

Juan José López-Ibor

Angoscia ed esistenza: fenomenologia e psicopatologia

Angustia Vitale

TOMO 1

Traduzione a cura di Giuseppe Ceparano

Prefazione di María Inés López-Ibor

Collana Psicopatologia fenomenologica

diretta da Mario Rossi Monti

Comitato di Redazione Micaela Abbonizio



Alpes Italia srl - Via G. Gatteschi 23 - 00162 Roma

tel./fax 0639738315 - e.mail: info@alpesitalia.it - www.alpesitalia.it

© Copyright Fundación Juan José López-Ibor
Alpes Italia srl - Via G. Gatteschi, 23 – 00162 Roma, tel./fax 06-39738315

I edizione, 2025

Juan José López-Ibor, (Solona, Valencia, 1906 – Madrid, 1991). Nel 1940 professore di Psichiatria all'Istituto di Medicina Ramón y Cajal del Consiglio superiore dell'investigazioni scientifiche. Nel 1943 primario di Neuropsichiatria dell'Ospedale Generale di Madrid. Nel 1960 professore all'Università di Madrid di Psichiatria e Psicologia Medica. Presidente dell'Associazione Mondiale di Psichiatria dal 1966 a 1971. Ha pubblicato numerosi articoli tra i più significativi se ne contano più di 290 in lingua spagnola, tedesca, francese, ecc. Ha pubblicato 25 libri. Ha portato la psichiatria e la psicopatologia fenomenologica nel territorio iberico ed è rimasto sempre in contatto con altri autorevoli autori come Tellenbach, Kretschmer, Callieri, ecc.

Giuseppe Ceparano, (Napoli, 1976). Psicologo, Psicoterapeuta e Psicopatologo di formazione fenomenologica. Dal 2016 socio della Società Italiana per la Psicopatologia Fenomenologica. Dal 2025 membro del direttivo della Associazione Italiana di Psicologia Fenomenologica. Dal 2019 Psiconcologo presso la Asl Napoli 2 Nord. Dal 2023 docente della "Scuola Sperimentale per la Formazione alla Psicoterapia ed alla Ricerca nel campo delle scienze umane applicate" della Asl Napoli 1 Centro. Autore di articoli sulla Rivista "*Comprendre*" (Archive International pour l'Anthropologie, la Psychopathologie et la Psychothérapie Phénoménologiques). Autore nel 2016 del testo "*Quartiere Kidney – Per una psicologia dell'incontro in emodialisi*".

In copertina: Disegno di una paziente di Juan José López-Ibor.

Impaginato interno: a cura di Giulia Salerno.

Collana Psicopatologia fenomenologica

Board scientifico

MASSIMILIANO ARAGONA, MARIA ARMEZZANI, LODOVICO CAPPELLARI,
GIULIANO CASU, GEORGES CHARBONNEAU, ANTONELLO CORREALE,
GILBERTO DI PETTA, FILIPPO FERRO, THOMAS FUCHS, VITTORIO GALLESE, GIOVANNI
MARTINOTTI, LEONARDO MENEGHETTI

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari ed artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene

previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633
e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore

Indice generale

Prefazione di <i>María Inés López-Ibor</i>	VII
Presentazione di <i>Giuseppe Ceparano</i>	XI
Prologo	XVII
 1. L'EVOLUZIONE DELLE IDEE SULLA "NEVROSI D'ANGOSCIA O ANSIA"	1
Angoscia e ansia: la distinzione di Brissaud	1
La gradualità dei fenomeni	3
L'Agorafobia di Westphal e la nevrosi ossessiva	5
La follia ossessiva di Kraepelin	8
Le "nevrosi attuali" di Freud	9
La "parapatia ansiosa"	10
Punti di vista attuali	12
La "timopatia ansiosa"	13
 2. SINTOMATOLOGIA CLINICA	15
A) Sintomi psichici	15
Sintomatologia generale	15
L'angoscia come sintomo di base	16
Le fobie come cristallizzazione della situazione angosciata	18
Il collegamento con le ossessioni	23
Bizzarria e familiarità della percezione: la depersonalizzazione	25
Difficoltà di concentrazione e stanchezza intellettuale	27
La memoria	28
Le distimie	29
La debolezza irritabile	29
L'acedia	31
B) Sintomi neurologici	31
Vertigine timopatica o agorafobica	31
Insofferenza muscolare. Acatisia	36
Alterazione dell'immagine corporale. Parestesie	37
Brividi e tremore	40
Attacchi timopatici	40
Algie timopatiche	41
Alterazioni sensoriali	45
Nevrosi coordinatorie o motorie	45
I "tic"	46
Tremore, alterazioni dei riflessi ed altri sintomi simili	47
Stigmatizzazione vegetativa	49
Ereutofobie	49

C) Sintomi viscerali.....	50
<i>I complessi visceri-angosciosi</i>	50
<i>Sintomi circolatori</i>	51
<i>Sintomi digestivi</i>	53
<i>Sintomi respiratori</i>	56
<i>Sintomi vescicali, sessuali e cutanei</i>	59
D) Forme di decorso	61
3. L'ANGOSCIA ESISTENZIALE E L'ANGUSTIA VITALE.....	81
L'esistenzialismo.....	81
Approfondimento dell'esistenza	82
La gobba di Kierkegaard	84
La spina nella carne.....	86
Ermeneutica dell'esistenza umana.....	88
La struttura dell'angoscia	91
Il salto esistenziale.....	95
La fattualità umana e le situazioni limite	96
Angoscia e paura.....	98
L'angoscia morbosa e l'angoscia esistenziale.....	102
L'angoscia come minaccia dell'unità dell'Io.....	104
Angoscia e morte.....	107
4. FOBIE, OSSESSIONI E ANGOSCIA: LA STRUTTURA COMUNE.....	113
Caratteri formali delle ossessioni.....	113
Funzione e contenuto delle ossessioni	115
Ansia, fobie e ossessioni.....	117
Il mondo degli ossessivi.....	120
La rottura della continuità	123
La crisi angosciosa come apertura di possibilità	124
Decisione, realizzazione magica e libertà.....	128
Movimenti e motivi.....	132
Il dubbio e la preoccupazione.....	134
La ripetizione	135
5. LA PERSONALITÀ E LA STRUTTURA VITALE	139
Gli strati della personalità	139
"Vitalità, anima e spirito"	144
Strati e totalità.....	145
La stratificazione dei sentimenti.....	146
Profondità dei sentimenti.....	152
La struttura vitale.....	152
L'umore e il desiderio	155
Il tempo patico	161
Il tedio.....	163
La tristezza vitale.....	166
Organizzazione dei sentimenti vitali	172
Umore e carattere	173

