras.

Segundo Freud, instinto é fonte de energia. Energia essa, de natureza sexual (bioquímica), designada de libido, proveniente de excitações orgânicas, com tendência a se acumular e a se descarregar, para que não haja perturbação no equilíbrio dinâmico do organismo. Acumulação é desprazer, descarga é prazer. São dois os instintos: Eros e Tanatus. Eros ou Instinto de Vida, corresponde ao instinto sexual ou libido, que visa a conservação e a reprodução (instintos orgânicos, ou primários, englobando a conotação biológica), que se exterioriza pelo amor, desejos, maternidade-paternidade (instintos psíquicos ou secundários). Tem tendência a descarga, sendo, pois, regido pelo princípio do prazer. Tanatus ou Instinto de Morte corresponde à destruição orgânica, até o estado inorgânico, que se exterioriza por repressão e agressão, também de caráter libidinal, contra pessoas e objetos (sadismo) e contra a própria pessoa (masoquismo). (É bom que seja lembrado que a elaboração inicial sobre o instinto de morte foi feita por Stekel).

A libido frustrada em sua descarga (por simples inibição, ou recalque) se converte em angústia, através de via química ou orgânica.

Angústia, psicologicamente, é medo, mas medo de causa desconhecida; psicanaliticamente, porém, é reação do Ego (auto-conservação) contra o instinto de morte conseqüente à repressão do instinto de vida. Repressão equivale, portanto, a destruição do Ego, por insatisfação (acúmulo, desprazer, "morte").

Resumindo, deduz-se que Freud, para algumas das neuroses, buscava o mecanismo da formação fora do psiquismo, no desvio da excitação sexual, transformando-a em angústia e sintomas em todo o território orgânico, principalmente cárdio-vascular, por desequilíbrio (desarmonia) córtico-diencefálica, a chamada distonia neuro-

circulatória (aspecto neuro-fisiopatogênico) ou neurose cárdica (aspecto clínico).

Dissemos atrás que o conflito entre forças instintivas e forças morais se processa, de um e de outro lado, em obediência, respectivamente, ao princípio do prazer e ao princípio da realidade.

Princípio do prazer é liberação instintiva, através de impulsos e afetos (desejos, amores, fantasias), com descarga da libido e satisfação prazerosa sexual, física e psíquica (excitação, voluptuosidade, orgasmo, repouso e tranquilização interna).

Princípio da realidade é a civilização que se impõe, limita, inibe (frustra, sacrifica) a liberação instintiva, privando o Ego de prazer, através de **exigências sociais** exercidas por seus guardiões - os valores culturais, espirituais e normativos da coexistência social.

O Ego situa-se entre as duas forças, achando-se por elas pressionado e "vivendo" o conflito criado, de um lado, pela "aspiração" pulsional e, de outro, pela realidade que nega ou condena a gratificação (afetos e satisfações). Conflito esse, que exige solução do Ego. Mas o Ego, de início, se sente fraco, tanto para dominar o impulso ou o afeto, como para opor-se à realidade (exigências sociais), violando as normas (leis, moral, preconceitos). A fraqueza do Ego é, pois, a primeira condição para que se instale o conflito e se desenvolva a neurose.

Para solucionar o conflito, o Ego põe-se, progressivamente, a serviço das exigências sociais (realidade), reprimindo os impulsos e afetos sexuais (amor, fantasia, desejo), para evitar a auto-destruição e o castigo (instinto de morte) e conseguir a auto-conservação (posição do Ego diante de si e do mundo). O conflito não pode ser resolvido conscientemente, pela fraqueza do Ego, sem condições de decidir senão defender-se, fugindo à solução, através de um estrategema caracterizado pelo **deslocamento** do conflito da consciência, seguido de **repressão**. Tal alijamento da consciência ou "ocultação" do conflito, é a sua transformação em inconsciente. É um como que "perder de vista" do conflito, pelo Ego. É uma solução, mas provisória, neurótica (anormal, "patológica"), com tranquilização tão somente relativa, semelhante ao caso daqueles que, temendo uma fera, apenas a enjaulam, ou daqueles outros que se desfazem de objetos que não causam boa figura social, escondendo-as no porão!

O segredo todo do mecanismo patogênico se encontra, pois, primeiro, no estabelecimento do conflito (a partir da inibição ou frustração) e, em segundo lugar, na defesa, com fuga à situação conflitiva (a partir do deslocamento e repressão), transformando o que antes era consciente em inconsciente, valha dizer, tornando o que era lembrado em esquecido.

