

J. LOPEZ IBOR

Prof. da Faculdade de Medicina, Madri, Espanha

A ANGÚSTIA VITAL E O SEU TRATAMENTO

Separata de

EUROPA MÉDICA

Vol. 1 — N.º 1 — Dezembro, 1965

Rio de Janeiro - GB.

A ANGÚSTIA VITAL E O SEU TRATAMENTO

J. LOPEZ IBOR

Prof. da Faculdade de Medicina, Madri, Espanha

A angústia, o medo, a tristeza, o tédio, a cólera não exprimem, em si, os sentimentos patológicos, mas fazem parte da gama de sentimentos da vida normal, a questão é quantificar a intensidade de estímulo e de reação, binômio que envolve, em última análise, o caráter traumatizante da emoção resultante. Da capacidade do homem em suportar ou não essa experiência, resulta a angústia. O A. entende que a característica essencial da angústia não lhe é fornecida pela violência, mas pelo seu significado, cita os magistrais trabalhos de Freud sobre o tema e passa, então a abordar os problemas relativos à angústia patológica, rica em sintomatologia, em torno da qual tece considerações terapêuticas; chama particularmente a atenção para a administração inadequada, em certos casos de angústia, mascarando os sintomas e dificultando a cura, e, ainda para os métodos, puramente, de psicoterapia, numa tentativa de descobrir a base fisiodinâmica da angústia neurótica. Entende o A. que as neuroses são, antes, doenças da "timopsique", do que conseqüentes a reações experimentais ou conflitantes, razão pela qual propõe a denominação de timoses e não de neuroses.

Finaliza assinalando os progressos alcançados com a psicofarmacologia, nestes últimos anos.

Quando Freud disse que a angústia estava na base de todas as neuroses, adivinhou a importância que ela viria a adquirir no espírito do homem contemporâneo. O homem procura a interpretação da sua essência, em uma das suas características: a razão, os seus instintos ou ainda a sua angústia. A variação, na linha interpretativa, mostra-nos a impossibilidade de redu-

zir a essência do homem a uma fórmula unitária.

Freud descreve-nos nova neurose e classifica-a entre a neurastenia e a histeria. Chamou-lhe primeiro "histeria de angústia", para vir mais tarde a definí-la francamente como "neurose de angústia". Mas, só mais tarde chega à conclusão de que toda a dinâmica das neuroses se apoiava na an-

gústia e nos mecanismos de defesa que o homem apresenta perante ela.

A questão mais importante, do meu ponto de vista, é saber se a angústia neurótica é semelhante à angústia normal. O esquema é sempre o mesmo, quer consideremos as neuroses como "Erlebonis abnormen Reaktionen" (reação causa de experiências vividas anormais) quer como conflitos psíquicos: o indivíduo recebe um choque psíquico — um traumatismo — que não pode nem assimilar nem elaborar. É a resistência à integração na corrente da vida psíquica o que dá à experiência a sua qualidade anormal. Resta um ilhado que não só não será incorporado, mas que perturbará o curso normal da vida psíquica. Podemos chamar-lhe "complexo" como propôs Jung.

O que é importante neste esquema é saber porque é que esta experiência psíquica á qual atribuímos um papel traumatizante é tão difícil de atingir. Não podemos dizer que ela seja "inabordable" porque é "angustiante". Há na vida inúmeras experiências que classificamos de angustiantes e que não produzem o mesmo efeito. A angústia, o medo, a tristeza, o tédio, a cólera, o ressentimento, a culpabilidade, a vergonha, não são, em si, sentimentos patológicos. Fazem parte do jogo normal da vida dos sentimentos. Ou deveremos, antes, dizer que o homem não deve ter sentimentos? O que devemos antes perguntar é quando estas vibrações da vida sentimental adquirem um carácter patológico.

A primeira resposta que nos aflora ao espírito, e aliás a mais frequente, é de quantificar a intensidade da reacção em relação ao estímulo. Um forte estímulo afetivo provoca esta reacção inadequada a que gostamos de chamar patológica. Esta aproximação do pro-

blema é, evidentemente, insuficiente. Um estímulo não produz uma resposta mais ou menos forte pelo fato de ser maior ou menor, **mas porque ultrapassa a capacidade de o homem o suportar**. Eis a razão pela qual o estímulo lhe é excessivo, e estímulos muito pequenos podem provocar grandes comoções afetivas. O importante é que o carácter traumatizante da emoção nasce da incapacidade do indivíduo de assimilar a experiência. Como veremos mais tarde, é justamente à incapacidade de assimilação ou de integração que chamamos "angústia". E esta incapacidade, o homem experimenta-a perante uma emoção de medo ou perante um sentimento de tédio, de vergonha ou de tristeza. Todos estes sentimentos têm, pois, uma estrutura comum: a dificuldade de serem assimilados e a quebra que produzem na continuidade da vida psíquica. A angústia não é mais que a sua forma mais característica, a mais arquetipal, poderíamos dizer, em que a impossibilidade de absorção da emoção traumatizante é posta em evidência.

