

A angústia vital e o seu tratamento

Prof. J. Lopez Ibor

(Madrid — Espanha)

A angústia vital e o seu tratamento

Prof. J. Lopez Ibor

(Madrid — Espanha)

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

Freud descreve-nos uma nova neurose e classifica-a entre a nevrastenia e a histeria. Chamou-lhe primeiro «histeria de angústia», para vir mais tarde a defini-la francamente como «neurose de angústia». Mas é só mais tarde que chega à conclusão de que toda a dinâmica das nevroses se apoiava na angústia 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 nevrótica é semelhante à angústia normal. O esquema é sempre o mesmo, quer consideremos as nevroses como «*Erlebnis 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 ilhéu 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 à qual atribuímos um papel traumatizante é tão difícil de atingir. Não podemos dizer que ela seja «inabordável» 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 afectivo provoca esta reacção inadequada a que gostamos de chamar patológica. Esta aproximação do problema é, evidentemente, insuficiente. Um estímulo não produz uma resposta mais ou menos forte pelo facto 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 reacções afectivas. 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». É 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 afectiva é devida a *a experiência traumatizante ter para o sujeito um significado específico*. O carácter não lhe é dado pela sua violência, *mas pelo seu significado*. Na realidade há uma transferência do domínio quantitativo para o domínio qualitativo.

Devemos de ora avante interrogarmo-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 recalçado 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 dum infecção por meio de uma colecção 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 *actuais* que constituem uma neurose. É evidente que toda a experiência humana pode estruturar-se numa experiência 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 germen do futuro. Mas, apesar de tudo isso, a experiência clínica mostra-nos que não é sempre necessário recorrer a esse trabalho referencial anamnético para interpretar uma situação nevrótica, tanto mais que se a análise se faz indefinidamente encontramos, cedo ou tarde, o antecedente: ou seja, o próprio cerne da personalidade. É eis por que o facto de voltar anamnesticamente à procura do significado traumatizante não resolve o problema. É aliás por esta razão que Freud sustentará a

tese do carácter sexual do trauma, mesmo nas fases pré-genitais da infância. Esta «libidinização» da vida, se assim se lhe pode chamar, é uma exigência intrínseca do aparelho lógico, base das teorias freudianas.

E, nesse caso, devemos interrogarmo-nos sobre a razão por que a sexualidade, que pertence à própria vida há-de ter um carácter traumatizante. Por que são as questões sexuais tão frequentemente a origem das frustrações? Regressando à ideia primeira desta relação, poderíamos responder que nem todos os traumas sexuais provocam necessariamente uma nevrose, mas apenas aqueles que têm uma marca de angústia. Em biologia, estes traumas mórbidos que o organismo não consegue «encaixar» desregulam-no. Em toda a doença existe um processo de desintegração. A desorganização é a reacção 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 para nós qualquer coisa. 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 objectos — que possuem uma carga de significado para o indivíduo nevrótico. Fazendo a catamnese 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 acordo com o meu ponto de vista e para expressar o fundo do meu pensamento tão directamente 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 daquilo 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». Isso 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 facto de se sentir ultrapassado pela situação traumatizante é uma experiência vivida dessa estrutura subjacente. As experiências vividas que põem em exergo 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 nevrótica 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 carácter 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, buli-

mias, «congestão» — neurastenia vasomotora — terror nocturno, vertigens, desarranjos digestivos, parestesias e fobias.

A angústia patológica, como vemos pela enumeração anterior, oferece-nos uma 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 extracto vital e o extracto psíquico. O primeiro está muito ligado à «corporidade» — ao sector 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 seja «você-mesmo». É este você mesmo que define o que corporal, o em si é neste caso a corporalidade.

A diferença entre a tristeza vital e a tristeza reactiva é clara durante uma 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 carácter defensivo. Da mesma forma que em relação à tristeza podíamos falar da existência duma *angústia vital* e duma *angústia reactiva*, mesmo se certos quadros neuróticos no-las apresentam confundidas.

A presença da angústia vital ou endotímica como centro das nevroses põe o problema duma terapêutica encarada sob uma óptica diferente da habitual. Se a angústia é apenas conflituosa, portanto reactiva e psicodinâmica, não há para ela outro tratamento que não a psicoterapia. Deste ponto de vista, administrar medicamentos equivale a reduzir a angústia, a mascará-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 factor 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 nevroses 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 nevroses há igualmente uma certa *fisiodinamia*. É a raiz «physis» que leva à utilização da expressão «fisiodinamia» de preferência a «neurodinamia». A «physis» grega não é o corpo, mas a natureza. É 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 estrutura vital do homem, por a palavra «biodinamia» me parecer um pouco «frouxa».

Além disso, se as nevroses 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 umas certas modificações. A análise das defesas do eu ganha um aspecto completamente diferente quando tomamos em conta a presença dum «eu vital», dum 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 nevroses 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 nevróticos dum outro grupo em que o carácter 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 actuais procuram de preferência ao isolamento 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 nevrótica. Procuo igualmente descobrir quais são os sectores comuns, as suas diferenças e as suas fronteiras com a angústia psíquica e reactiva. As nevroses são para mim, na realidade, doenças da «timop-síquia», da camada ou do extracto vital da personalidade; mais que reacções experienciais ou conflituosas devíamos chamar-lhes *timoses* e não *nevroses*.

Os progressos farmacológicos no tratamento das depressões conduziu a um progresso similar no tratamento das nevroses, 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-a 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.