Necessário se faz, ainda, que se deixe mais clara a idéia (concepção) do que seja **inibição, deslocamento e recalque**.

**Inibição** é tão somente o tolhimento da satisfação de impulsos e desejos, a resistência, apenas, a entregar-se a afetos (sentimentos, amores e fantasias), o simples impedimento de realização de atos, sem que, obrigatoriamente precisem ser afastados da consciência.

**Deslocamento** é algo mais. É o afastamento da consciência, com **esquecimento aparente**, de quem não quer pensar em algo incômodo (intranquilizante), por ser proibido, pecaminoso, imoral, anti-social, criminal, que implique em castigo, ou por ser humilhante, que redunde em desestima para o Ego, diante do mundo e de si mes-

mo. É um mecanismo a dois tempos. Inicialmente, um ato ativo, de vontade (julgamento moral, auto-crítica, de razão e decisão consciente). Posteriormente, um ato passivo, automático (sensura pelo Super-Ego, a nível de pré-consciente), chamado **repressão**.

**Repressão**, em sentido corrente, é refrear, reprimir, não deixar se expandir mas, psicanaliticamente, é excluir da consciência, "ocultar", tornar esquecido, produzir amnésia de conteúdos psíquicos, que continuam, contudo, a fazer parte da vida psíquica, no "inconsciente" (ocultos).

O deslocamento é um esquecimento aparente, **um não querer ver**, vontade de não recordar, denominado por Stekel, de **escotomização**. A repressão é um deslocamento conseguido, **um não poder ver**, uma **amnésia afetiva** (psicógena), denominada por Freud, de **recalque**.

Exemplo de deslocamento: noivo que não quer ver, isto é, reconhecer a falta de maiores atrativos da noiva. Para tanto, desvia todo pensamento que leve a admiti-la, através de auto-consolos e auto-ludibrios (racionalizações) acabando, afinal, por imaginar (aceitar) que ela tem qualidades físicas atrativas e belas (processo de auto-convencimento).

Além do instinto sexual, podem originar conflitos, com posterior deslocamento ou recalque, o instinto de morte, através de impulsos e afetos sado-masoquistas, ou o próprio sentimento de culpa. Os sado-masoquistas, exteriorizados através de impulsos agressivo-criminais, ou auto-destrutivos. Dos agressivo-criminais, furto, homicídio, dever de matar (na guerra), adultério e aborto etc; sentimentos egoísticos e de ódio (desejo de morte contra parentes e malquerer, por ressentimento e humilhação). Dos auto-destrutivos, por impulsos suicidas. Do sentimento de culpa, por qualquer dos impulsos anteriores, seja pela sua consumação, seja simplesmente pelo desejo tido. Pode-se, pois, recalcar, tanto o desejo (impulso ou afeto), como o arrependimento (sentimento de culpa), por tê-lo praticado ou simplesmente desejado.

Como o recalcado se transforma em angústia, sendo o recalcado um impulso ou um sentimento de culpa, a angústia pode ser de instinto, ou se Super-Ego (temos a castigo, ou a perda da estima, diante de si ou do mundo).

Vimos atrás, que o deslocamento e o recalque são soluções provisórias, neuróticas. O caminho certo deveria ser o da "discussão aberta" do conflito, pelo Ego, na consciência, "enfrentando-o, pensando-o e solucionando-o" racionalmente. O que só acontece quando o Ego é forte e seguro, isto é, o indivíduo tem personalidade adulta, madura, valha a dizer, segura, de vontade firme para "pensar" e decidir sobre vantagens e desvantagens de sentimentos e impulsos a realizar, necessidades a satisfazer ou a resignar, sem propiciação de condições para deslocamento e recalque.

Quando isso não é possível, como acontece na neurose, para que a intranquilidade desapareça e a harmonia interna seja restabelecida, a terapêutica consiste em devolver tudo à consciência, como auxílio e proteção do médico psicoterapeuta, visando fortalecer o Ego, para reavaliação e nova solução do conflito. O que se consegue com auxílio do método hetero-introspectivo e hetero-retrospectivo (associação livre), servindo-se de sonhos, atos falhos e sintomáticos, simbolismos expressivos de sintomas, mecanismos de auto-compensação e

"traços caracterológicos neuróticos", para, a seguir, analisá-los, isto é, estabelecer a relação significativa entre "sintomas" (em sentido amplo) e motivos inconscientes (método psicopatológicos interpretativo de estabelecimento de conexões ou método psicanalítico).

