

DAL DOMINIO DELLA PAURA AL POTERE DELL'ANGOSCIA NEI PROCESSI INTEGRATIVI. ANGOSCIA COME "SENTIMENTO PRESENTE"

Anna Maria Loiacono

Nel trattamento delle cosiddette patologie emergenti, caratterizzate dalle conseguenze di ferite narcisistiche che provocano difficoltà o impossibilità di simbolizzazione e rappresentazione degli stati emotivi, spesso l'angoscia si manifesta senza affetto, attraverso il distacco, talvolta anche totale, dalle emozioni. Le persone sembrano incapaci di essere in contatto con la propria dimensione esistenziale, impegnati ostinatamente come sono ad evitare di provare l'inevitabile angoscia che molte situazioni, interne ed esterne, comportano lungo il complesso cammino della vita.

In tali casi, l'angoscia dissociata sembra "assente", appunto, ma viene provata tutta la gamma di emozioni allo stato grezzo che ad essa sono collegate, come paura, terrore, panico, distacco, apatia, anedonia, etc.

Partendo dunque dalla distinzione tra angoscia e paura, questo contributo si propone di esplorare come l'irrompere della angoscia come affetto che si può finalmente percepire senza che ci sia bisogno di un oggetto cui si riferisca, come accade nella paura, rappresenti una angoscia integrativa. In altri termini, se la paura permette di evitare il dolore (Deutsch H., 1942; Zilboorg G., 1933; Sullivan H.S., 1948, 1953, 1956; Stern D.B., 2002, 2003, 2004, 2010; Bromberg P., 2008, 2011), l'entrata in contatto col dolore presuppone la percezione dell'angoscia, segnalando l'inizio di un processo di integrazione degli affetti dissociati.

Alcune vignette cliniche chiarificheranno questi assunti.

Il contesto teorico nel quale mi muoverò riguardo al concetto di dissociazione attiene a quello della psicoanalisi interpersonale, secondo cui la mente funziona in modo dissociativo, lungo un continuum che va dalla salute mentale alla patologia. La dissociazione, in questo ambito teoretico, non rappresenta soltanto la difesa rispetto a un trauma, come per es. in Janet (1889), ma è la più importante capacità della mente umana di proteggere la propria stabilità (H.S. Sullivan, 1948,

1953; D.B. Stern, 2002 2003; P. Bromberg, 1998, 2001). La dissociazione nella teoria interpersonale è motivata dal bisogno della persona di non sapere, per evitare di entrare in contatto con il dolore e l'angoscia, dunque non rappresenta soltanto una conseguenza della sopraffazione psichica a causa di un trauma.

Paura e angoscia

Generalmente, è facile che si incorra in una certa confusione tra angoscia e paura.

Paura è un *termine psicologico*, di un fenomeno vissuto con manifestazioni somatiche, attraverso il corpo. Essa viene considerata una “emozione primaria di difesa, provocata da una situazione di pericolo che può essere reale, anticipata dalla previsione, evocata dal ricordo o prodotta dalla fantasia. La paura è spesso accompagnata da una reazione organica, di cui è responsabile il sistema nervoso autonomo, ... quando invece è protratta e riferita ad oggetti, animali o situazioni che non possono essere considerati paurosi, assume i tratti patologici della fobia che la psicoanalisi interpreta come una difesa dall'angoscia...” (U. Galimberti, 2012, pp.659).

Angoscia è invece un termine specifico, *di ordine psicoanalitico*, che riguarda sempre una percezione soggettiva, a sua volta diverso dal termine ansia.

L'angoscia, sia normale che nevrotica, una volta giunta a un livello di piena espressione, *risulta sempre intimamente connessa con, o accompagnata da, un tono affettivo di cui il soggetto è consapevole*, che si collega in qualche modo con una sensazione di *timore* – da qui la facilità di confusione – e che, chiaramente, rappresenta o, per meglio dire, è l'affetto dell'angoscia.