A observação clínica mostra-nos que a dificuldade de elaboração efetiva é devida à **experiência traumatizante ter para o sujeito um significado específico**. O carácter não lhe é dado pela violência, **mas pelo seu significado**. Na realidade há uma transferência do domínio quantitativo para o domínio qualitativo.

Devemos de ora avante interrogar mo-nos sobre o que no significado imprime um carácter traumatizante. A psicanálise responsabiliza as experiências da infância, no sentido destas terem perturbado a evolução da libido. Outras escolas de psicologia profunda aceitam apenas a primeira parte desta tese dinâmica, ou seja, a relação com

uma experiência anterior (trauma amnésico). Que este trauma seja reprimido, esquecido, é outra questão. Pois se precisamente foi esquecido ou recalado foi porque não pôde ser incorporado. Nesta incapacidade de assimilação do trauma age um mecanismo defensivo, mecanismo que vai por vezes além do que é útil ao organismo. O mesmo se passa no organismo quando este se defende duma infecção por meio de uma coleção purulenta e que esta constitui uma "segunda doença". Num certo sentido toda a neurose se comporta como uma "segunda doença".

Antes de ir mais longe nesta exposição, devemos referir-nos ao aspecto traumatizante dos choques emotivos atuais que constituem a neurose. É evidente que toda a experiência humana estrutura-se numa estrutura da anterior. Irei mesmo mais longe: é na própria estrutura da vida humana que se baseia esta continuidade de sentido que determina que toda a vida psíquica faça parte dum todo que tem a marca do passado e o germe do futuro. Mas, apesar de tudo isso, a experiência clínica mostra-nos que não é sempre necessário recorrer a êsse trabalho referencial anamnésico para interpretar uma situação neurótica, tanto mais que, se a análise se faz indefinidamente, encontramos, cedo ou tarde, o antecedente: ou seja, o próprio cerne da personalidade. E eis porque o fato de voltar anamnesticamente à procura do significado traumatizante não resolve o problema. É aliás por esta razão que Freud sustentará a tese do caráter sexual do trauma, mesmo nas fases pré-genitais da infância. Esta "libidinização" da vida, se assim se lhe pode chamar, base das teorias freudianas.

E, nesse caso, devemos interrogarmos sobre a razão porque a sexualida-

de, que pertence à própria vida, há-de ter um caráter traumatizante. Por que são as questões sexuais tão frequentemente a origem das frustrações? Regressando à idéia primeira desta relação, poderíamos responder que nem todos os traumas sexuais provocam necessariamente uma neurose, mas apenas aquêles que têm marca de angústia. Em biologia, êstes traumas mórbidos que o organismo não consegue "encaixar" desregulam-no. Em toda a doença existe um processo de desintegração. A desorganização é a reação patológica a um "stress". O mesmo acontece em psicologia e em psicopatologia: a experiência vivida do "stress" psicológico é nesse caso chamada "angústia" ou ansiedade, conforme os casos.

Toda a experiência representa algo para nós. Toda a coisa tem para nós um significado e é por isso que é uma "coisa". A pessoa é um centro significante de quem as coisas são a periferia significada. Assim, devemos tentar descobrir quais são as coisas — os objetos — que possuem uma carga de significado para o indivíduo neurótico. Fazendo a catamnése da doente Emmy de N., Freud observa que as coisas mais insignificantes da vida quotidiana tinham tomado um "significado especial" para ela; sob o choque neurótico, a estrutura significante do mundo se tinha modificado.