Se a neurose é o resultado anormal ("patológico") de conflitos, com transformação imediata do recalque em angústia e outras manifestações (sintomas, atos falhos, etc), qual a razão de se exteriorizarem sob variada forma clínica: neurose de angústia (e suas variantes, neurastênica e hipocondríaca), histeria de angústia, neurose de conversão, neurose obsessiva, neurose vegetativa (sentido não freudiano) e doença psicossomática? Por que uma somatizam e outras não? Por que num órgão e não em outro?

Para Freud, que baseia sua teoria das neuroses na libido, a escolha se dá segundo a fixação (parada da evolução) numa das fases do período pré-genital (auto-erótico). Antes do período genital (adulto, hetero-erótico), os fenômenos sexuais se desenvolvem, pré-fixadamente, através de três fases (oral, anal, e fállica) que, as mais das vezes coexistem e se superpõem, cada uma ligada a um órgão, a cuja função própria se associa um desempenho erótico (zonas erógenas). Fases essas que vão até os 5 anos. Dos 5 aos 7 anos dar-se-iam as manifestações narcísicas e, de então, até o início da puberdade, ocorreria uma espécie de amortecimento, chamado de latência, para tudo reiniciar na puberdade, sob duplo aspecto: auto e hetero-erótico.

Se a libido encontra obstáculos, detém-se o seu desenvolvimento numa das fases, aí permanecendo fixada, como base de uma neurose, por exemplo, a neurose obsessiva, ligada à fase anal.

Dando amplitude maior à teoria das neuroses, Freud concebeu uma tipologia caracterológica, também com base na libido, segundo a orientação desta em relação a um dos três elementos constitutivos do psiquismo, o Ego, o Id e o Super-Ego, vindo a personalidade a se desenvolver diferencialmente, em três tipos respectivos: o narcisista, o erótico e o obsessivo. Este, com as seguintes características centrais: avareza, obsessão de limpeza e ordem e obstinação (teimosia).

Para os psicossomáticos americanos a escolha da doença é feita não de acordo com a fixação da libido (Freud), mas a partir da eletividade específica de um determinado conflito (F. Alexander), ou um especial tipo caracterológico (F. Dumbar), por uma doença determinada. É a chamada teoria da especificidade de conflito e de tipo psicológico (mais comumente chamado de "perfil psicológico").

Segundo Franz Alexander, um tipo "A" de conflito só pode produzir um determinado tipo "B" de doença. O que preside a escolha do órgão é a natureza do conflito. Por exemplo: a inibição da agressividade (ódio, ira, ressentimento) só poderá produzir hipertensão. É, ao ver de Miller e Mac Lean os acometidos de palpitações e extrassístoles são indivíduos possuídos de sentimento de competição sub-consciente com o pai (se homem) ou com a mãe (se mulher).

Segundo a Dra. Flanders Dumbar, pessoas com determinados traços caracterológicos (perfil psicológico) têm tendência específica para determinada enfermidade, isto é, há um tipo psicológico para cada tipo de doença. Por exemplo, os de perfil psicológico com características de extravessão, grande e infatigável

capacidade de trabalho, atividade social intensa e consciência de seu próprio valor, seriam os com tendência a crises coronárias. Os imaturos emocionalmente, com tendência à ansiedade e de suavidade de sentimentos e maneiras, seriam os propensos a endocardite reumática. Na observação de Friedman, os cardiopatas funcionais (neuróticos) são indivíduos "pouco cordiais", por apatia afetiva e indiferença egocêntrica pelos demais.

Essa teoria da especificidade, segundo a qual um determinado tipo caracterológico A (ou conflito A) só desenvolverá uma doença B, é de importância relativa, pois, a mesma "doença" é, não raro, encontrada em outros tipos de perfis ou conseqüente a conflitos diversos, e vice-versa, isto é, indivíduos com o mesmo perfil ou conflito apresentando doenças diferentes. Daí a teoria da inespecificidade eletiva, segundo a qual, além das duas possibilidades anteriores, pode haver, uma terceira: conflitos vários dando respostas diversas. Inespecificidade essa que temos notado num mesmo neurótico, em relação ao tempo.

Maior valor tem a teoria do contágio, seja por pura sugestibilidade (medo) ou "moda" ("cardiofobias reflexas ou de contágio" - P.F.), seja por morte de familiares ou pessoas das quais se cuidou, segundo concepção de Stekel, constituindo, neste último caso, as "neuroses de angústia por sentimento de culpa" (angústia de Super-Ego), e que somam grande parcela na estatística de clientes sob tratamento, da qual daremos exemplos no fim.