Indice generale

6.	LA DISINTEGRAZIONE DELL'IO NELL'ANGOSCIA E LA DEPERSONALIZZAZIONE.....	177
	La struttura dell'io	177
	L'“io sferico” e il vissuto d'angoscia.....	179
	L'energia dell'io.....	180
	Sfumature del vissuto d'angoscia.....	183
	I vissuti novizi e quelli usuali: la stessità.....	190
	La depersonalizzazione nel circolo timopatico	193
7.	L'ANGOSCIA E LA DINAMICA DEGLI ISTINTI	197
	I primi lavori di Freud	197
	Angoscia reale e angoscia nevrotica	198
	L'“io” e l'angoscia.....	200
	Obiezioni alle tesi psicoanalitiche	201
	Gli istinti dell'io.....	204
	L'istinto d'aggressione	205
	Istinti, ambivalenza, libertà.....	208
8.	L'ANGOSCIA INFANTILE E SOGNI ANGOSCIOSI	211
	Angoscia infantile.....	211
	Pavor nocturnus	211
	Gli incubi	213
	Somatizzazione delle crisi.....	217
	Solitudine ed oscurità.....	218
	Maturazione della personalità infantile attraverso l'esperienza angosciosa.....	220
9.	IL COMPORTAMENTO COME GENESI DELL'ANGOSCIA	225
	Ritenzione d'energia.....	225
	Tesi di Janet.....	226
	Il sentimento di inferiorità.....	228
	Reazione catastrofica di Goldstein.....	228
	Angoscia e reazione catastrofica.....	230
	Il comportamento del lobotomizzato	232
10.	LA VERTIGINE E LA PERCEZIONE SPAZIALE.....	237
	Vertigine sistematica e asistematica	237
	La vertigine come crisi	240
	Vertigini organiche e funzionali.....	241
	Vertigine di Ménière.....	244
	Vertigine centrale.....	247
	La vertigine timopatica	252
	Vertigine e nausea.....	256
	Lo spazio patico	259
	Bibliografia	263

PREFAZIONE

María Inés López-Ibor

“La angustia vital” (Angustia vitale) e “Las neurosis como enfermedades del ánimo” (Le nevrosi come malattie mentali) sono probabilmente le due opere fondamentali di López Ibor, ed è stato il primo ad aver utilizzato il termine “angustia vitale”.

Mio nonno, il professore López Ibor, nel 1952 sottolineava: *“il grande problema dell'uomo moderno è quello di aver reso problematico il senso della sua vita. Per questo non è strano che ostacoli e contrarietà del vivere quotidiano appaiano avvolti da un'atmosfera angosciata”*. Sono passati 70 anni da questa affermazione ed ora, a mio parere, è del tutto attuale, c'è la tendenza a cercare di identificare i malesseri quotidiani con disturbi psicopatologici, stati come la tristezza, l'ansia davanti a situazioni difficili della vita, l'insicurezza o la mancanza di concentrazione, sono molte volte sentimenti o comportamenti normali che vengono considerati sintomi ed è per questo che il soggetto diviene un ammalato.

Quando López Ibor iniziò la sua attività universitaria e professionale nella medicina dominava il metodo scientifico-naturale e le prospettive anatomo-clinica, fisiopatologiche e l'eziologia erano alla base delle indagini sulla malattia, tralasciando la prospettiva umanistica dell'umano ammalarsi. Tuttavia, già allora, il pensiero di López Ibor sulla psicopatologia si muoveva all'interno di una profonda convinzione che: “nell'uomo vivente non c'è solo corpo e anima come dicono i classici ma c'è la presenza unitaria di un corpo animato”. (Libro: *La Medicina come poder*, 1975)

López Ibor nasce a Sollona, un comune di Valencia, nel 1906, figlio dell'insegnante del paese. Durante il terzo anno alla Facoltà di Medicina, gli capitò di leggere un'opera di Freud che segnò per sempre la sua vocazione per la psichiatria. Consegui il dottorato nel 1930 con una tesi sulla nevrosi da indennizzo, un tema a cavallo tra la psichiatria e la medicina legale. Ottenne la borsa di studio “Alfonso XII” dalla Giunta Provinciale di Valencia per studiare all'estero.

Nel corso degli anni successivi studiò nelle Università di Monaco, Parigi e Zurigo, dove conobbe l'opera di Karl Jaspers e i contributi della scuola di Heidelberg con cui non era molto d'accordo, poiché riteneva che una netta separazione tra psicosi (organica ed endogena), autentiche malattie, a base celebrale e le variazioni del modo di essere psichico (le nevrosi e psicopatie), semplici variazioni del modo psichico di essere, non è reale.

Per López Ibor la clinica non consentiva di definirli in modo così netto. Se sappiamo che la depressione endogena è dovuta, in fondo, ad un disturbo non puramente psichico, perché non dovremmo indagare se un fattore del genere si ritrovi in molte delle cosiddette nevrosi? – specifica López Ibor – . La stessa cosa accade

con l'angustia. Per questo motivo si rivolse alla cosiddetta psichiatria antropologica (Viktor von Gebssattel, Erwin Straus, Ludwig Binswanger, Jürg Zutt, Medard Boss e lo stesso Karl Jaspers) e a filosofi come Wilhelm Dilthey, Edmund Husserl, Max Scheler, Søren Kierkegaard e Martin Heidegger, per immergersi nelle radici di un'antropologia della salute e della malattia umana fondata sul senso trascendente della condizione umana.

Nel 1943 venne esiliato a Barbastro per il progetto di un documento che un folto gruppo di professori universitari avrebbe dovuto indirizzare al generale Franco, per chiedere la sua destituzione da capo di Stato e la restaurazione della monarchia di Don Juan de Borbón. È a Barbastro che scrive "la angustia vital" (Angustia vitale). Visse lì per circa due anni con la moglie e due dei dodici figli nati in quel periodo.

