

M I N E R V A M E D I C A

Vol. 56 - N. 42 - Pag. 1677-1680 (26 Maggio 1965)

J. LOPEZ IBOR

L'angoscia vitale ed il suo trattamento

EDIZIONI MINERVA MEDICA

J. LOPEZ IBOR

Docente di Psichiatria e Psicologia Medica
alla Facoltà di Medicina di Madrid

L'angoscia vitale ed il suo trattamento

Affermando che l'angoscia era alla base di tutte le nevrosi, Freud aveva previsto l'importanza che essa doveva assumere nell'atteggiamento dell'uomo contemporaneo. L'essere umano ricerca l'interpretazione della propria essenza, vale a dire il modo di essere uomo in una di queste caratteristiche: la ragione, i suoi istinti o ancora l'angoscia. Le varietà di interpretazione ci dimostrano l'impossibilità di ridurre l'essenza dell'uomo ad una formula unitaria.

Freud descrisse una nuova forma di nevrosi classificandola tra la nevrastenia e l'isterismo. Egli la definì inizialmente « isterismo d'angoscia », per definirla in un secondo tempo come vera e propria « nevrosi d'angoscia ». Soltanto più tardi però egli concluse che la dinamica delle nevrosi si fonda sull'angoscia e sui meccanismi di difesa che l'uomo presenta verso essa.

Il problema più importante consiste secondo me nello stabilire se l'angoscia nevrotica presenta analogie con l'angoscia comune. Lo schema è sempre lo stesso, sia che consideriamo le nevrosi come « Erlebnis abnormen reaktionen » (reazione causa di esperienze vissute anormali) sia come conflitti psichici: il soggetto riceve un intoppo psichico, un trauma, che non può assimilare nè elaborare. La resistenza all'integrazione nella corrente della vita psichica conferisce all'esperienza il carattere anormale. Rimane un isolotto che non soltanto non verrà inglobato, ma che turberà il normale svolgersi della vita psichica: esso, come ha proposto Jung, può essere definito « complesso ».

Nell'ambito di questo schema è importante chiedersi per qual motivo questa esperienza psichica alla quale accordiamo un ruolo traumatizzante è così difficilmente raggiungibile. Non possiamo dire che essa è « inabborribile » in quanto è « angosciante ». Vi sono nella vita numerose esperienze che definiamo angoscianti e che

non producono tale effetto. L'angoscia, la paura, la tristezza, la noia, la collera, il risentimento, la colpa, la vergogna, non sono sentimenti patologici: essi fanno parte del normale svolgersi della vita sentimentale. Dovremmo altrimenti ritenere che l'uomo non debba avere sentimenti? Dobbiamo piuttosto chiederci quando queste vibrazioni della vita sentimentale acquistano carattere patologico.

La prima risposta spontanea, e d'altra parte la più frequente, è di valutare l'intensità della reazione in rapporto allo stimolo. Un forte stimolo affettivo provoca questa inadeguata reazione che siamo soliti definire patologica. Questo modo di affrontare il problema è evidentemente insufficiente. Uno stimolo non produce una risposta più o meno forte in quanto è più o meno intenso, *ma in quanto esso supera la capacità di sopportabilità dell'uomo verso di esso*. Ecco il motivo per cui lo stimolo lo supera ed ogni piccolo stimolo può provocare intense commozioni affettive. L'importante è che il carattere traumatizzante dell'emozione nasce dall'incapacità del soggetto di acquisire esperienza. Come vedremo più tardi, è proprio di fronte all'incapacità di assimilazione o di integrazione che noi parliamo di « angoscia ». Tale incapacità viene ad interessare l'uomo di fronte ad un'emozione da paura o di fronte ad un sentimento di noia, di vergogna o di tristezza. Tutti questi sentimenti presentano una comune struttura: la difficoltà di essere assimilati e la frattura che essi producono nella continuità della vita psichica. L'angoscia non è che la forma più caratteristica, la più classica potremmo dire, in cui si pone in evidenza l'impossibilità di assorbimento dell'emozione traumatizzante.

L'osservazione clinica ci dimostra che la difficoltà di elaborazione è dovuta al fatto *che l'esperienza traumatizzante presenta per il soggetto un significato preciso*. Il carattere traumatizzante non viene conferito per la sua violenza *ma per il suo significato*. In realtà si attua un transfert dal piano quantitativo a quello qualitativo.