Outra hipótese é a do *locus minoris resistencieae*, seja de origem constitucional, em função da própria distonia neuro-circulatória, seja adquirida, em razão de doença real, cardíaca ou de outro órgão, como, as vezes, se apura nos antecessores. Mesmo quando de causa bem determinada, a parte do corpo pode ser atingida por uma escolha inconsciente, por necessidade psicológica, ou mesmo orgânica. É o exemplo da tendência a formar coágulos sanguíneos, que, em uns se localiza nas pernas, em outros no coração, pulmão ou cérebro. Podem aqui ser incluídos os portadores de "órgano-neurose", vítimas de psicorreatividade exagerada (ansiosa, "fóbico-reflexa" ou depressiva) diante de doença real que os acometem.

Finalmente, não deve ser esquecido o aspecto constitucional, não no sentido geral de inato, como no caso da distonia neuro-circulatória, ou neuro-digestiva etc. mas no da tipologia constitucional de Kretschmer, da relação corpo-caráter, isto é, da constituição morfo-fisio-psicológica que se manifesta na unidade do biotipo (pícnico, leptossômico, atlético).

Freud, por exemplo, ao elaborar sua tipologia com base no desenvolvimento do Id, Ego e Super-Ego a partir do líbido, dividindo os tipos em narcisista, erótico e obsessivo, e atribuindo, por exemplo, o caráter obsessivo como ligado à fase anal, com as características de avaria, obstinação e preocupação com a limpeza e ordem, descreveu justamente, tanto o temperamento normal do ixotímico ou enéquetico (perseverante, gliscóide) como do caráter próprio dos atlético-epilépticos, todos eles, de regra, sistemáticos (ordeiros), perseverantes (obstinados, conservadores, tenazes) etc. Tipo esse obsessivo também acometido de outras neuroses, o que contradiz a teoria de Freud. Por outro lado, temos encontrado obsessão em todo tipo de neurose, inclusi-

ve, em não pequeno número da população geral, e não com relação (em casos de clientes) à fase anal, mas ao sentimento de culpa pela masturbação que, de regra surge (a obsessão) na puberdade, que é quando o processo de recalque se torna mais intenso.

Engano semelhante cometeu Abrahan ao descrever o caráter oral (de elaboração tipo freudiano), cujas características correspondem, em grande parte, ao ciclo-tímico de Kretschmer.

O mal, até certo ponto, de alguns psicanalistas, advém da não diferenciação entre o que é característica básica, fundamental (constitucional) da personalidade e o que é vivencial, adquirido através do processo educacional, pelo interrelacionamento com os pais, como, aliás, concebe Erich Fromm.

Prova do que afirmamos é dada pelos psicossomatistas que descrevem a distonia "hermcranóide", ao dá-la como coexistente com outras três grandes disposições hereditárias, a epilepsia, a distonia neuro-circulatória e as manifestações alérgicas, tanto que o perfil psicológico descrito corresponde, em tudo, ao temperamento ixotímico (enerquético) e ao caráter epitéptico. E deve ser lembrado ainda, que a obsessão é uma síndrome que, além de se manifestar em neuróticos, personalidades inseguras de si mesmas (anancásticas, de Schneider), esquizofrênicos e certos melancólicos, se manifesta também nos epilépticos.

Outro achado, com relação aos perfis, e por nós descoberto, é relacionado ao infarto e à angina de peito que, independentemente de características psicológicas, ocorrem, em quase sua totalidade, em indivíduos de motórica lenta. Apesar de biotipos vários, são bem característicos (predominantemente pícnico-pletóricos, leptossômicos moreno-bronzeados, e pícnico-astênicos, também moreno-bronzeados), portanto, relacionados (infarto e angina) a uma predisposição heredo-constitucional. A característica é a lentidão motórica.

O que importa, a propósito da escolha da neurose (quadro clínico) e tipo caracterológico ou conflito psicológico é que se tenha em mente que a visão deve ser dirigida não à doença (causal-mecanicisticamente) mas ao doente, como um todo indivisível holisticamente) e integral (constitucional e antropológicamente). Por outras palavras, a patologia não deve ser psicossomática ou somatopsíquica, apenas (como extensão à medicina da teoria dualista interacionista do conhecimento) mas sim, antropológica, da pessoa (segundo as concepções unicistas do conhecimento), isto é: a disposição heredo-constitucional, a predisposição (fatores orgânicos congênita ou precocemente adquiridos) e os fatores ambientais modeladores da personalidade (familiares, sociais e culturais, inclusive espirituais), conscientes e inconscientes.