Per López Ibor l'angoscia nevrotica non era un'angustia di fronte a situazioni della vita (sentimento dell'Io o dell'anima) ma apparteneva allo strato dei sentimenti vitali, stava quindi più disgiunto dalle circostanze e più incarnato. Considerava, l'"angustia vitale", come la base del disturbo endotimico, le cui radici profondamente somatiche la rendevano irriducibile a cause psicologiche e sociali, quindi non si poteva considerare come una reazione alle circostanze della vita ma come un disturbo endogeno della vitalità. Nei confronti delle concezioni psicoanalitiche difese un approccio strettamente medico della psichiatria, per la natura biologica delle nevrosi d'angoscia e delle sue crisi parossistiche, per cui il trattamento doveva essere anche biologico; attualmente alcuni autori considerano questa asserzione come il suo maggior apporto teorico (López Ibor, 1950 e 1966).

Nelle sue teorie sull'angustia vitale percorre attentamente i concetti del filosofo Max Scheler che aveva definito i sentimenti come stati dell'Io, descrivendo l'intenzionalità essenziale della vita emotiva e stabilendo una stratificazione delle stesse, distinguendo quattro categorie: sensoriali (riferiti alle parti del corpo), vitali (riferiti ai vissuti corporei nel loro complesso), dell'animo o dell'Io (riferiti alle circostanze del mondo) e spirituali o della personalità (riferiti al mondo dei significati).

Successivamente estese questi concetti alla patologia psicosomatica e alle depressioni, divenendo un pioniere nella descrizione delle depressioni mascherate e gli equivalenti depressivi, cioè le forme sintomatiche della depressione più somatizzata, oggetto della tesi di dottorato di Juan Jose López-Ibor Jr (1966), mio padre. Studiarono le loro manifestazioni psicosomatiche, ricercarono le loro possibili origini neurobiologiche e adottarono a questi metodi biologici per il trattamento. In questo, era in anticipo rispetto al DSM-IV (1994) e al DSM-IV-TR (2000). "Il termine disturbo mentale implica sfortunatamente una distinzione tra disturbi mentali e fisici (un anacronismo riduzionista del dualismo mente/corpo)", come asseriva Juan Jose López-Ibor Aliño: "C'è molto di **fisico** nei disturbi **mentali** e molto di **mentale** nei disturbi **fisici**". Già a quei tempi la distinzione tra disturbo funzionale e organico era considerata insostenibile.

Prefazione

La fondazione Juan José López-Ibor ed io stessa, siamo molto grati a Giuseppe Ceparano e all'Editore Alpes Italia, al Prof. Giovanni Stanghellini per aver invogliato a tradurre l'Angustia Vitale in italiano per essere pubblicata nella collana "Psicopatologia Fenomenologica" a cura del Prof. Mario Rossi Monti e al Prof. Gilberto Di Petta per l'idea e che ha ricevuto in eredità il testo autografato da Bruno Callieri, che, nonostante siano trascorsi più di settant'anni dalla sua prima edizione, contiene innumerevoli spunti ancora oggi vivi.

F.to María Inés López-Ibor

Professoressa di Psichiatria

Facoltà di Medicina Università Complutense

Presidentessa della Fondazione Juan José López-Ibor

Bibliografia

- Ginés Llorca Ramón, *Estudio de la obra científica del profesor Juan José López Ibor*. Tesis doctoral. Salamanca. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines, XIII (1985), 225-32;
- Antonio Fontán, *La antropología de Juan José López Ibor*. Nuestro Tiempo CXXXI (1965) mayo, también en Actas luso-esp. de Neurol. Psiquiat. XXIV (1996), supl. 2 188-192;
- Demetrio Barcia Salorio, *Historia de la psiquiatría española*. You & Us. Madrid, 1996; Ronaldo Ucha Udabe: *El pensamiento psiquiátrico de Juan José López Ibor, el psiquiatra de habla hispana de más notoriedad en el siglo XX*. Alcmeon, XXI (1997) Vol 6, nº1;
- Pedro Ruiz, *Images in Psychiatry: Juan J. Lopez Ibor, M.D., 1906–1991*. Am J Psychiatry CLVI (1999), 308;
- Alfonso Ledesma Jimeno, *Aportaciones a la obra científica del Profesor Juan José López Ibor con motivo de la celebración de su centenario*. Actas españolas de psiquiatría XXXV (2007), 1-7; Sesión necrológica en la Real Academia Nacional de Medicina. An R Acad Nac Med (Madr) CVIII (1991), 591-610.

PRESENTAZIONE

Giuseppe Ceparano

Angustia Vitale
(*Medicina Generale Psicosomatica*)

Intenzionare un testo che risale al 1950, di un autore di cui abbiamo celebrato il centenario della nascita nel 2006, è da un lato imbattersi su un fenomeno storicamente determinato, dall'altro proiettarlo in un vivido presente. Se da un lato, provando a mettere tutto tra parentesi, ci si lascia affascinare dalla sistematicità descrittiva e compilativa dell'autore, dall'altro ci si accorge dell'enorme portata generativa, che ancora può dare, di quello che Juan José López Ibor chiama "Angustia Vitale".

Juan José López Ibor ha accompagnato, nella buona e cattiva sorte, la psichiatria iberica durante il regime franchista (1939 – 1975). La scrittura dell'opera *Angustia Vitale (Medicina Generale Psicosomatica)* fu iniziata nel 1943, trovando il compimento e la pubblicazione nel 1950. Erano gli anni in cui era primario di neuropsichiatria dell'Ospedale Generale di Madrid ed aveva completato la formazione in Psichiatria tra Berlino, Tubinga, Monaco, Parigi e Zurigo. Prima che ottenesse la cattedra di Psichiatria a Madrid nel 1960 e che iniziasse la sua vera influenza nel mondo della psichiatria iberica ed in quella di lingua spagnola. Fino a diventare nel 1966 presidente dell'Associazione Mondiale di Psichiatria.

È stato lo psichiatra che ha portato la Psicopatologia Fenomenologica in Spagna, ed è anche tra quelli che si sono accorti dell'apporto clinico della Psicologia, molto influenzato dai lavori di Scheler e Ortega.