Dobbiamo ormai chiederci che cosa nel significato imprime un carattere traumatizzante. La psicanalisi ritiene responsabili le esperienze dell'età infantile, nel senso che esse hanno sconvolto l'evoluzione della libido. Altre scuole di psicologia profonda accettano soltanto la prima parte di questa tesi dinamica, vale a dire il ritorno all'esperienza anteriore (trauma amnestico).

Che questo trauma sia represso o dimenticato è un'altra questione: se infatti esso sia stato dimenticato o represso, ciò è dovuto al fatto che non è stato inglobato. In questo difetto di assimilazione del trauma agisce un meccanismo difensivo, meccanismo che spesso va oltre a quanto è utile per l'organismo. Lo stesso avviene nell'organismo che si difende da un'infezione mediante una raccolta purulenta, la quale si trasforma in « seconda malattia ». In un certo senso ogni nevrosi si comporterebbe come una « seconda malattia ».

Prima di procedere oltre, dobbiamo ricordare l'effetto traumatizzante degli intoppi emotivi *attuali* che costituiscono una nevrosi. E' evidente che ogni esperienza umana può riferirsi ad un'esperienza precedente. Andrò più lontano: è proprio nella struttura della vita umana che agisce questa continuità di sentimenti che fa in modo che ogni esperienza psichica faccia parte di un tutto che porta l'impronta del passato ed il germe del futuro. Malgrado ciò, l'esperienza clinica ci dimostra che non sempre è necessario ricorrere a questo lavoro di riferimento anamnestico per interpretare una situazione nevrotica, tanto più che se l'analisi viene compiuta indefinitamente, si giunge, presto o tardi, all'antecedente: vale a dire al centro proprio della personalità. Ciò è dovuto al fatto che il riandare anamnesticamente alla ricerca del significato del trauma non risolve il problema. Per tal motivo d'altra parte, Freud sosterrrebbe la tesi del carattere sessuale dei traumi, anche nelle fasi pre-genitali dell'infanzia. Questa « libidinizzazione » della vita, se così possiamo dire, costituisce un'intrinseca esigenza dell'apparato logico, base delle teorie freudiane.

In questo caso dobbiamo chiederci perchè la sessualità, che appartiene alla vita stessa, debba avere un carattere traumatizzante? Perchè le questioni sessuali sono così di frequente all'origine delle frustrazioni? Ritornando al primitivo concetto di questa rassegna, potremo rispondere che tutti i traumi sessuali non provocano necessariamente una nevrosi, ma soltanto quelli che portano l'impronta dell'angoscia. In biologia gli intoppi morbosi che l'organismo non riesce a « superare » lo sconvolgono. In ogni malato esiste un processo di disintegrazione. La disorganizzazione è la reazione patologica ad uno « stress ». Analogamente si verifica in psicologia ed in psicopatologia: l'esperienza vissuta dello « stress » psicologico è in questo caso denominato « angoscia » o ansietà secondo i casi.

Ogni esperienza costituisce qualcosa per noi. Ogni cosa assume un significato, ed appunto per questo viene definita « cosa ». La persona è un centro significativo le cui cose costituiscono il significato periferico. In tal modo dobbiamo tentare di scoprire quali siano le cose, gli oggetti, che possiedono una carica di significato per l'individuo nevrotico. Attuando la catamnesi della paziente Emmy de N., Freud osserva che le cose più insignificanti della sua vita quotidiana avevano assunto per essa un « significato speciale », tanto che, sotto l'intoppo nevrotico, la struttura significativa del mondo si era modificata.