Para terminar, daremos alguns exemplos de casos que revelam a relação clara entre fatores psicológicos e manifestações cardíacas, todos de motivo inconsciente para os seus portadores. Começaremos com três casos de neurose de angústia, motivadas por conflitos de natureza diferente.

O primeiro, de uma senhora casada, sofrendo de crises de angústia e acessos rudimentares com taquicardia, que havia se enamorado de um vizinho, com o qual passara a ter flerte e fantasias de realização sexual. Lentamente convencera-se dos inconvenientes do passo que poderia vir a dar, passando a deslocar seus impulsos e afetos, até que supôs nada mais restar de seus sentimen-

tos e intenções, chegando a se julgar livre do novo amor. Foi quando, sem fazer relação nenhuma com tal acontecimento de sua vida, passou a apresentar crises de angústia (desconforto cárdio-respiratório, ansiedade e sensação de morte iminente), intercaladas de acessos rudimentares (taquicardia) e expectativa ansiosa. Os sentimentos e impulsos reprimidos transformaram-se em manifestações disfuncionais, ameaçando o Ego em sua auto conservação pela falta de gratificação afetiva e prazerosa. Apesar do mecanismo claro, segundo a patogenia freudiana da frustração com acumulação de líbido, não deixamos de interpretar-lhe que a angústia era, também, uma forma de defender-se da queda moral, para preservar-se da perda da auto-estima e da estima (moral) diante do mundo (Stekel).

O segundo, de um moço solteiro, sofrendo de crises de angústia típica, com predominância de sudorese e sensação de morte iminente por infarto. Servira, durante longos dias, de acompanhante ao pai, em tratamento hospitalar, por infarto grave sofrido. Na última noite, em hora já avançada, tendo notado que o pai transpirava muito, puzera-o sentado e trocara-lhe o pijama. Momentos após, o pai falecera. A partir de então, não raras vezes, pensara que, se não fora a causa da morte do pai, pelo menos contribuíra, em parte, pelo fato de tê-lo feito fazer esforço ao trocar de pijama. Um mês depois, mais ou menos, eclodiu a primeira crise, sem que, por si mesmo, conseguisse estabelecer relação de "causa" e efeito. Como no caso anterior, consultou antes clínicos e cardiologistas, tendo se submetido a exames subsidiários, todos negativos. Caso típico do que Stekel chama de pena de talião (simbólica); se fora a causa da morte do pai, deveria punir-se com a própria "morte". A crise com sensação de morte iminente age como auto-castigo para aliviar o Ego do sentimento de culpa. Poder-se-ia dizer, que no primeiro caso, a angústia também se desencadeava como auto-punição pelo "pecado" do adultério, pois, para as pessoas educadas religiosamente, peca-se tanto por atos e omissões como por pensamentos, com exigência de punição por auto-penitência. Todo neurótico, mesmo o não praticante, no fundo da alma, continua religioso, de Super-Ego "alerta, vigilante". A crise de angústia alivia o Ego (refaz a estima e a auto-estima), qual a confissão que propicia o estado de graça.

Para neuroses assim típicas, é que muito auxilia na procura dos motivos (conflitos) o simbolismo expressivo (linguagem orgânica da mente).

O terceiro caso é o de um homem, casado, com crises de angústia cárdio-respiratórias típicas, às vezes com sensação de morte iminente, outras com sensação e medo de desmaio, que obrigavam-no a procurar Pronto Socorro ou a voltar das viagens que encetava, às vezes, depois de longa distância percorrida. O cliente era portador de dois conflitos: sentimento de culpa relacionado com a doença e morte da mãe, que não visitara nem atendera enquanto doente, além de tê-la desgostado por suas atitudes de ciúmes em relação ao irmão e cunhada (preferidos da mãe) e repressão de práticas homossexuais passivas que, a cada relacionamento tido, fazia o firme propósito de não mais reincidir. As crises de angústia tanto poderiam ser pelo sentimento de culpa como pela repressão da prática homossexual, pois, a repressão do instinto, quando ao mesmo a pessoa está habituado (condicionamento reflexo do prazer a um determinado estímulo) é muito mais difícil de ser conseguido do que naqueles

casos em que ainda não houve experiência. A descarga não depende apenas do nível de líbido acumulada, mas de exigência também mais intensa do prazer, pelo hábito estabelecido. É possível que a causa fosse uma só, estando o sentimento de culpa pela prática homossexual a serviço (como reforço) do sentimento de culpa relacionado com a mãe, hipótese esta também aceitável, já que estaríamos seguindo uma regra de patologia clínica, tal é a de "explicar" tudo por meio de um único mecanismo patogênico.

