

Gérard Pirlot
Dominique Cupa

Approche
psychanalytique
des troubles
psychiques

DUNOD

Maquette de couverture:
Le Petit Atelier

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
	

© Dunod, 2019 pour cette nouvelle présentation

© Armand Colin, 2017 pour la 2^e édition

11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff

ISBN : 978-2-10-078542-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Des mêmes auteurs

PIRLOT G. (1997), *Les Passions du corps. La psyché dans les addictions et les maladies auto-immunes*, Paris, PUF, Le Fil rouge (épuisé).

PIRLOT G. (2001), *Violences et souffrances à l'adolescence : psychopathologie, psychanalyse et anthropologie*, Paris, L'Harmattan.

PIRLOT G. et PEDINIELLI J.-L. (2005), *Les Perversions sexuelles et narcissiques*, Paris, Armand Colin, coll. « 128 », 3^e éd. 2013.

PIRLOT G. (2007), *Poésie et Cancer chez Arthur Rimbaud*, Paris, EDK (épuisé).

PIRLOT G. (2009), *Déserts intérieurs. Le vide négatif dans la clinique psychique contemporaine et positif dans l'appareil d'âme*, Toulouse, Érès.

PIRLOT G. (2009), *Psychanalyse des addictions*, Paris, Armand Colin, coll. « U », 3^e éd. augmentée, Dunod, 2019.

PIRLOT G. (2010), *La Psychosomatique entre psychanalyse et biologie*, Paris, Armand Colin.

PIRLOT G. (2010), *Contre l'uniforme mental. Scientificité de la psychanalyse face au neurocognitivism*, Paris, Douin.

CORCOS M. et PIRLOT G. (2011), *Qu'est-ce que l'alexithymie ?*, Paris, Dunod.

GUERRAOU Z. et PIRLOT G. (dir.) (2011), *Comprendre et traiter les situations interculturelles. Approches psychodynamiques et psychanalytiques*, Bruxelles, De Boeck.

PIRLOT G. et CUPA D. (2012), *André Green. Les grands concepts psychanalytiques*, Paris, PUF.

PIRLOT G. (2013), *Classifications et nosologies des troubles psychiques. Approches psychiatrique et psychanalytique*, Paris, Armand Colin, coll. « Cursus ».

PIRLOT G. (2015), *André Green. Dialogues et cadre psychanalytiques*, Paris, PUF.

PIRLOT G. (2015), *T.E. Lawrence. Le désert, l'avant du désir*, Toulouse, Presses Universitaires du Midi.

PIRLOT G. (à paraître 2017), *Psyché dans ses miroirs (d'amour) créateurs : Montaigne, Descartes, Pascal, Freud, Magritte*, Toulouse, Presses Universitaires du Midi.

CUPA D. et LBOVICI S. (dir.) (1997), *En famille, à l'hôpital. Le nourrisson et son environnement*, Grenoble, La Pensée Sauvage.

CUPA D. (dir.) (2000), *L'Attachement. Perspectives actuelles*, Paris, EDK.

CUPA D. (dir.) (2002), *Psychologie en néphrologie*, Paris, EDK.

CUPA D. (dir.) (2006), *Psychanalyse de la destructivité*, Paris, EDK.

CUPA D. (2007), *Tendresse et Cruauté*, Paris, Dunod.

- CUPA D. (dir.) (2008), *Images du père dans la culture contemporaine. Hommages à André Green*, Paris, PUF.
- CUPA D., REYNAUD M., MARINOV V. et POMMIER F. (dir.) (2010), *Entre corps et psyché. Les addictions*, Paris, EDK.
- CUPA D., PARAT H., CHAUDOYE G. (dir.) (2011), *Le Sexuel, ses différences et ses genres*, Paris, EDK.
- CUPA D. et CHAUDOYE G. (dir.) (2012), *Figures de la cruauté*, Paris, EDK.
- DREYFUS-ASSEO S, TARABOUT G., CUPA D., CHAUDOYE G. (2012), *Les ancêtres*, Paris, EDK.
- PIRLOT G. et CUPA D. (2012), *André Green. Les grands concepts psychanalytiques*, Paris, PUF.
- WEIL-BARAIS A. et CUPA D. (1999), *100 fiches pour connaître la psychologie*, Paris, Bréal., rééd. 2008 et 2012.
- CUPA D. (2016), Rapport pour le Congrès des Langues Françaises, *Quelque chose de l'inconscient, Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF.