Da un punto di vista teorico, sappiamo che sia la filosofia che la psicoanalisi, la psichiatria e la psicologia, distinguono vari tipi di angoscia. Sembra essere questa la spiegazione per cui in italiano e in francese ci sono due diversi termini per specificare le sottili varianti di significato che possono esserci riguardo all'angoscia. I termini ‘angoscia’, in italiano, e ‘angoisse’, in francese, per alcuni si congiungono e per altri si differenziano dai termini ‘ansia’ e ‘anxiété’, laddove invece in tedesco troviamo il solo termine ‘angst’ ed in inglese il solo termine ‘anxiety’¹. Proverò ora ad approfondire i confini epistemologici del concetto di angoscia.

¹ Nonostante il termine ‘ansia’ sia generalmente usato in inglese per indicare entrambi i concetti, userò i termini

In filosofia, 'angoscia' è una parola che è stata introdotta da S. Kierkegaard (1844) per designare la condizione dell'uomo nel mondo. A differenza della paura, che è sempre paura di qualcosa che è determinato, l'angoscia non si riferisce a nulla di preciso, ma designa lo stato emotivo dell'esistenza umana. Il tema è stato in seguito ripreso da M. Heidegger (1929), per il quale l'angoscia rivela il niente, e poi da Karl Jaspers (1933), che distinse tra l'angoscia dell'esserci (*Dasein*) e quella dell'esistenza (*Existenz*).

In psicoanalisi, il concetto di angoscia è fondamentale, e Freud per primo ne ha fornito una spiegazione psicogena in contrapposizione alle teorie somatogene della precedente psichiatria che attribuiva l'angoscia al cattivo funzionamento del sistema neurovegetativo. Due date sono significative per l'elaborazione di questo concetto: il 1894, in cui Freud pone la distinzione tra nevrosi di angoscia e nevrosi di ansia, e il 1925 in cui distingue l'angoscia di fronte a una situazione reale, l'angoscia automatica e il segnale d'angoscia (U. Galimberti, 2012, pp.59). In seguito Freud darà poi vita ai concetti di isteria di angoscia (Freud, 1888, 1892-1895, 1908), e angoscia di castrazione (1908). Sviluppi successivi della psicoanalisi hanno evidenziato altre forme di angoscia, come l'angoscia di separazione (O. Rank, 1924), l'angoscia primaria (M. Balint, 1952), l'angoscia di base (K. Horney, 1937), l'angoscia depressiva (M. Klein, 1935, 1948) e l'angoscia persecutoria (M. Klein, 1948).

In psichiatria, si distingue la nevrosi d'ansia, l'ansia d'attesa, l'ansia da situazione, l'ansia fluttuante.

Si deve alla psicologia italiana, che dispone nella sua lingua di entrambe le parole 'ansia' e 'angoscia', l'aver accentuato la differenza tra le due parole non solo in termini quantitativi, per cui l'angoscia sarebbe un'accentuazione dell'ansia, ma in termini qualitativi (U. Galimberti, 2012). In sostanza, la psicologia guarda all'ansia in modo differente rispetto al metodo: mentre la psicoanalisi la considera in una prospettiva esplicativa, la psicologia la osserva invece da un punto di vista descrittivo e la definisce in termini operativi, osservando e misurando le reazioni d'ansia, l'ampiezza e l'intensità. Alla luce di queste osservazioni, un noto psicoanalista italiano, Leonardo Ancona, scrisse che "l'angoscia si appropria a un processo psichico sostanzialmente diverso da quello dell'ansia. Infatti l'angoscia corrisponde alla situazione di trauma, cioè ad un afflusso di eccitazioni non

controllabili perché troppo grandi nell'unità di tempo [...]. L'ansia corrisponde invece a un processo di adattamento di fronte alla minaccia di un pericolo realistico; questo processo è una funzione dell'Io che se ne serve come di un segnale, dopo averla prodotta, per evitare di venire sommerso dall'afflusso traumatico delle eccitazioni. In questo caso l'Io del soggetto è attivo, in quanto produce l'affetto e se ne serve per trovare adeguati dispositivi di difesa, la carica pulsionale viene strutturalizzata e riprodotta senza base economica, cioè senza attuazione di scarica. La distinzione tra i due processi va mantenuta, interpretando la loro unificazione come l'aspetto di una cultura che presenta, di fronte a questa tematica, minore sensibilità per un probabile atteggiamento difensivo al riguardo. I processi cui ci si riferisce sono in realtà distinti dal punto di vista economico, dinamico, strutturale, nonché da quello genetico. Trascurare questa distinzione produce quindi contraddittorietà e confusione" (L. Ancona, 1972, pp.918).