Secondo il mio punto di vista, e per giungere ad esprimere la profondità del mio pensiero nel modo più diretto possibile, dirò che il « significato » che conta è quello che si trova in rapporto con la vita umana (« meaning for life » secondo gli Autori inglesi). Non voglio con ciò esprimere quello che rappresenta la vita quotidiana, ma quello che essa è, precisamente in quanto un'esperienza determinata lacera in noi il velo di *ciò che la vita non è*: si tratti del velo che ricopre la minaccia della morte o quello della disintegrazione della persona oppure quello della follia, o ancora il vuoto o infine il nulla. E' il fantasma della « non-esistenza » che appare improvvisamente « incorporato » in qualche modo. *Questa è l'angoscia*. Il soggetto è inerme, disarmato, per affrontare tale sentimento. Il fantasma che lo minaccia è incombente, e proprio questa minaccia gli fa sentire l'abisso senza fondo della propria situazione. Il fatto di sentirsi sconfitto dalla situazione traumatizzante è un'esperienza vissuta di questa struttura sottostante. Le esperienze vissute che attivano questo fondo sono quelle che non possono integrarsi dal punto di vista psicologico. Non si tratta di una minaccia qualsiasi, ma di una minaccia particolare che raggiunge il fondo stesso della vita e che mostra la sua essenziale frustrazione. Tutti siamo frustrati in un modo o nell'altro. La frustrazione nevrotica è un'espressione di questa frustrazione essenziale della vita in ciò che essa ha di « non essere »: è l'infiltrazione del nulla.

Un problema che gli sembra di notevole importanza consiste nel come è possibile riconoscere il carattere traumatizzante dell'intoppo ansioso. Il termine « angoscia » appartiene al vocabolario normale, ma le sue frontiere con la paura, la tristezza, la nausea, ecc., non sono ben definite. Quali sono le differenze tra l'angoscia normale e l'angoscia patologica? Per chiarire la

mia esposizione ricorderò i sintomi dell'isterismo d'angoscia definiti da Freud: eccitabilità generale, stato d'ansia, crisi d'angoscia con disturbi cardiaci, respiratori, traspirazione, bulimia, « congestione », nevrastenia vasomotoria, terrore notturno, vertigini, alterazioni digestive, parestesie e fobie.

L'angoscia patologica, come viene definita nella precedente classificazione, ci offre una ricca sintomatologia vegetativa, diremmo dei nostri giorni, che viene inoltre vissuta dal malato come una specie di minaccia. La dovizia dei sintomi vegetativi, il suo carattere di esperienza vissuta, ci parlano di un'angoscia nettamente « corporata », incarnata, personificata. L'angoscia patologica è così un'angoscia somatotropa. L'angoscia psichica è legata al corpo, conservando una certa autonomia di fronte a questo. Senza corpo umano non vi è vita psichica umana, ma questa non è una traduzione letterale dei processi corporali. In ogni caso, sarebbe una versione simbolica in cui i simboli acquistano una vita indipendente.

Scheler ha descritto la vita dei sentimenti frazionata in più stadi, soltanto due dei quali attualmente ci interessano: lo strato vitale o lo strato psichico. Il primo è nettamente legato alla « corporalità », al settore corporale, e sistema il corpo in rapporto al mondo ed a noi stessi. Il medico, nel corso della visita mattutina, domanda al paziente: « come vi trovate? Vale a dire voi stesso ». E' questo « voi stesso » che definisce ciò che è corporale; l'essenza è in tal caso la corporalità.

La differenza tra la tristezza vitale e la tristezza reattiva appare chiara nel corso di una depressione. I sentimenti psichici sono sentimenti ben definiti. Qualcuno può essere triste a causa di una disgrazia, ma la tristezza melancolica non ha motivi. Talora questa tristezza viene attribuita a qualche evento, attributo che non costituisce che un fenomeno secondario ed a carattere difensivo per il paziente. Nello stesso modo che per la tristezza potremo parlare dell'esistenza *di una angoscia vitale e di un'angoscia reattiva*, sebbene taluni quadri nevrosici ce le presentino ambedue collegate.

La presenza dell'angoscia vitale o endotimica come centro delle nevrosi pone il problema di una terapia sotto un punto di vista diverso da quello abituale. Se l'angoscia è soltanto conflittuale, e quindi reattiva e psicodinamica, non vi sono altri mezzi di soluzione se non la psicoterapia. Sotto questo punto di vista, somministrare farmaci equivale a ridurre l'angoscia, a modificarla, e di conseguenza a differire la guarigione.

L'angoscia si impoverisce di esperienze vissute e, non determinando più sintomi, il paziente apporta ogni volta sempre meno materiale alle sedute psicoterapiche. Vi è inoltre un fattore di grande importanza: quello del « transfert » tra medico e paziente, che si modifica per la presenza di un farmaco. Io ritengo che il rifiuto delle medicine, come fanno gli psicanalisti, è nel pieno diritto e nel contesto della situazione analitica.