Introduction

EN PSYCHIATRIE COMME EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE, le patient ne doit pas être réduit à ses symptômes ni à sa maladie. Ces symptômes et comportements ne pas peuvent, non plus, être appréhendés dans leur seule dimension négative et handicapante : ils ont *un sens* au regard de l'histoire du sujet, relevant de diverses formes pathologiques de conflits, traumatismes ou blessures psychiques.

Ne pas tenir compte de cela produit une « illusion d'optique », celle d'une nosographie psychiatrique qui ne privilégie que la répétition du symptôme, jusqu'à sa fixation, orientant vers une dimension générique de celui-ci au risque de sous-estimer l'histoire singulière du patient à la différence d'une sémiologie psychanalytique, qui élargit les perspectives de compréhension au fonctionnement psychique en tentant de cerner les déterminismes inconscients de la symptomatologie.

Les auteurs ont voulu proposer ici une classification et sémiologie des troubles psychiatriques adultes et adolescents qui relèvent d'une autre épistémologie que celles, statistiques et « a-théoriques », des DSM et CIM. Ils préfèrent celle qui est enrichie par la nosologie psychanalytique appuyée sur la métapsychologie même si toute classification porte en elle une part d'« illusion » (Elleberger, 1963).

La sémiologie ou séméiologie (du grec *sêmeion* : signe, et *logos* : discours) est la partie de la médecine qui étudie les signes des maladies. Au xx^e siècle la définition s'enrichit du sens issu de la linguistique saussurienne : science qui étudie la vie des signes au sein de la langue et de la vie sociale. La sémiologie, dans le domaine de la linguistique et de la philosophie, a ainsi donné naissance à la sémiotique, du grec *sêmeiotiké*, désignant la théorie des signes et leur articulation à la pensée¹. Dans le domaine médical, et psychiatrique, le champ sémantique de la sémiologie recouvre les termes de *signe*, de *symptômes* et de *syndrome*. Le *signe* est la chose perçue, un indice, une manifestation, une marque. Le *symptôme*, du grec *ptomá*, chute, panne, désigne une entité observable liée à un état ou l'évolution d'un état, le plus souvent morbide. Enfin le *syndrome* est l'association de plusieurs symptômes, signes ou anomalies constituant une entité clinique ainsi isolée et reconnaissable. Symptômes et syndromes expriment l'atteinte d'un organe (ou de plusieurs) et/ou de fonction(s) d'un ou plusieurs systèmes (physiologiques, anatomiques, immunitaires ou psychiques).

La *nosographie* classe de manière méthodique les symptômes en syndromes. La *nosologie* décrit et étudie les caractères distinctifs des symptômes dans le but de

1. Chagnon, p. 150-151.

les classer au-delà des syndromes communs à partir de la nature et des formes des processus psychiques en jeux.

De son côté, la psychanalyse insiste sur les *processus* qui traversent les entités nosologiques ce qui permet de comprendre les *évolutions et involutions d'une structure à l'autre*. La structure en psychopathologie décrit la façon dont les éléments qui participent d'un système sont organisés entre eux. Comme Green le propose, il convient de privilégier une conceptualisation de *mouvements structuraux* rendant compte du polymorphisme des manifestations plutôt que la description des manifestations symptomatiques elles-mêmes : ainsi « la nosologie psychanalytique ne saurait être conçue comme un catalogue de catégories étanches, mais plutôt comme un ensemble articulé et traversé par des mouvements dynamiques, permettant d'imaginer tout autant des relations entre diverses entités que les possibilités de transformations d'une entité en l'autre¹.