In linea con le considerazioni di Ancona, che restano fondamentali a tutt'oggi nella disamina dell'uso congiunto o meno dei due termini, in questo lavoro ho scelto di utilizzare il termine '*angst*', anziché '*anxiety*', perché l'angoscia di tipo integrativo cui mi riferisco attiene ad una situazione traumatica. Infatti, si tratta dell'angoscia che accompagna il processo di integrazione di personificazioni non-me.

Dopo aver preso in considerazione il punto di vista teorico, e chiarito in quale cornice di significato ho scelto il termine '*angst*', a questo punto bisogna però dire che da un punto di vista clinico, ovvero per ciò che riguarda la percezione soggettiva del tono affettivo, è però praticamente impossibile distinguere l'angoscia dalla paura. Quando un paziente si trova sotto l'influsso dell'angoscia, afferma spesso di avere paura, o di sentirsi terrorizzato, anche se può capitare che non sia in grado di dire di che cos'è che ha paura o perché è terrorizzato, solo egli cerca di descrivere i propri sentimenti piuttosto che definire la relazione che questi hanno con qualcosa in particolare o con qualche avvenimento specifico.

Riprendendo Freud (1920), l'angoscia è una condizione spiacevole di attesa indefinita, non correlata ad alcun oggetto specifico; solo nel momento in cui può essere collegata con qualcosa, cioè nel momento in cui "acquista" un oggetto, essa si trasforma in *paura*. Sembrerebbe quindi questa la possibile distinzione tra angoscia e paura: la prima non ha oggetto, la seconda sì.

Angoscia senza affetto

Nel suo saggio *Angoscia senza affetto* – pubblicato in inglese col termine ‘*anxiety*’ – Gregory Zilboorg (1933) tentò di comprendere il modo in cui l'angoscia si manifesta senza affetto in molti pazienti nevrotici e in molte persone cosiddette normali.

Nel suo lavoro, Zilboorg osservò che l'affetto a volte risulta essere così elusivo che, per evitare che venga allo scoperto, il paziente può arrivare a simularne la *reale espressione motoria*, nella speranza che, come peraltro avviene spesso, essa venga scambiata per il sentimento genuino – viene qui alla mente il concetto di “personalità ‘come se’” di H. Deutsch (1942). L'elusione dell'affetto angosciato è una modalità particolare di scissione dell'affetto il cui scopo è quello di evitare il dolore psichico. (L'autore in questo caso parla correttamente di scissione e non di dissociazione, muovendosi in un contesto teorico differente da quello interpersonale).

Seguendo Zilboorg, se tentiamo di spiegarci il fenomeno della scomparsa dell'affetto da un punto di vista psicoanalitico, troviamo che esiste un punto – tra la proiezione della totalità della vita interiore sul mondo esterno e tale nuovo mondo esterno (interno) – in cui il soggetto percepisce questo mondo interno come se fosse esterno, e questo è il momento in cui, grazie alla libertà che il soggetto ha nei confronti dell'Io, egli risponde alle richieste di questo mondo, che adesso gli giungono dall'esterno, con un aumento di tensione.

L'affetto, in realtà, non scompare, ma viene semplicemente ritirato dall'Io, arrivando in tal modo alla scomparsa della sensazione di pericolo.

In altri termini, poiché il tono affettivo dell'angoscia è fondamentalmente la paura, che agisce come una misura difensiva dell'Io, è questo stesso timore a divenire biologicamente superfluo nel momento in cui l'Io è assente.

Ricapitolando, una reazione angosciata è formata, grossolanamente parlando, da tre componenti: *contenuto ideativo*, *tono affettivo (affetto)* e *reazione motoria*. Il contenuto ideativo può apparire anche da solo, quando il tono affettivo e l'espressione motoria vengono rimossi, come si può osservare in certe forme di ossessività. Può anche avvenire che in posizione di primo piano ci sia il tono affettivo, mentre il contenuto ideativo resta rimosso, ma in queste occasioni sarà allora presente anche l'accompagnamento motorio, come per esempio un qualunque tipo di crisi ansiosa nevrotica; nel corso di una tale crisi, il soggetto è

consapevole della propria angoscia (affetto) e lo dimostra col suo pallore, col suo tremore, con l'accelerazione del battito cardiaco e della frequenza respiratoria ecc., cioè con la componente motoria.