Gli è stato rimproverato di essersi occupato molto della psichiatria accademica e poco di quella organizzativa e soprattutto di non aver condotto una vera battaglia per i diritti dei malati mentali, un poco come accaduto ai nostri Callieri e Ballerini.

È stato autore di oltre 290 articoli in spagnolo, tedesco e francese e 25 libri. Interessante ricordare che nella sua clinica, nel 1950, aveva nell'equipe anche psicologi che si occupavano di trattamento di patologie psichiatriche.

Nel prologo del testo, foriero del senso implicito che vuole dargli, pone l'accento sul fatto che si tratta di un libro di frontiera, tra la Psicologia, la Psichiatria, la Neurologia e la Medicina Interna e che questa posizione di frontiera allarga i fianchi critici. L'occhio attento e la visione allenata coglierà il tentativo profondo, e sempre auspicabile, di cercare di ricompattare i ranghi, di gettare le condizioni per quella che in un certo senso ed entro certi limiti chiama, mettendola tra parentesi, *Medicina Generale Psicosomatica*.

La Medicina Generale Psicosomatica che Juan José López Ibor auspica non è né quella che si affrancava in quegli anni in America né una Medicina Speciale, neppure una Medicina al lato di quella Organica, ma essenzialmente un cambio di prospettiva ed allo stesso tempo un tentativo di unificare invece di frazionare formazioni e sapere, dove l'aspetto biografico del malato assume un valore rilevante. Si ravvisa in questo, in quegli anni tanto forte, in quest'ultimi altalenante, l'orientamento fenomenologico, tanto evocato da Husserl.

Juan José López Ibor, nella scrittura di questa opera, è guidato dalla Psicopatologia orientata fenomenologicamente e da una Psicologia diretta alla stratigrafia dell'anima umana, quest'ultima da lui chiamata: tettonica della personalità. Il vero obiettivo di quest'opera è quello di voler far emergere e rivelare al mondo la portata di quella che è stata tradotta come "Angustia Vitale", in effetti una traduzione letterale l'avrebbe tradotta come Angoscia Vitale; grazie al contributo di Gilberto Di Petta si è colta l'imprescindibile necessità di rintracciare nel nostro vocabolario ed adoperare questo significante, Angustia, molto poco usato, soprattutto in ambito psicopatologico, non solo per la prossimità fonetica al termine spagnolo, ma per il carattere duro evocante ristrettezza, difficoltà, come abilmente usato dal nostro Carducci, ed anche per il suo essere profondamente indicativo di affanno, tribolazione, pena, ansia e angoscia come possiamo ritrovarlo nell'opera letteraria di Manzoni.

Leggere quest'opera è come imbattersi in un viaggio sulle tracce della Ghiandola Pineale, cioè, di quell'elemento che congiunge psiche e soma, corpo vissuto e corpo organico. Un ulteriore tentativo di superare il dualismo cartesiano, iniziato dallo stesso Descartes con gli articoli 31 e 32, nel testo "Le passioni dell'anima".

Il tema (topic) principale dell'opera è senza dubbio l'angoscia, da cui si dipanano i vari rema (focus): quello avviato da Kierkegaard, che intende l'angoscia come la realtà della libertà come possibilità prima della possibilità, cioè, l'angoscia come situazione ontica che apre all'ontologico, che ritroviamo, poi, anche nelle situazioni-limite descritte da Jaspers; quello enunciato da Heidegger nell'analisi esistenziale dell'essere-nel-mondo, in cui l'angoscia è data come situazione emotiva fondamentale, quindi, come condizione ontologica che permette il manifestarsi dell'ontico, una sorta di apertura alla fattualità, cioè, sto qui ed adesso che è poi lo stare-nel-mondo; quello descritto e delineato nel corso delle pagine da López Ibor, dove l'angoscia è, allo stesso tempo, un'antipatia simpatetica e una simpatia antipatetica.

Il discorso che si sviluppa nel testo si pone retto su due grandi pilastri portanti quello ontologico-esistenziale e quello ontico-clinico e degli strati dell'anima.

Il primo, quello ontologico-esistenziale, permette all'autore di cogliere quell'angoscia propria dell'Essere, quell'angoscia che in ciascuno di noi è già da sempre, per permettere di differenziarla, ma allo stesso tempo restando essenzialmente la stessa, dalle altre angosce, declinandola come *angoscia esistenziale*, che in questo cambio di prospettiva non può che darsi nell'essere *angosciati*.

Il pilastro ontico-clinico e degli strati dell'anima, regge la parte più corposa del testo, come un piano su cui c'è la possibilità di lasciar apparire tutta la fenomenica dell'angoscia, quando questa assume il carattere di patologia-malattia. López Ibor individua, su questo piano, due grandi angosce, la prima la declina come *angoscia reattiva* e la seconda, vero cuore dell'opera, come *angustia vitale*.

L'angoscia reattiva viene descritta come un fenomeno individuabile in tutti i casi clinici in cui c'è una certa psicogenesi, dove l'elemento scatenante e motivante è ben riconoscibile; a questo punto possiamo dire che il modo attraverso cui si manifesta è nel *porsi angosciati*.

L'angustia vitale, titolo del testo, diviene in questo piano l'elemento su cui l'autore concentra il più minuzioso tentativo descrittivo, permettendola di rilevare attraverso quella, dallo stesso definita e descritta, dimensione nosografica chiamata *timopatia ansiosa*, e da quell'area psicopatologica chiamata *circolo timopatico*; il darsi dell'angoscia che emerge in questi casi clinici è nello *stare angosciati*.

È evidente nel testo, ripercorrendo gli studi condotti sugli strati dell'anima che ricorrono l'idea di omologare gli strati del sistema nervoso con gli strati psichici, il tentativo di López Ibor di ricercare quell'area somatica, in qualche modo interessata, alle patologie dello stare angosciati, che poi sono le patologie in cui è coinvolta la vitalità, ed in un certo senso indica il diencefalo come area che influenza e che è influenzata.