E' evidente che nelle nevrosi esiste un elemento notevole di angoscia psicodinamica. I dispositivi di difesa dell'io sono così, in gran parte, psicodinamici. Questo è il motivo per cui l'analisi tende sempre più verso l'analisi dell'io e dei suoi meccanismi di difesa. Ma nel centro delle nevrosi esiste una determinata *fisiodinamica*. La radice « physis » induce ad utilizzare l'espressione « fisiodinamia » che non quella di « neurodinamia ». La « physis » greca non è il corpo ma la natura, e questa non è la « natura naturata » ma la « natura naturante », e quindi ciò che la natura ha in sé di creazione, di « poiesi ». Sarebbe meglio parlare di « fisiodinamia » in tutto ciò che concerne la struttura vitale dell'uomo, in quanto il termine « biodinamismo » sembra vago. D'altra parte, se le nevrosi presentano una base fisiodinamica, esse possono e devono essere trattate « così » con i farmaci. Ho detto « così » in quanto la psicoterapia è a mio avviso imperdonabile. I tentativi farmacologici nella terapia non devono unicamente essere considerati dal punto di vista sintomatologico. Essi ricercano o devono ricercare e circoscrivere sempre più il centro costituito dal *mondo vitale del paziente*, dall'angoscia vitale fisiodinamica o endotimica.

Sotto tale prospettiva la psicoterapia deve realizzare un certo mutamento di fronte. L'analisi delle difese dell'io assume un aspetto del tutto diverso allorchè si considera la presenza di un « io-vitale », di un io che è incarnato e la cui alterazione costituisce il centro generatore della marea ansiosa.

Da almeno 23 anni ho iniziato a trattare le nevrosi mediante l'acetilcolina per via endovenosa. Ho comunicato i miei risultati al Congresso Mondiale di Psichiatria di Parigi nel 1950. Ero allora riuscito ad isolare, nel gran gruppo dei pazienti nevrosici, un altro gruppo in cui il carattere vitale dell'angoscia non sembrava evidente. Ho definito tali pazienti con il termine di « timopatici » classificandoli nel « cerchio timopatico » con un sottotitolo di « timopatia ansiosa ». Un certo parallelismo con il trattamento di shock delle depressioni mi condusse al trattamento mediante l'ace-

tilcolina per via endovenosa. I risultati sono stati eccellenti. Tali risultati sono stati comunicati alla Royal Society di Londra nel 1951 e la mia statistica è stata raccolta nella rivista « The Lancet ».

I miei lavori scientifici attuali sono diretti non tanto all'isolamento di un gruppo di pazienti ansiosi « i timopatici », come al momento della pubblicazione del mio libro « Angustia vital » (Madrid, 1950), ma piuttosto a scoprire la base fisiodinamica vitale dell'angoscia nevrosica. Sto tentando inoltre di scoprire quali sono i suoi settori comuni, le differenze e le frontiere con l'angoscia psichica e reattiva. Secondo me le nevrosi sono in realtà malattie della « timo-psiche », dello strato vitale della personalità piuttosto che reazioni esperienziali o conflittuali; impieghiamo pertanto il termine *timosi* e non *nevrosi*.

I progressi farmacologici nel trattamento delle depressioni hanno favorito un analogo progresso nel trattamento delle nevrosi, aprendoci un'ampia serie di nuove prospettive. Negli ultimi anni la psicofarmacologia si è arricchita degli ansiolitici, che erroneamente vengono considerati come semplici sedativi dell'angoscia. Questa nuova tendenza che si apre sui progressi farmacologici è stata da me segnalata in una comunicazione al Congresso di Neuro-psico-farmacologia tenuto a Birmingham l'estate scorsa. Sono stati compiuti notevoli progressi e non è illogico sperare, come affermava Freud, in nuove scoperte in questo campo.

Estratto da MINERVA MEDICA

Vol. 56 - N. 42 - Pag. 1677-1680 (26 Maggio 1965)



MINERVA MEDICA

Tip. S.A.E.M.M. - Torino

Ayuntamiento de Madrid