Tout choix terminologique, y compris dans la sémiologie des affections psychiques, n'est jamais neutre. Il permet la représentation d'une entité clinique. Dès lors effacer la psychopathologie psychanalytique pour comprendre le sens du symptôme est d'une réelle gravité puisque le clinicien perd toute possibilité de reconstruire les scénarios possibles des processus morbides sous-jacents aux symptômes et donc de traiter ceux-ci en tenant compte de la personnalité et de l'histoire du patient.

Précisons que, pour des raisons d'ordre éditorial, nous n'avons pu inclure et détailler les traitements concernant les principales classes de psychotropes impliquées dans les prises en charge tant ambulatoires qu'hospitalières. La plupart des manuels de psychiatrie offrent aux étudiants et usagers ces renseignements.

Ajoutons pour finir que l'un de nous n'a pu insérer dans cet ouvrage l'histoire, les descriptions et les enjeux tant des classifications nosographiques psychiatriques que celles propres au vocabulaire sémiologique psychiatrique ou les évolutions de la nosologie psychanalytique. Ces aspects sont développés dans un livre complémentaire à celui-ci².

1. Green, 2002, Hystérie et états-limites : le chiasme, *La pensée clinique*, p. 83.

2. Pirlot, 2013, *Classifications et nosologies des troubles psychiques. Approches psychiatrique et psychanalytique*, Paris, Armand Colin.

PREMIÈRE PARTIE

Troubles névrotiques

Symptôme, structure, processus psychique

LA THÉORIE DE FREUD a donné aux symptômes psychiatriques un statut particulier en montrant qu'*ils avaient un sens* dans l'organisation du psychisme et qu'ils jouaient un rôle dans l'économie générale de l'activité mentale. Ainsi, le symptôme névrotique constitue-t-il un compromis entre deux mouvements contradictoires. Le premier est un désir inconscient, le second s'oppose par une ou des défenses à la réalisation de ce désir, ce qui revient à dire que le symptôme névrotique est la résultante consciente d'un conflit intrapsychique inconscient.

Avec l'avènement des travaux de Freud, puis ceux de Piaget sur la *structure* (définie par trois caractères : totalité, transformation et autoréglage) et enfin le *structuralisme* en vogue dans les sciences humaines, la conception de grandes structures psychopathologiques apparaît remplaçant les ensembles syndromiques. Nous pouvons d'ailleurs trouver chez Freud, entre autres, une pensée structurale. Ainsi, par exemple, il compare le moi à « un cristal [jeté] par terre, [qui] se brise mais pas arbitrairement, [et] se casse alors suivant ses plans de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, était cependant déterminée à l'avance par la *structure* du cristal »¹. Freud pose de fait la base du concept de *structure de fonctionnement* de la personnalité.

Dans les années 1960, Bouvet a conceptualisé une approche structurale classique en psychanalyse, permettant de relier la structure de personnalité avec les modalités relationnelles unissant le sujet et son objet dans les grandes entités psychopathologiques. Pour lui, l'articulation entre l'organisation génitale et pré-génitale dans la relation d'objet (dans ses liens à la pulsion) paraissait plus fiable que la symptomatologie. La limite de cette conception a été la trop simple association entre un comportement observé sémiologiquement et sa correspondance en termes de génital-normal ou pré-génital-pathologique.

Plus tard, Bergeret a repris le modèle du cristal de Freud, pour définir *la stabilité d'une organisation psychique qui fait d'elle une structure*. De fait ce « structuralisme » rend impossible le passage d'une structure à une autre. Pourtant la description de

1. Freud (1933) italiques des auteurs.

sujets états-limites qui, en termes de structure de personnalité, ne présentent pas la stabilité, la fixité, la solidité des organisations structurées remet en cause ce modèle ou, tout au moins, le complexifie.

Le concept de chiasme entre hystérie et état-limite proposé en 2000 par Green *privilégie la conceptualisation de mouvements structuraux complexes rendant compte du polymorphisme des manifestations*. Avec la même prise en compte de la complexité psychique, Chabert (2005), s'appuyant sur les épreuves projectives (Rorschach, TAT) insiste sur *l'hétérogénéité et la discontinuité du fonctionnement psychique*.