Il vitale è per l'autore l'endogeno, non inteso alla Tellenbach in cui è rilevante l'aspetto cosmico. Eredita il concetto di vitalità da José Ortega y Gasset che la definisce come quell'anima carnale fondamento della nostra persona, dove si fondano il somatico e lo psichico; si avvicina molto al concetto di carne di Lorenzo Calvi, quando dice che sul piano ontologico, la carne, è lo stato originario, preintenzionale e pretematico del corpo.

López Ibor fa suo il discorso sui sentimenti vitali di Max Scheler, come del resto fece lo stesso Kurt Schneider, di cui abbiamo la traduzione grazie a Bruno Callieri del testo *Psicopatologia Clinica*, dove in appendice si parla proprio di sentimenti. López Ibor come lo stesso Schneider è alla ricerca del sintomo-base e lo ritrova nell'angustia vitale per quanto riguarda la timopatia ansiosa.

Le transizioni, come quelle dei sentimenti in Max Scheler, assumono un valore rilevante in López Ibor soprattutto per i passaggi che uno stesso caso clinico può avere dalla timopatia ansiosa, agli altri quadri clinici del circolo timopatico. Il fattore transizione come quello dell'essere fasico, caratterizzano il quadro clinico della timopatia ansiosa. Come lo è la transizione dallo strato vitale a quello dell'anima, come tra i sentimenti vitali a quelli dell'Io, infatti, rispetto alla tristezza ci ritroviamo: con il porsi triste, che è un sentimento reattivo dell'anima; con lo stare tristi, che è un sentimento vitale endogeno; con l'essere tristi, che è una matrice costituzionale della personalità. L'essere, lo stare e il porsi tristi divengono i modi attraverso cui il paziente si pone al clinico, il quale può cogliere se è in presenza di una psicopatologia depressiva o di una depressione endogena o di una depressione reattiva.

López Ibor pone molta attenzione alle sfumature dei significati delle parole nella lingua spagnola, ma anche nelle diverse lingue, ed è per questo che il lavoro di traduzione ha dovuto fare molta attenzione a coglierne il senso. L'autore individua nei termini "ansia" ed "angoscia" sia una prossimità che un uso sinonimico nella vulgata collettiva, ciò non appare, agli occhi del clinico López Ibor un problema, anzi gli permette di delineare meglio il fenomeno che intende studiare, proprio facendo in modo che il mondo delle parole restituisca sostanza ad un fenomeno tanto sfumato, come quello dell'angoscia, che contiene in sé lo psichico ed il somatico; infatti, pone l'ansia all'estremo più prossimo allo psichico e l'angoscia all'estremo più prossimo al somatico, e tra questi non possono esserci che l'inquietudine, la brama, lo stordimento, le vertigini, ecc. Siccome ci troviamo in un territorio clinico, queste parole assumono le caratteristiche di sintomi, a cui il paziente risponde con un modo particolare di reazione. All'ansia risponde con una reazione di sobbalzo, dove la tendenza motoria è quella più evidente, più vicina ad una fuga; uno stato di agitazione che dirige verso il polo attivo ed intellettuale del fenomeno. All'angoscia risponde con una reazione di sgomento, che ne indica tutto l'effetto paralizzante; uno stato più fisico, dove l'aspetto psicologico si manifesta sotto forma di tristezza passiva.

Per López Ibor la forma fondamentale dell'angoscia è l'angustia vitale. Che nasce dalla substruttura vitale ed è immotivata, come lo è la tristezza vitale dei depressi. Inoltre, ci dice che nei paziente appare in maniera fasica, ed alcune volte sotto forma di "scoppi d'angoscia", come lo sono spesso le richieste dei nostri pazienti che lamentano quelli che oggi chiamiamo "attacchi di panico". Proprio quest'ultimi li possiamo avere anche negli individui normali e questo ci dimostra che l'angustia vitale è possibile in tutti gli esseri umani.

Notevole valore, da un punto di vista psicopatologico, assume quella che in spagnolo si chiama "gana", tradotta in italiano come "voglia"; l'autore fa suo il senso che ne rintraccia in Miguel de Unamuno y Jugo. Questa voglia viene descritta come un ingrediente distaccato dello strato vitale, ma è una sensazione proveniente dal campo della vitalità, come se fosse una fiamma; è, allo stesso tempo, un sentimento plasmatico, un flusso della vitalità, e per questo ha un carattere diffuso ed atmosferico, come se fosse una melodia. La voglia è, insomma, la condizione di possibilità della fattualità. L'assenza di voglia, lo scoraggiamento quando lo si usa come sostantivo, è per l'autore come un capogiro, una lipotimia, è detto in spagnolo "disgana", tradotto come dis-voglia. Chi si occupa di clinica psicopatologica sa bene quanto valore abbia l'espressione "non ho voglia di vivere", ma deve sapere anche che la minaccia non viene dalla volontà, ma dalla vitalità disturbata, anzi è proprio la volontà che talvolta, come un salvagente, permette al soggetto di aggrapparsi nella tempesta della tristezza vitale.

L'autore compara alla "voglia" il "piace" ("gusta" in spagnolo) che può giungere al dis-piace. Il "piace" è definito come un desiderio non attivo di possedere la cosa a cui è rivolto, ma è anche quel piacere che si prova nell'azione stessa di possederla.

Per López Ibor la dis-voglia di vivere, che è una negazione primaria della vita, la ritroviamo nella depressione vitale, come fase morbosa; infatti, c'è la tristezza come stato. Invece, il dis-piace di vivere, che è una negazione attiva, lo ritroviamo nello psicopatico depressivo, dura più tempo o per tutta la vita; infatti, c'è la tristezza come atteggiamento.

Questo testo si prestava, negli anni in cui veniva pubblicato, anche per introdurre nel campo psicopatologico, non solo una dimensione nosologica, la *timopatia ansiosa*, ma soprattutto per raggruppare un insieme di quadri clinici in cui l'ansia occupa il primo piano della sintomatologia e non è né reattiva né sintomatica di altre affezioni somatiche o psichiche già conosciute; pazienti in cui l'ansia è autonoma, ed è un sentimento vitale. Questo quadro clinico diviene anche uno di quelli appartenenti al *circolo timopatico*, in cui per l'autore confluiscono il circolo maniaco-depressivo e quello delle psicosi affettive, ma innanzitutto tutto quel gruppo di alterazioni centrate attorno alle oscillazioni della vitalità.