Da questa angolazione, la paura sarebbe quindi il segnale di un “sentimento assente”, esprimerebbe cioè una “angoscia senza affetto”, ovvero l'angoscia dissociata che si manifesta attraverso le sensazioni grezze della paura verso qualcosa. L'irrompere della angoscia come affetto che si percepisce senza che ci sia bisogno di un oggetto cui si riferisca, diventa quindi da questo punto di osservazione una angoscia integrativa, che propongo di chiamare “*sentimento presente*”, in contrapposizione con l'altro, il sentimento assente di Zilboorg, che attiene al dominio della paura. In sostanza: la paura permette di evitare il dolore. L'entrata in contatto col dolore presuppone la percezione dell'angoscia, segnalando l'integrazione del materiale dissociato.

Il materiale clinico che segue tenterà di mostrare come la comparsa della percezione del sentimento angoscioso possa essere considerata un momento di svolta nel processo terapeutico, l'inizio di una sensazione di vitalità, una sorta di risveglio.

Myriam, Irene and Julia

Myriam porta un sogno:

“Sono in analisi qui nel suo studio con lei, ma lei stava per andare con il suo compagno – ‘o marito, non so’ - a farsi un aperitivo, per cui aveva assemblato tutti i pazienti insieme in modo da essere libera prima. Io provavo allora una angoscia indicibile, stavo malissimo. Lei si accorge che io sto male, si avvicina e mi dice “la settimana prossima non ci sarò, però le prometto che recupereremo quella seduta” (da notare che io in genere non parlo mai di ‘recupero’ di una seduta, una seduta persa per me è persa, ben venga se se ne può fare un'altra, ma ‘quella’ seduta non può essere recuperata. Inoltre, la seduta seguente sarebbe stata lei a mancare per l'ennesimo viaggio che stava per fare. Myriam si assenta spesso.). “Subito io mi sento calmata e rasserenata, il dolore lancinante non c'è più perché lei si era accorta che io stavo male”.

Questo sogno, fatto dopo un anno e mezzo di terapia, mette bene in evidenza, oltre all'ingresso di tematiche edipiche, un tema che ha caratterizzato l'analisi con Myriam: il bisogno di evitare l'angoscia. Myriam può provare paura, ma ricorre a tutti gli espedienti possibili per non 'sentire' l'angoscia che prova.

Accenno ora ad un altro esempio tratto dalla mia pratica clinica, per evidenziare la vasta gamma di situazioni che accadono tipicamente con pazienti che utilizzano modalità dissociative.

Una paziente, *Irene*, di 35 anni, è in analisi con me per disturbi dissociativi, l'ultimo dei quali una intera settimana di sentimenti continuativi di depersonalizzazione, attraverso i quali le sembrava di vivere come distaccata, in un altro luogo da quello in cui era, cosa che la risolse a entrare in terapia. Dopo circa due anni mi porta questo sogno:

“Sono qui da lei, in seduta, ma entrano con me tante persone affettivamente significative per me, la mia famiglia, gli amici, e stanno qui e chiacchierano. La prima volta non dico niente anche se avevo delle cose da dirle e un po' mi secca, la seconda mi accorgo di lasciarmi andare sempre di più sulla poltrona, e quasi sono distesa, mentre gli altri parlano. Poi d'un tratto mi riprendo e arrabbiatissima con lei le dico di mandarli via, che rifaremo queste due sedute senza conteggiarle perché me le voglio riprendere.”

Le associazioni riguardano la seduta precedente, durante la quale aveva parlato a lungo della sorella e di come quest'ultima prenda avidamente tutto per se stessa.

Irene mi racconta di aver provato la sensazione di avere sprecato tutto il tempo della seduta e si domandava perché io glielo avessi permesso. La metto allora davanti al fatto che evidentemente aveva invece portato in seduta una sua configurazione interna, che rivelava un pattern inconscio, che occupava gran parte del suo mondo interno.