Roussillon (2007) en soulignant le rôle de l'objet dans le traumatisme et dans les transformations potentielles du sujet s'écarte du modèle structural qui, selon lui, implique trop une sorte de frontière infranchissable ne permettant, hormis à l'adolescence, aucun passage possible d'une structure à l'autre. Pour lui, *le concept de structure est trop rigide pour rendre compte des complexités de la vie psychique*. Il préfère utiliser les termes de *processus et de pôles organisateurs de la psyché*, les deux organisateurs processuels de la psyché étant la *position dépressive* qui passe par la différenciation soi-objet, le deuil de l'objet primaire et la constitution de l'objet total rassemblant les aspects, bons et mauvais, et le *complexe d'Edipe* qui organise l'accès à la différence des sexes et des générations¹.

Ainsi, en articulant ces deux processus, il est possible de rendre compte de l'existence de *zones psychiques organisées de façon différentes, combinées ou non entre elles, et de la plasticité psychique*. « Pôle d'organisation névrotique, pôle d'organisation psychotique, pôle psychosomatique et pôle d'organisation narcissique-identitaire peuvent coexister au sein du fonctionnement pluriel de la psyché². »

1. Perron, Perron-Borelli, 1994.

2. Vuillod, 2011a, p. 91.

Sémiologie des états névrotiques

Historique

Le terme de « névrose » a été créé en 1769 par W. Cullen (1712-1790), médecin écossais. Ce dernier a défini une catégorie de maladies « nerveuses » dont l'origine était pour lui organique. Il a ainsi donné un cadre nosographique à la neurologie naissante à cette époque. Sous ce terme de « névroses » Cullen place des maladies telles que les paralysies, la syncope, la coqueluche, le diabète, l'hystérie, les « vésanies », etc.

Le concept de névrose va se développer dans les classifications du XIX^e siècle de Falret, Morel, Magnan, parfois confondues avec d'autres troubles, apparaissant parfois sous le terme de « psychonévroses ». La doctrine des auteurs de l'époque (Morel, Magnan et leurs élèves) relie la névrose à des manifestations atténuées de la dégénérescence dont l'étiopathogénie psychique est rare.

Il faut attendre en 1880 les travaux de Beard sur la neurasthénie (asthénie, fatigabilité, troubles de l'humeur, troubles d'allure somatique avec insomnies, céphalées, rachialgies), qualifiée de « névrose des Temps modernes » ou de « névrose américaine » pour voir débiter une réelle psychogénèse des névroses¹. En France, Charcot, en cherchant une étiologie organique, s'intéresse à la « Grande névrose », l'hystérie. Quelques années plus tard, un contemporain de Freud, Janet défend comme lui une thèse évolutionniste du fonctionnement mental en faisant des névroses des *pathologies des fonctions mentales*. À la différence de Freud son approche fait l'impasse sur le caractère conflictuel et psychosexuel des névroses.

Aujourd'hui, la validité conceptuelle des névroses est liée au modèle psychanalytique qui leur donne leur unité. « La névrose est une affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant un compromis entre désir et défense². » Il s'agit de ce que Freud appelle les psychonévroses de défense qu'il sépare des « névroses actuelles » (*infra*). Il sépare aussi les névroses des psychoses

1. Pedinielli et Bertagne, 2010, p. 10.

2. Cf. Laplanche et Pontalis.

et des perversions. La névrose se différencie de la psychose qui, elle, relève d'une *perturbation de la perception de la réalité beaucoup plus intense*. En 1924, Freud avance que la perception de la réalité se réalise *en deux temps*. Dans la névrose, la perception de la perte de la réalité est suivie d'un symptôme qui est un compromis entre la réalité refoulée et le fantasme ayant un sens symbolique ; dans la psychose, elle est suivie de la création d'une néoréalité que sont l'hallucination ou le délire. Ils ne permettent pas au psychotique de faire la différence entre réalité et fantasme à la différence du névrosé.