Usa proprio l'espressione "timopatia ansiosa" in quanto già l'etimologia stessa delle due parole ci dà il senso di quello che poi ritroveremo nella descrizione proposta da López Ibor, infatti: la parola *timopatia* deriva da Θυμός, passione, anima, e Πάθος, patologia; mentre *ansia* deriva da anxia o dal verbo greco ἄρχω soffoco, otturo.

Per poter definire, delineare e descrivere la *timopatia ansiosa*, rispetto agli altri quadri clinici che in un certo senso in questo confluiscono, adopera quella che Stanghellini chiama la *macchina della somiglianza*, ma questo al solo scopo di poter poi mettere tra parentesi ciò che è già conosciuto, fare epochè, e per poter cogliere pienamente l'autonomia e la vitalità dell'ansia, non attraverso un puro atto ingenuo, ma come atto pienamente intenzionale. Inoltre, passa in rassegna tutti i sintomi psichici, neurologici e viscerali che si possono presentare, oltre che porre l'attenzione alle forme di decorso, riconoscendo che nonostante lo sforzo di analizzare la sintomatologia in maniera precisa e puntuale, non si raggiunge nessuna idea abbastanza plastica del quadro clinico.

Nel circolo timopatico troviamo le psicosi maniaco-depressive, la timopatia ansiosa, le diencefalosi e la fatica vitale. Per poterlo descrivere usa quella che Stanghellini definisce la *macchina delle differenze*, il suo obiettivo finale però non è quello di domesticare il disordine ma di lasciarci attraversare da questo flusso vitale, in un certo senso informe, che invade e pervade tutte queste categorie nosografiche.

Discorso a parte riguarda la terapeutica che emerge dal testo; sappiamo benissimo che negli anni cinquanta, non erano ancora presenti i farmaci che abbiamo oggi, e sappiamo anche l'uso che si faceva dell'elettroshock, a cui l'autore pone molta attenzione nei risultati, positivi, prodotti nelle patologie della vitalità. Appare molto chiaro, ed in un certo senso anche molto attuale, tutto il discorso sulle psicoterapie, di cui ne esprime in maniera sintetica ma incisiva tutte le criticità e tutte le potenzialità. Auspica, senz'altro, in maniera nemmeno troppo velata, il tentativo di indi-

viduare un punto di convergenza delle psicoterapie al tempo presenti, e forse anche oggi sarebbe necessario, ponendo, in un certo senso, l'attenzione al modo in cui va fatta la psicoterapia più che alle teorie che le sostengono. Una modalità d'azione terapeutica che abbia sempre più consapevolezza della soggettività e dell'unicità del paziente, associata alla tipologia del quadro clinico presentato; ed è per questo che non disdegna una psicoterapia, nelle emergenze timopatiche, anche breve e per il tempo in cui la fase è presente. Infine, possiamo concludere che la terapeutica nel trattamento delle patologie della vitalità, per l'autore, non può che essere una psico-somato-terapia.

PROLOGO

Chi scrive un libro sull'angoscia risponde, apparentemente, ad una tentazione della moda. Quante volte non emerge questa parola dalla bocca o dalla penna di tutti quelli che si occupano dell'uomo moderno?¹ Nella coscienza del lettore medio giunge a condensarsi e a prendere corpo l'idea che "angoscia" e "uomo moderno" siano termini correlativi, giacché non consustanziali. L'uomo non ha avuto l'angoscia in altre epoche? Per lo meno, si dirà, no si è scritto tanto su questa. Ed è anche possibile che l'uomo viveva meno angosciato; ma pieno di timore, anzi meno minato dall'angoscia. Il timore può essere una forma di liberazione dall'angoscia: il timore di Dio lo è, positivamente.

L'uomo contava, in altri tempi, su un sistema palliativo dell'angoscia, costituito dalla sua idea di mondo e del suo proprio destino. La società si trasformò, quel mondo di idee periclità e, contro quello che si supponeva, non fu un declino, ma un cataclisma. Ora si vede che fu un cataclisma. Troppe volte si è ripercorso il cammino storico-culturale che inizia dal Rinascimento ed è opportuno farlo una volta ancora. Già erano decenni che il pericolo si prevedeva. Come è naturale, lo videro prima certi tipi di uomini intuitivi. La loro superiorità non radicava esclusivamente nella finezza della mente, ma nella loro sensibilità. Un danese, Søren Kierkegaard, scrisse nel 1844 un libro sul "Concetto dell'angoscia". Toccava un tema eterno che assumeva nelle sue mani, nuova linfa: "ogni individuo di una nuova generazione ha, come ogni giorno, una carica particolare". Di fronte alla dialettica hegeliana della tesi, antitesi e sintesi, proclamava la dialettica del salto, della decisione. In San Bernardo, in Pascal, si possono ritrovare sentori della stessa esperienza angosciata, ma con l'avanzare del tempo, con la distruzione del "sistema di sicurezza" che per l'uomo costituisce la sua immagine definita e centrata del mondo, la necessità si fece più perentoria.

Giunto dopo la filosofia esistenziale – ed esistenzialista –, soprattutto dell'analitica esistenziale di Heidegger. Risulta quasi incomprensibile che un libro così astruso sia stato tante volte letto, tante volte citato. La nuova gente è meno banale di quello che sembra. Gli autori più letti durante la passata guerra dai combattenti francesi sono stati Valéry e Claudel². Il poeta tedesco che il maggior numero di spiriti ha acceso tra le fiamme della poesia eterna è stato ultimamente Rilke, il poeta della "morte propria".

Parlare, dunque, dell'angoscia non è parlare di un tema alla moda, ma di un'esperienza presente. Ma per un medico il compito è diverso. Io non mi occupo qui dell'angoscia esistenziale dell'uomo moderno, ma dell'angoscia dell'uomo malato. Lo stesso che si

1 L'"angoisse" est le mot favori de nos jeunes auteurs, dice A. Maurois (*Les Nouvelles Littéraires*, 29 dic. 1949).

2 "Quello che porta verso Heidegger i cuori dei giovani è l'energia e la decisione per dominare risolutamente questa situazione di fallimento e rovina che gli comunica. Questo attrae l'anima aperta degli uomini, forzati a vivere in queste epoche caotiche che obbligano alla disperazione e sperimentandola sempre, senza interruzione, falliscono avviliti". (Brunner, citato da Delp nella traduzione spagnola.)

farebbe con un libro sul dolore, non sarebbe per parlare del “dolore cosmico” di Byron e dei romantici, ma del dolore dei pazienti. E, disgraziatamente, non mi occupo tanto dei valori positivi dell’angoscia – che li ha anche – ma di quelli negativi.