Dopo le mie parole, è come se si fosse scossa, e, scoppiando a piangere, mi dice che infatti è tornata a sentire il dolore e il senso di solitudine, proprio dopo la seduta precedente. Prima si sentiva distaccata da ciò che le accadeva, al massimo la sera prima di addormentarsi le arrivava qualche emozione, forse qualche lacrima, ma poi dormiva e si sentiva nuovamente distaccata al mattino. Ora ha bisogno di piangere, prova dolore.

Pazienti come Myriam ed Irene ben rappresentano a mio avviso la clinica contemporanea, dove incontriamo persone che ci portano il distacco, talvolta anche totale, dalle loro emozioni, dalle loro paure. Essi sembrano incapaci di essere in contatto con la propria dimensione esistenziale, impegnati ostinatamente come sono ad evitare di provare dolore, evitare di soffrire – “Non c’è peggior sofferenza che cercare di evitare la sofferenza”, nelle parole di Ronald Donald Laing.

Assistiamo in sostanza alla dissociazione del sentimento angoscioso, che quindi appare e si mostra agli occhi del clinico attraverso il distacco, oppure attraverso il mero agire, in ogni caso il sentimento che genera sia il distacco che la sua faccia opposta, come per es. la reazione ipomaniacale, risulta essere “assente”, non viene avvertito. Come accennato all’inizio di questo lavoro, l’angoscia così può essere evitata, sembra “assente”, appunto, ma viene provata tutta la gamma di emozioni allo stato grezzo che ad essa sono collegate, come paura, terrore, panico, distacco, apatia, anedonia, etc.

Una volta integrato il materiale dissociato, il lavoro consiste poi nel promuovere una elaborazione attraverso la quale il paziente può infine trasformare le personificazioni integrate, ormai non più dissociate. In genere, ciò accade gradualmente attraverso gli *enactments*, la loro elaborazione ed il loro superamento (I. Hirsch, 2008; D.B. Stern, 2003; S. Buechler, 2017). Tutto questo lavoro consente la percezione della ferita (o delle ferite) come qualcosa di collocato nel passato e non più nel presente. Così diventa infine possibile recuperare le parti buone dell’oggetto primario e riconoscere la propria identificazione con l’oggetto primario stesso.

Riporto ora il sogno di un’altra paziente, *Julia*, al suo settimo anno di analisi:

“Due donne, una più grande, l’altra un po’ più giovane, sui 45 anni, e una bambina nella stanza dove la più anziana era stata segregata e picchiata. La donna più grande piangeva aggirandosi e ricordando, mentre la più giovane le dava ragione e le diceva di sfogarsi, che la comprendeva. La bimba, sui 7/9anni, gironzolava, osservando e capendo, ma era libera”.

Ho considerato questo sogno come un sogno di ristrutturazione del Sé, dove la graduale integrazione delle personificazioni persecutorie e terrifiche dissociate è evidente. L'atmosfera di violenza viene associata dalla paziente a quella della sua casa natale. L'anziana è dunque la donna di allora, disperata. La quarantacinquenne corrisponde all'età in cui la paziente si è data ragione, si è compresa e ascoltata, e comprende la anziana, in cui è presente anche la identificazione con la propria madre, che infatti la paziente da un po' di tempo sente più vicina. La bimba ha l'età del non ricordo. Ora è accolta, vede e capisce tutto, non è più senza memoria. La bambina non deve più rimuovere, è libera, fuori dal conflitto.

Questo sogno sintetizza un movimento di integrazione in accordo con il concetto secondo cui l'attaccamento favorisce l'integrazione ed è una forma di comprensione (L. Friedman, 1988).

Potremmo anche dire invece, utilizzando un linguaggio più schiettamente interpersonale, che in questo sogno si vede realizzata l'accettazione del Sé, attraverso la messa in scena di personificazioni di realtà diverse del Sé, senza perderne alcuna, facendo esprimere tutte le sottonarrative basilari della personalità della paziente, (D.B. Stern, 2015, 2018), mostrando infine quella capacità di stare tra gli spazi attraverso ponti che mettono creativamente in connessione le isole di concretezza, prima dissociate (P. Bromberg, 1998/2001; 2006).