Agora, o oposto, isto é, o de neuroses diferentes produzidas pelo mesmo tipo de conflito, por exemplo, sentimento de culpa, do qual daremos dois exemplos. Num dos casos, levando à neurose de angústia (o segundo, atrás descrito) e, em outro, à neurose de conversão (histeria de conversão). Este, o caso de um homem de meia idade, com diplopia em um só olho, que o obrigava a cobrir a lente com papel, para diminuir o "sofrimento". Caso raríssimo de conversão, que levava o cliente a consultar vários neurologistas e a se submeter a exames os mais incômodos, todos eles negativos. O temor do cliente era estar ou vir a ser acometido de tumor cerebral, afecção da qual falecera o irmão, após evolução arrastada e sofredora para ambos e, de cujo acompanhamento e recursos procurados, supunha não ter invocado todos os esforços para salvá-lo, nem tido a suficiente paciência para atendê-lo, além de não ter se desempenhado com muita lisura ao tratar dos seus negócios. O simbolismo expressivo é tão claro que dispensa comentários.

Tais casos demonstram que Stekel tinha feito se estender às neuroses atuais de Freud, a teoria do conflito, bem como a conceber que o conflito poderia ser de outra natureza que não a sexual. E o mesmo se pode verificar na neurastenia, através de dois casos semelhantes de mulheres casadas, apresentando sintomatologia variada: cefalalgia acompanhada de capacete neurastênico, dispépsia (repressão gástrica), perturbações menstruais (dismenorréia), insônia, cansaço fácil e grande irritabilidade. Ambos com situação amorosa e sexual extra-matrimonial, cujos amantes permaneciam distanciados longos meses, periodicamente, e há longos anos, dado este que não pode ser levado em conta, para que se suponha que por isso se entregassem com mais frequência à masturbação, pois, esta, não era diferente do que se verificava nos demais neuróticos. O que poderia haver era, no esaurimento da energia sexual, mas sentimento de culpa pela sua prática. Mais importante, porém era a intolerância pelos maridos e a prisão matrimonial que ambas enfrentavam. Ambas desejavam se separar, mas conveniências de um lado (boa situação) e inconveniências, óbvias, de outro, produziam a situação de intolerância, como daqueles que se encontram num "beco sem saída". A situação à qual se achavam obrigadas a viver era a causa do mau humor, estado de tensão irritável e desajustamento. E havia ainda a disposição anormal da personalidade: as duas eram portadoras de constituição morfológica leptossômica reforçada (tendência atlética), com temperamento irritável, de fácil reatividade afetiva, como sói acontecer em tais casos.

Quanto a outros tipos de distonias neuro-circulatórias não puramente neuróticas mas psicossomáticas, ou seja, mais com somatização do que com angústia, descreveremos os casos de dois homens casados, um com ligeira hipertensão arterial e permanente expectativa angustiosa, e outro com dores na região torácica, inclusive de

tipo anginóide, que combatia com medicamentos antiálgicos. Ambos com situação matrimonial afetivo-letígia (incompatibilidade) permanente. O primeiro veio a descobrir que a esposa era adúltera e, o segundo, ele era o cônjuge adúltero. Com o desquite e novo casamento, com plena satisfação sexual, entrosamento afetivo e mútua aceitação e entendimento, tudo se resolveu. Estabilizou a pressão arterial do primeiro e cessaram as dores do segundo.

Para terminar, esta observação de ordem geral, em

clínica: as manifestações cardíacas com predominância angustiosa são mais frequentes nos jovens, as somatizações nos de idade adulta e meia idade, não sendo raro observar-se essa relação na mesma pessoa, à proporção que envelhece. Fato que propicia muitas considerações sob vários aspectos, principalmente os etiopatogênicos, mas que dispensam comentários nesta oportunidade, senão lembrar que essa seria uma maneira a mais de especificidade a ser estudada.

Endereço para correspondência:

Paulo Fraletti  
Disciplina de Psiquiatria e Psicologia da FUA BC  
Av. Príncipe de Gales, s/n  
09000 - Santo André - SP