L’angoscia è la grande fenditura dell’essere umano; ma lui può confrontarsi con questa, deglutirla, vincerla. Gli psicoanalisti parlerebbero di sublimarla. L’angoscia del paziente ha per il medico un’altra esigenza: deve essere curata. Non è che l’angoscia non possa essere, per il paziente, primavera d’azione, come lo è, a volte, la patologia; meglio dire, come può esserlo. Alcuni soccombono, si consegnano a questa. Altri la convertono in un’autentica fonte di valori morali. In qualsiasi caso l’angosciato, per il fatto di esserlo, dà profondità alla sua esistenza.

La domanda del profano, ed anche del medico non specialista, ritorna ancora ed ancora nel discorso. Ci sono più malattie mentali come conseguenza della vita moderna? L’uomo ha moltiplicato i suoi poteri sismici. La catastrofe di Pompei, inondata dalla lava del Vesuvio, è diventata il simbolo dell’antichità classica, non è comparabile a quella di Amburgo o a quella di Hiroshima. Tuttavia, l’esperienza delle ultime guerre ha dimostrato che le psicosi – patologie mentali propriamente dette – non sono aumentate. Dove portano i geni tanto imperiosi come quelli della schizofrenia, a poco possono influire gli agenti esterni. Ma non succede così nell’ambito delle nevrosi, che si diffondono come epidemie durante la guerra. Nel settore dell’angoscia ci troviamo alla frontiera tra entrambi gli stati. È possibile che la vita moderna crei uno stato di angoscia diffusa e che, pertanto, la cristallizzazione morbosa sia più frequente; di questo ci occuperemo opportunamente in questo libro. Ma, in tutti i modi, risulta evidente che l’uomo angosciato va più dal medico rispetto a prima; di conseguenza, “se il paziente è quello che va dal medico”, come dice “unamunescamente” von Weizsäcker, è naturale che esistono più pazienti d’angoscia che prima. A questo punto, gli internisti con orecchio fino possono avere una propria opinione in base alle tante conoscenze dei fatti, come gli psichiatri. Ed anche i chirurghi.

L’angoscia ha influito nella Storia attraverso le sue forme individuali. Un padre educa i suoi figli con straordinaria severità. Non li lascia uscire per strada per paura che li investa un’auto. Non li lascia mangiare più di tanto per paura delle malattie. E così li circonda, sempre di più, in uno stretto circolo di ferro. Qual è la chiave di questa condotta? L’angoscia del padre. Questa è una condotta popolare, cento volte ripetuta. I figli, a loro volta, si angosceranno, si deformeranno, creeranno conflitti nevrotici che li faranno cadere nella sfera dell’azione psichiatrica. Fin qui, sebbene si sia debordato dal circolo puramente individuale, non sono stati superati i limiti del familiare. Ma se l’angosciato cronico, invece di essere un padre è, ad esempio, Calvino o qualsiasi altro personaggio storico? Se cito Calvino è perché O. Pfister ha dimostrato, in un libro penetrante, l’influenza della sua struttura di personalità in tutto il problema della Riforma. L’angoscia di Calvino interviene nelle idee intorno al demonio ed al peccato e determina

la preponderanza, nella dottrina, del dogma dell'amore. L'aridità del calvinismo, la durezza, la crudeltà stessa – della quale fu vittima, come è saputo, Miguel Servet – aveva, nell'angoscia del personaggio, la nascosta e poderosa radice.

Come questo possiamo citare altri mille esempi storici. Nella nostra epoca il processo d'azione dell'angoscia si è fatto più patente, allo stesso tempo più diffuso. Ogni volta la sua capsula si fa più trasparente e permeabile e questa evoluzione si deve, in buona parte, all'evoluzione della psicologia contemporanea. Grazie a suoi progressi ci avviciniamo sempre di più – e soprattutto più facilmente – al nucleo della personalità umana. Questo accerchiamento non suppone, tuttavia, una possessione; ma, realmente, l'avanzare nella conoscenza, qui come in altri processi, non è inutile.

Di questo libro scrissi una prima versione, già qualche anno fa³, durante un periodo di vacanze forzose che non furono per me inutili. Appoggiandomi al contenuto di quella prima versione, diedi nella primavera dello stesso anno una serie di conferenze nel mio servizio dell'Ospedale Generale. La "Revista Clínica Española", antenna sempre sensibile a tutte le novità nel campo della Medicina, si riferiva ai miei concetti in uno dei suoi editoriali. La pubblicazione di questi lavori fu ritirata perché la presentai come tesi di aggregazione ad argomentazioni in opposizione e dovevano per questo mantenersi inedite. Ma non c'è da attribuire solo alle circostanze esterne il ritiro della pubblicazione di questo libro, ma anche ad una decisione interna: volevo confermare con una più lunga esperienza la realtà dei miei punti di vista. Con i miei collaboratori della clinica ospedaliera, ancora ed ancora, ho posto in discussione quotidianamente i casi. La valorizzazione di un sintomo e l'inclusione o l'esclusione dal quadro è stata pensata, analizzata e comprovata una e mille volte da me e dai miei collaboratori. Soprattutto ho cercato di fuggire dal pericolo che corrono tutti quelli che si appassionano ad un'idea, propria ed estranea: gonfiarla smisuratamente come un pallone e farla scoppiare. L'esperienza successiva mi ha dimostrato che all'inizio la mia cautela è stata eccessiva. Amputai al quadro frammenti del suo perimetro che, forzatamente, ho dovuto includere dopo.