Andando a concludere, in una società sempre più orientata al "fare" piuttosto che all'"essere", non meraviglia il fatto che i nostri pazienti utilizzino sempre più modalità dissociative, riuscendo a provare solo paura. Questo facilita il proliferare di psicoterapie di tipo protesico, nel senso riabilitativo e psicoeducazionale, aspetti che ben si prestano ad impersonare la figura di "medici della psiche" (a proposito di "personalità 'come se'"), pronti ad intervenire per lenire le ferite nel minor tempo possibile. Il nostro compito come psicoanalisti invece, ora più che mai, dovrebbe offrire la possibilità di rimettere in contatto le persone con la propria dimensione esistenziale.

Se il "piccolo uomo" di W. Reich, ovvero pazienti come Myriam, Irene, Julia e molti altri, potessero entrare in contatto con l'angoscia, e qui la funzione sociale imprescindibile del nostro mestiere, allora entrerebbero in contatto anche con la possibilità di elaborarla, e dal piccolo uomo comincerebbe a nascere una "persona".

Come ha scritto Pier Francesco Galli (1992, 1995): "Se si accetta di mantenere la psicoanalisi come una pratica irriducibile ad altri discorsi, e che

continuamente trasforma se stessa e il suo oggetto, la psicoanalisi non è in crisi, ma può ancora provocare crisi”.

BIBLIOGRAFIA

- ANCONA, L. (1972). L'aspetto dinamico della motivazione, il conflitto psichico e i meccanismi di difesa [The dynamic aspect of motivation, the psychic conflict and the defensive mechanisms]. In *Nuove Questioni di Psicologia* [New issues in psychology] (Vol. I, ch. 21, pp. 887–919). Brescia; La Scuola.
- BALINT, M. (1965). *Primary love and psychoanalytic technique*. New York: Liveright. First printing 1953.
- BROMBERG, P. (1998/2001). *Standing in the spaces. Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- (2011). *The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. New York: Routledge.
- BUECHLER, S. (2017). *Psychoanalytic reflections: training and practice*. New York: International Psychoanalytic Books.
- DEUTSCH, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301–321.
- FREUD, S. (1888). *Hysteria*. SE 1: 39–58.
- (1892–1895). *Studies on hysteria*. SE 2: 1–313.
- (1894). *On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description 'anxiety neurosis'*. SE 3: 87–116.
- (1920). *Beyond the pleasure principle*. SE 18: 1–64.
- (1908). *Analysis of a phobia in a five-year-old boy*. SE 10: 1–149.
- (1925). *Inhibition, symptoms and anxiety*. SE 20: 77–175.
- FRIEDMAN, L. (1988). *The anatomy of psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- GALIMBERTI, U. (2008). *Dizionario di psicologia* [Dictionary of psychology]. Torino: UTET. First printing 1992.

- GALLI, P.F. (1995). *La persona e la tecnica* [The person and the technique]. Milano: Franco Angeli.
- HEIDEGGER, M. (1929). *An introduction to metaphysics*. New Haven, CT: Yale University Press, 1959.
- HIRSCH, I. (1998). The concept of enactment and theoretical convergence. *Psychoanalytic Quarterly*, 67, 78–101.
- (2008). *Coasting in the countertransference*. New York: Analytic Press.
- HORNEY, K. (1937). *The neurotic personality of our time*. New York: W.W. Norton, 1994.
- JANET, P. (1889). *L'automatisme psychologique* [The psychological automatism]. Paris: L'Harmattan, 2005.
- JASPERS, K. (1933). *Philosophy*. Vol. 2. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- KIERKEGAARD, S. (1844). *The concept of anxiety*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1980.
- KLEIN, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of manicdepressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 16, 145–174.
- (1948). On the theory of anxiety and guilt. *International Journal of Psychoanalysis*, 29, 114–123.
- RANK, O. (1924). *The trauma of birth*. New York: Harcourt, Brace, 1929.
- REICH, W. (1948). *Listen, little man!* New York: Farrar, Strauss & Giroux.
- STERN, D.B. (2002). Words and wordlessness in the psychoanalytic situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 221–247.
- (2003). *Unformulated experience*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- (2004). The eye sees itself: Dissociation, enactment, and the achievement of conflict. *Contemporary Psychoanalysis*, 40, 197–237.
- (2009). Partners in thought: A clinical process theory of narrative. *Psychoanalytic Quarterly*, 78, 701–731.
- (2010). *Partners in thought: Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. New York: Routledge.
- (2013). Relational freedom and therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61, 227–255.
- (2015). *Relational freedom. Emergent properties of the interpersonal field*. New York: Routledge.