Définitions et approche théorique psychanalytique

La névrose est un trouble mental qui ne comporte pas d'étiologie organique démontrable. Elle est ressentie comme un trouble et entraîne une souffrance psychique dont le sujet a conscience. Elle ne perturbe pas – ou peu – le rapport du sujet à la réalité – à la différence de la psychose (même si la névrose grave peut être invalidante sur le plan relationnel, sexuel, social, etc.).

La névrose relève de conflits refoulés dans lesquels les fantasmes inconscients, la sexualité infantile, les traumatismes, les fixations-régressions jouent un rôle majeur dans l'expressivité des symptômes. « Le symptôme reproduit d'une manière ou d'une autre la satisfaction de la première enfance, satisfaction déformée par la censure qui naît du conflit, accompagnée généralement d'une sensation de souffrance et associée à des facteurs faisant partie de la prédisposition morbide¹. » Autrement dit, le névrosé reste attaché à certaines phases de son développement psychoaffectif, phases au cours desquelles il a reçu des satisfactions excessives ou subi des frustrations cumulatives (ou encore a subi des traumatismes d'ordre divers) qui l'ont contraint aux recours et retours à un stade antérieur dans lequel les exigences libidinales étaient satisfaites (névrose infantile).

Il faut comprendre que « l'aspect clinique de l'organisation et de la symptomatologie névrotique ultérieures dépend du stade auquel s'est produite la fixation. À l'âge adulte, les pulsions infantiles (sexuelles en particulier) devenues inacceptables pour le sur-moi se voient être refoulées dans l'inconscient et leur expression directe est empêchée² ». En d'autres termes, le conflit inconscient producteur de mal-être et de symptôme provient de l'opposition entre principe de plaisir et principe de réalité et de la nécessité pour le moi d'une réélaboration parfois épuisante (cf. névrose obsessionnelle) de ses conflits. Avec la réalisation manifeste du symptôme le névrosé, payant une culpabilité inconsciente, trouve une certaine détente face au conflit inconscient signant ainsi les *bénéfices primaires* de sa névrose. Ce sont l'adaptation de l'entourage, les avantages sociaux et médicaux, que procure sa pathologie, qui créeront les *bénéfices secondaires* de celle-ci.

1. Freud, 1916.

2. Lempérière, Féline, p. 82.

Classification proposée pour les troubles névrotiques

1. Organisations névrotiques
 - névrose d'angoisse (appartenant aux névroses actuelles);
 - névrose hystérique;
 - névrose phobique (hystérie d'angoisse);
 - névrose obsessionnelle (de contrainte).
2. États réactionnels
 - névroses traumatiques;
 - réactions névrotiques aiguës.
3. Névroses de caractère, de comportement (cf. *infra*)
4. Névrose adolescente

Nous mentionnons ici, à titre informatif pour illustrer l'extension de la notion de névrose, la névrose « adolescente » décrite par Gutton qui s'organise à partir du refoulement des scènes pubertaires. Complexifiant la névrose issue de la construction après-coup du complexe d'Œdipe, Gutton insiste sur le refoulement pubertaire devant un sur-moi sur lequel butte le courant libidinal pubertaire, ce qui aboutit à des compromis névrotiques d'adolescence :

- liés à l'ambivalence et l'ambiguïté du couple désir/interdit;
- renoncement adolescent à l'excitation pubertaire et comportant une position masochiste fondamentale.

Pour Gutton, « la scène pubertaire naît ainsi pour être refoulée, c'est-à-dire oubliée des analysants et curieusement de la recherche psychanalytique¹. » Le refoulement, fermant la porte des représentations pubertaires, laisse un vide aspirant le retour du refoulé permettant la construction des scènes adolescentes, avec quête d'identité et d'objet. Le retour du refoulé, telle une menace, « semble venir du dehors » (Freud), évitant de prendre les productions venant de dedans comme telles et les inférant à l'extérieur. La névrose adolescente diffère pour Gutton de la névrose infantile car elle reporte l'asymétrie œdipienne pubertaire. La pathologie hystérique à l'adolescence comprend un échec ou un refus pubertaire (correspondant à une fixation érotique homosexuelle) sur le modèle du clivage du moi : cela se traduit cliniquement par une difficulté à interpréter une phobie, un conflit, chez l'adolescent, le sujet ayant l'impression, devant l'interprétation, de « lâcher son moi » en modifiant ses contre-investissements fragiles mais réels.