Questo lavoro ha, fondamentalmente, una sfumatura clinica. La Medicina dovrebbe mantenere, instancabilmente, il primato della clinica su quelle delle scienze ausiliari. La patologia è un'astrazione, la realtà è l'uomo malato; di lui si occupa la clinica. Ri-assumendo, cerco di verificare quello che accade al paziente nel sottoporlo a certe sperimentazioni in un secondo momento, giacché l'atto terapeutico non è altro che una forma di sperimentazione. Di quanto la terapeutica sia servita per consolidare le idee sulle timopatie, si darà ragione nel capitolo corrispondente. La terapeutica arriva a dare, così utilizzata, la sua qualità di "experimentum magnum".

3 Anno 1943.

Questo libro contribuisce, finalmente, a raggiungere un nuovo approccio ai problemi della medicina psicosomatica. Con fatica è necessario insistere sul vigore che ha raggiunto questa direzione del pensiero medico negli ultimi anni. I nordamericani si sono occupati dello sviluppo tanto impetuosamente, che quasi non ci sono riviste cliniche che pubblicano un numero senza la corrispondente quota psicosomatica. Certo che si paga con questo un contributo ad una moda, che con quella degli antibiotici, ha acquisito una signora diffusione nella medicina moderna. L'una e l'altra non sono prive di pericoli in quanto mode. Il pericolo della medicina psicosomatica può provenire dal fatto che l'indiscrezione del lato psichico faccia trascurare quello somatico, come succede a molti psicoanalisti. Questo pericolo esiste solo quando si pone male il problema nucleare della medicina psicosomatica, giacché con questa non si tratta di studiare le patologie dal punto di vista psichico, bensì globale, in quanto questo è quello che vuol dire psicosomatica; ma questa totalità non va vista da fuori, ma da dentro, nella sua struttura interiore. La medicina psicosomatica non è tanto un ramo ma un orientamento della Medicina. Non sostituisce, né tantomeno soppianta, la medicina somatica, ma la completa e la dota di visioni profonde. L'ardore americano – che ha già la sua società (“American Society for Research in Psychosomatic Problems”) e la sua rivista (“Psychosomatic Medicine”) – presuppone, a mio modo di vedere, un risultato finale per quanto riguarda la mente medica: quella che il medico generale, o di paese, o lo specialista più sommerso nell'organicità dei disturbi che tratta, sta continuamente sentendo parlare di problemi psicosomatici. È impossibile che la sua mente resti impermeabile ad un'alluvione così feconda. La pioggia psicosomatica bagna i pazienti stessi, a cui contribuisce una certa letteratura popolare americana, fatta con gran cura e pilotata. Risulta quasi incalcolabile l'influenza sulla mente del paziente di una propaganda tanto suggestiva ed abbagliante. È singolare notare che questo si verifica in una delle epoche in cui la Medicina ha dato il massimo di sé, per quanto riguarda i progressi materiali.

Se si sfoglia, anche superficialmente, la bibliografia precedentemente accennata, spicca all'attenzione le volte in cui si presenta in ogni pagina la parola “anxiety”, ansia. Ed è l'ansia il tema centrale della medicina psicosomatica, come l'infiammazione è il tema centrale della medicina infettivologica. Se la medicina psicosomatica vuole evitare il pericolo di scontrarsi sull'ostacolo della scissione cartesiana, “la psiche”, analogamente a come la medicina somatica inciampa nell'altra, “il soma”, è necessario che prenda come meta dello studio quelle manifestazioni morbose che, in un modo specifico, emergano da quello che è unitario nella struttura dell'essere umano, sano o malato: “la vitalità”. L'uomo dorme e, anche allora, sogna che vive. La vitalità grida il suo dolore in forme diverse, e la più caratteristica, esuberante e frequente è l'angoscia, che sembra emergere da quella

Prologo

parte che Sant'Agostino chiamava le viscere dell'anima, "viscera quaedam animae". Per questo considero questo libro come un saggio di medicina generale psicosomatica. La medicina generale sembra essere caduta nel dimenticatoio. La medicina interna, nel suo polimorfo e protesico accrescimento, sembra averla assorbita; però quanto più si sviluppa e quante più tecniche si scoprono e più quadri clinici si analizzano, più si sente la necessità di verificare le leggi generali dei processi organici. La medicina generale forma il ponte di transizione tra l'antropologia medica e la clinica particolare, anche se sia quell'interna. Il demonio della pluralità della clinica si ritrova costretto allo spirito dell'unità che presiede all'antropologia medica e, secondariamente, alla medicina generale.

Questo libro si trova situato alle frontiere della psicologia, della psichiatria, della neurologia e della medicina interna. Lo so che proprio la situazione di frontiera allarga i fianchi critici; ma, d'altra parte, come tutte le terre di frontiera, tengono più aperti i sentieri al nuovo, viene da dove è arrivata, e pone minori passioni nel difendere quella propria, vale quello che vale. Perché sai che tutto nella vita, la scienza stessa, vive in quanto è pura provvisorietà.

Termino questo prologo con le parole di Virgilius Hanfniensis, pseudonimo con il quale Kierkegaard firmò il libro sull'angoscia: "Non ho niente da aggiungere, al di fuori di dare un cordiale abbraccio a tutti quelli che condividono il mio modo di vedere, come anche a tutti quelli che non lo condividono; a tutti quelli che leggono il libro, come anche a tutti quelli che con il prologo si accontentano".

A. Guerra Miralles e Tin Lang hanno realizzato un approfondito studio sullo psico-gramma del Rorschach nei timopatici. In questo riassumono l'ampia esperienza al fronte del Dipartimento di Psicologia della mia Clinica Ospedaliera, dove lavora Guera come psichiatra e Lang come psicologa. A questi, così come agli altri collaboratori della mia clinica, che con tanto entusiasmo hanno seguito e discusso i miei punti di vista, li ringrazio sinceramente dell'aiuto e delle critiche.

Il libro sarebbe uscito pieno di imperfezioni senza l'aiuto guidato, intelligente e minuzioso di Maria Jiménez Salas, che tanta diligenza ha posto nelle correzioni del testo e nell'analisi e nell'elaborazione dell'indice. La sua esperienza come autrice di eccellenti libri mi è stata molto utile.

Paz Montalvo costituisce un raro esempio di passione editoriale che si fa contagiosa. Di quanto efficace e creativa sia la sua passione serve da esempio questo stesso libro.

Madrid, primavera del 1950.