De acôrdo com o meu ponto de vista e para expressar o fundo do meu pensamento tão diretamente quanto possível, direi que o "significado" que conta é o que está em relação com a vida humana ("meaning for life" como dizem os ingleses). Não quero dizer por isso o que a vida quotidiana engloba, mas antes o que a vida quotidiana é, precisamente porque uma experiência determinada rasga em nós o véu da-

quilo que a vida não é. Quer se trate do véu que cobre a ameaça de morte ou do da desintegração da pessoa ou da loucura, ou ainda o vazio ou finalmente o nada. É o fantasma da "não-existência" que de repente surge de qualquer modo como um "corpo realizado". Isos é a angústia. O indivíduo está desarmado para enfrentar tal sentimento. Está presente o fantasma que o ameaça e é essa ameaça que faz sentir o abismo sem fundo da sua posição. O fato de se sentir ultrapassado pela situação traumatizante é uma experiência vivida dessa estrutura subjacente. As experiências vividas que põem em *exergus* esse fundo são as que se não podem integrar do ponto de vista psicológico. Não se trata duma ameaça qualquer, mas sim duma ameaça especial que atinge o próprio fundo da vida e que mostra a sua frustração essencial. Todos nós somos frustrados, duma maneira ou de outra. A frustração neurótica é uma transcrição dessa frustração essencial da vida no que ela tem de "não ser": é a infiltração do nada.

Põe-se um problema que me parece da maior importância: como poderemos reconhecer o caráter traumatizante do stress ansioso? A palavra "angústia" pertence ao vocabulário normal mas as suas fronteiras como medo, a tristeza, a náusea, etc., etc. não estão bem definidas. Quais as diferenças entre a angústia normal e a angústia patológica? Para iluminar a minha exposição recorrerei à enunciação dos sintomas de histeria de angústia tais como foram definidos por Freud: excitabilidade geral, espera ansiosa, acessos de angústia com perturbações cardíacas, respiratórias, transpiração, bulimias, "congestão" — neurastenia vasomotora — terror noturno, vertigens,

desarranjos digestivos, parestesias e fobias.

A angústia patológica, como vemos pela enumeração anterior, oferece-nos rica sintomatologia — vegetativa, diríamos hoje em dia — que é vivida, além disso, pelo doente como uma espécie de ameaça. A riqueza dos sintomas vegetativos, a sua coloração de experiência vivida, falam-nos duma angústia fortemente "corporizada", encarnada, personificada. A angústia patológica é também uma angústia somatotrópica. A vida psíquica está ligada ao corpo conservando contudo uma certa autonomia em relação a este. Sem corpo humano não há vida psíquica humana, mas esta não é uma tradução literal dos processos corporais. Em todo o caso, seria uma versão simbólica em que os sintomas adquiririam uma vida independente. Scheler descreveu a vida dos sentimentos dispostos em diversas camadas, das quais apenas duas nos interessam neste momento: o extrato vital e o extrato psíquico. O primeiro está muito ligado à "corporidade" — ao setor corporal — e situa o corpo em relação ao mundo e em relação a nós próprios. O médico pergunta ao doente durante a sua visita matinal: "Como está você?" ou esja "você-mesmo". É este "você mesmo" que define o que é corporal, o "em si" é, neste caso a corporalidade.

A diferença entre a tristeza vital e a tristeza reativa é clara durante a depressão. Os sentimentos psíquicos são sentimentos provocados. Qualquer pessoa pode estar triste devido a uma desgraça, mas a tristeza melancólica não tem motivação. Por vezes essa tristeza é atribuída a um acontecimento qualquer, atribuição que não é senão um fenómeno secundário e que tem para o doente um caráter defensivo. Da

mesma forma que em relação à tristeza podíamos falar da existência **duma angústia vital e duma angústia reativa**, mesmo se certos quadros neuróticos não-las apresentam confundidas.

A presença da angústia vital ou endotímica como centro das neuroses põe o problema da terapêutica sob uma ótica diferente da habitual. Se a angústia é apenas conflitante, portanto reativa e psicodinâmica, não há para ela outro tratamento que não a psicoterapia. Dêste ponto de vista, administrar medicamentos equivale a reduzir a angústia, a mascarar-la, e por consequência a dificultar a cura. A angústia empobrece em experiências vividas e, deixando de apresentar sintomas, o doente tem cada vez menos matéria a comunicar nas sessões psicoterapêuticas. Além disso, há um fator muito importante, o da transferência entre médico e doente, que se modifica pela presença dum medicamento. Considero que a recusa de medicamentos, como a fazem os psicanalistas, é assumida com pleno direito e no contexto da situação analítica.

É evidente que nas neuroses há um elemento muito forte de angústia psicodinâmica. Os dispositivos de defesa do eu são também, em grande parte, psicodinâmicos. Tal é a razão por que a análise tende cada vez mais para a análise do eu e dos seus mecanismos de defesa. Mas no núcleo das neuroses há igualmente uma certa **fisiodinamia**. É a raiz "physsi" que leva à utilização da expressão "fisiodinamia" de preferência à "neurodinamia". A "Physis" grega não é o corpo, mas a natureza. E não é a "natura naturata", mas a "natura naturans", portanto o que a natureza tem "em si" de criação, de "poiesis". É preferível falar de "fisiodinamia" em tudo o que respeita a es-

trutura vital do homem, pois a palavra "biodinamia" me parece um pouco "frouxa".