1. Gutton, 1996, p. 98.

Névroses actuelles, névrose d'angoisse (trouble panique, trouble anxieux) incluse dans les névroses actuelles

Névroses actuelles

Les névroses actuelles sont des types de névroses que Freud distingue des psychonévroses (de défense). Bien que Freud se soit, après 1900, peu intéressé à ces névroses actuelles qu'il a pourtant isolé et décrit, la redécouverte de leur spécificité s'est faite dans le cadre de l'approche psychosomatique psychanalytique des somatisations et des cas-limites : elles ont donc un intérêt tout à fait contemporain. Les névroses actuelles se distinguent des psychonévroses par :

- l'origine des conflits qui n'est pas située dans les conflits infantiles mais dans le présent ;
- les symptômes qui ne sont pas une expression symbolique et surdéterminée mais résultent directement de l'absence ou l'inadéquation de la satisfaction sexuelle.

Freud a d'abord inclus dans les névroses actuelles la névrose d'angoisse et la neurasthénie, et a proposé ultérieurement d'y ranger l'hypocondrie.

Le terme *actuel* est à prendre au sens d'*actualité dans le temps*. La source de l'excitation – le facteur déclenchant le trouble – se trouve dans le domaine somatique tandis que pour l'hystérie ou la névrose obsessionnelle, il est dans le domaine psychique¹. Dans la névrose d'angoisse, le facteur est l'absence de décharge de l'excitation sexuelle alors que dans la neurasthénie (mixte d'obsessionnalité et de dépressivité), il provient d'un soulagement inadéquat (et culpabilisant) de

1. Freud, 1894.

cette décharge : masturbation par exemple. En ce sens, l'angoisse provient d'une transformation directe de l'excitation sexuelle non refoulée et non symbolisée. Dans les années 1885-1897, Freud s'interroge sur les conditions d'apparition d'une libido psychique par rapport aux excitations sexuelles somatiques. Sa spécialisation est celle de l'appareil neuronique. Dans le « Manuscrit E » (1894), il postule l'existence d'un *seuil d'intensité* à partir duquel une excitation pourrait être psychiquement utilisée, hypothèse qui donnera le concept de *pulsion*, celle-ci résultant d'un certain *travail psychique* et qui montre que l'angoisse dans une psychonévrose (ex. : phobie) apparaît comme une excitation sexuelle somatique transformée¹ en pulsion car liée à des représentations. En 1895, Freud définit la migraine comme « une réaction toxique provoquée par des substances sexuelles excitantes » (« Manuscrit I ») issues d'un excédent de sexualité réprimée et/ou non reliée aux complexes de représentations

Névrose d'angoisse

Aujourd'hui dans les classifications internationales la névrose d'angoisse est remplacée par le *trouble panique* ou *trouble anxieux*. Cette dernière dénomination ayant évacué le terme « névrose » ne permet pas de saisir les liens possibles entre le symptôme d'angoisse (« l'état anxieux ») et son évolution possible vers des états névrotiques plus structurés, comme la névrose phobique ou obsessionnelle, même si tous les états anxieux n'évoluent pas vers un état névrotique.

Pour résumer, il y a des anxiétés relevant de la *névrose d'angoisse* avec potentiel d'évolution vers un état névrotique plus structuré et des anxiétés avec un potentiel plus difficilement névrotisable comme chez les états-limites, les psychoses, les psychopathies ou les troubles du caractère, voire les patients somatiques. Une autre évolution pathogène de cette angoisse peut également être, pour en diminuer l'intensité, l'addiction médicamenteuse (anxiolytiques) alcoolique, toxicomaniaque ou tabagique.