- SULLIVAN, H.S. (1948). The meaning of anxiety in psychiatry and in life. In *The fusion of psychiatry and social sciences* (pp. 229–254). New York: Norton, 1971.
- (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
- ZILBOORG, G. (1933). Anxiety without affect. *Psychoanalytic Quarterly*, 2, 48–67.

PAROLE CHIAVE: *Paura, Ansia, Angoscia, Dissociazione, Affetti, Pratica clinica contemporanea.*

KEYWORDS: *Fear, Anxiety, Angst, Dissociation, Affect, Contemporary clinical practice.*

AUTORE

Anna Maria Loiacono è Psicoterapeuta e Psicoanalista Relazionale-Interpersonale. Vive e lavora a Firenze. Docente, Analista con funzione di Training e Supervisione nello stesso Istituto “H.S. Sullivan” di Firenze dal 1991; Presidente del Dipartimento di Formazione dell’Istituto H.S. Sullivan di Firenze; Vice President OPIFER (Organizzazione Psicoanalisti Italiani Relazionali, Federazione e Registro); Executive and Delegate Member dell’International Federation of Psychoanalytic Societies (I.F.P.S.); Past President della Società Italiana di Psicoanalisi Interpersonale (S.I.P.I.); Responsabile Scientifico della stessa (2010-2020); Chair del XX IFPS Forum tenutosi a Firenze su “I nuovi volti della paura. Le trasformazioni in atto nella società e nella pratica clinica”, Firenze, Ottobre 2018; Editorial Reader dell’International Forum of Psychoanalysis. Tra le ultime pubblicazioni: *La teoria interpersonale di H.S.Sullivan e la Clinica della Dissociazione* (“The Interpersonal Theory of H.S.Sullivan and the Clinic of Dissociation”), Genova 2016.

SINTESI

Nel trattamento delle cosiddette patologie emergenti, caratterizzate dalle conseguenze di ferite narcisistiche che provocano difficoltà o impossibilità di

simbolizzazione e rappresentazione degli stati emotivi, spesso l'angoscia si manifesta senza affetto, attraverso il distacco, talvolta anche totale, dalle emozioni. Le persone sembrano incapaci di essere in contatto con la propria dimensione esistenziale, impegnati ostinatamente come sono ad evitare di provare l'inevitabile angoscia che molte situazioni, interne ed esterne, comportano lungo il complesso cammino della vita. In tali casi, l'angoscia dissociata sembra "assente", appunto, ma viene provata tutta la gamma di emozioni allo stato grezzo che ad essa sono collegate, come paura, terrore, panico, distacco, apatia, anedonia, etc...

Partendo dunque dalla distinzione tra angoscia e paura, questo contributo si propone di esplorare come l'irrompere della angoscia come affetto che si può finalmente percepire senza che ci sia bisogno di un oggetto cui si riferisca, come accade nella paura, rappresenti una angoscia integrativa. In altri termini, se la paura permette di evitare il dolore, l'entrata in contatto col dolore presuppone la percezione dell'angoscia, segnalando l'inizio di un processo di integrazione degli affetti dissociati. Alcune vignette cliniche chiarificheranno questi assunti.

ABSTRACT

Through a clinical vignette, the Author talks about contemporary clinical practice, where we encounter individuals who communicate their detachment, at times even total, from their feelings and fears. They seem incapable of getting in touch with their own existential dimension, wilfully committed as they are to avoid experiencing the inevitable angst that many internal and external situations engender during one's complicated journey through life. What we are witnessing here is basically the dissociation of the angst-producing feeling, which appears and is revealed to the clinician, through either detachment or a simple action. In any case, this feeling that generates both detachment and its opposite – for instance, a hypomanic reaction – proves to be "absent", and is not perceived by the patient. In this way, angst can be avoided and indeed seem "absent", but what is experienced is the complete range of raw emotions connected to it, like fear, terror, panic, detachment, apathy, anhedonia, etc.