Além disso, essas neuroses têm uma base fisiodinâmica, podem e devem ser tratadas "**também**" com medicamentos. Digo "também" pois a psicoterapia é, em minha opinião, imprescindível. As tentativas farmacológicas na terapêutica não devem apenas ser consideradas do ponto de vista sintomatológico. Procuram e devem procurar e circunscrever cada vez mais esse núcleo que é o **mundo vital do doente**, a angústia vital fisiodinâmica ou endotímica.

Sob essa perspectiva, a psicoterapia deve proceder a certas modificações. A análise das defesas do eu ganha um aspecto completamente diferente quando tomamos em conta a presença de um "eu vital", de um eu que está integrado, e cuja irregularidade de comportamento é o centro gerador da crise de ansiedade.

Fará em breve 23 anos que comecei a tratar as neuroses com acetilcolina intravenosa. Comuniquei os meus resultados ao Congresso Mundial de Psiquiatria de Paris de 1950. Tinha tentado então o isolamento no grande grupo de doentes neuróticos dum outro grupo em que o caráter vital da angústia me parecia evidente. Designei estes doentes pelo nome da "timopatas" e classifiquei-os no "círculo timopático" com o subtítulo de "timopatia ansiosa". Um certo paralelismo com o tratamento de choque das depressões levou-me ao tratamento com acetilcolina intravenosa. Os resultados foram excelentes. Comuniquei esses resultados à Royal Society de Londres em 1951 e a minha estatística foi publicada na revista "The Lancet".

Os meus trabalhos científicos atuais procuram de preferência ao isolamen-

to dum grupo de doentes ansiosos, de "timopatas", como quando da publicação do meu livro "Angustia Vital" (Madrid 1950), descobrir a base fisiodinâmica vital da angústia neurótica. Procuro igualmente descobrir quais são os setores comuns, as suas diferenças e as suas fronteiras com a angústia psíquica e reativa. As neuroses são para mim, na realidade, doenças da "timopatia", da camada ou do extrato vital da personalidade; mais que reações experimentais ou conflitantes devíamos chamar-lhes **timoses** e não **neuroses**.

Os progressos farmacológicos no tratamento das depressões conduziram a um progresso similar no tratamento

das neuroses, abrindo-nos francamente novas perspectivas. No decurso destes últimos anos, a psicofarmacologia viu-se enriquecida pelos ansiolíticos, que uma visão errada considera como simples sedativos da angústia. Os ansiolíticos tendem a agir sobre as regulações fisiodinâmicas e fisiológicas que estão na base da angústia. Esta nova tendência para progredir da farmacologia, assinala numa recente comunicação ao Congresso de Neuropsicofarmacologia que se reuniu em Birmingham no ano passado. Foram feitos grandes progressos e não é ilógico esperar, como dizia Freud, que novas descobertas neste sentido se venham a realizar.

S U M M A R Y

Anxiety, fear, sadness, boredom, anger, do not express, per se, pathological feelings, but are included in the several feelings of normal life. Depending of man's capacity to endure

or not this experience anxiety results. The A. thinks that the main characteristic of anxiety is given by its significance, and he mentions Freud's works about anxiety.

Nova droga contra a esquistossomose — O Ministro Raimundo de Brito, da Saúde, disse que um laboratório norte-americano colocou à disposição do Brasil uma nova droga para a cura da esquistossomose, que será logo aplicada, para, se der bons resultados, complementar as medidas de caráter preventivo já iniciadas em Jacarepaguá, Belo Horizonte e Recife.

O Ministro, que regressou de uma viagem aos Estados Unidos, mencionou os aspectos positivos de sua missão, inclusive um aumento para 28 ou 30 milhões de dólares, dos 14 milhões do BID destinados à instalação de serviço de água em duzentas cidades, com o

que seriam também beneficiadas Fortaleza, João Pessoa e Maceió.

CONTRATOS

O Escritório Panamericano — adiantou o Sr. Raimundo de Brito — firmou dois contratos da maior importância para o Brasil: um de US\$ 150 mil, traduzidos em material especializado para combate à variola, outro de ajuda ao preparo de técnicos, garantindo a Escola de Saúde Pública, a ser inaugurada ainda este ano, uma doação de US\$ 50 mil, em livros, material técnico e uma unidade integrada de saúde, dotada inclusive de aparelho de raios X.