Clinique de la névrose d'angoisse

Les symptômes sont : une angoisse diffuse avec crises survenant en dehors de tout contexte particulier mais s'organisant progressivement, si bien que, certaines situations devenant plus anxiogènes que d'autres, on se dirigera vers une névrose phobique. D'autres signes cliniques l'accompagnent : sueur, tremblements, tachycardie, dyspnée (difficulté respiratoire). Bref, autant de symptômes qui, donnant raison à Freud, se retrouvent également lors de l'activité sexuelle du coït.

Plus précisément, la sémiologie propre à cette « névrose d'angoisse » comporte des :

1. Freud, *Naissance de la psychanalyse*, p. 80-85 ; *Brief am Fliess*, 1985, p. 71-76.

- manifestations cardiovasculaires : crise de palpitation, accès de tachycardie, lipothymie, précordialgie, pseudo-angor ;
- manifestations respiratoires : dyspnée asthmatiforme, hyperventilation aboutissant à des crises de tétanie, accès de toux nerveuse ;
- manifestations digestives : barre épigastrique, spasme laryngé (boule œsophagienne), spasme gastrique ou intestinal, colite spasmodique, spasme ano-rectal avec ténésme (envie de déféquer), crise de hoquet, de faim ou de soif paroxystique ;
- manifestations génito-urinaires : douleur abdomino-pelvienne, cystalgie, pollakiurie, trouble sexuel de type inhibition ;
- manifestations neurologiques, sensorielles ou musculaires : céphalée, lombalgie, algie posturale, prurit, crise de tremblements, bourdonnement d'oreille, crise de vertige avec sensation d'instabilité de marche ;
- troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, réveils fréquents, cauchemars ;
- manifestations d'ordre psychique, dans les moments aigus de débordement émotionnel : agitation, sentiment de dérégulation voire de confusion.

Marty, fondateur avec Fain, de M'Uzan et David, de l'école psychosomatique de Paris s'est consacré à l'étude des névroses actuelles dans leurs liens avec le fonctionnement mental chez les sujets souffrant de maladies organiques.

Évolution

Il existe dans la névrose d'angoisse des phases de rémission et des périodes de rechute selon les circonstances de la vie. L'évolution peut, nous l'avons dit, se faire vers une *structuration* vers une psychonévrose de défense : névrose phobique, hystérique, obsessionnelle. Un autre mode évolutif est de voir le patient calmer ses angoisses en ayant recours à conduites addictives.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel doit être fait avec :

- une affection organique : infarctus du myocarde, crise d'angor, embolie pulmonaire, crise d'asthme, épilepsie temporale, hyperthyroïdie, vertige labyrinthique, hypoglycémie, porphyrie, tétanie, phéochromocytome, etc. ;
- une affection psychiatrique :
 - une angoisse schizophrénique : dans ce cas, il s'agit d'une angoisse de dépersonnalisation signant une dissociation, avec une affectivité discordante, sentiment hostile de l'ambiance, étrangeté, etc.,
 - une mélancolie anxieuse : dans ce cas, des éléments d'ordre biographique sont importants comme l'âge, les antécédents dépressifs personnels ou familiaux, les thèmes de dévalorisation et de culpabilité. L'angoisse est majeure, avec, au premier plan, des idées de dévalorisation, de mort. Une agitation anxieuse peut être fréquente.

Comorbidité

La comorbidité de l'état anxieux est importante : dépression, somatisations, conduite addictive, sentiment de dépersonnalisation, tension intérieure demandant passage à l'acte. Par ailleurs les études statistiques et épidémiologiques chez les adolescents montrent la fréquence entre troubles anxieux et dépression (51 %), phobies sociales (33 %) et trouble obsessionnel compulsif (23 %¹).

Psychopathologie psychanalytique

Du point de vue psychanalytique la névrose d'angoisse procède :

- d'une accumulation de tension libidinale ;
- d'une absence ou d'une insuffisance d'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique faute de « dérivation psychique » du fait de défenses sévères : clivage du moi, répression d'affects violents, faible capacité de liaison des représentations.

Nous l'avons dit, la névrose d'angoisse peut faire le lit d'une psychonévrose de défense ultérieure puisque, comme l'écrit Freud en 1912, une névrose est une perle formée à partir d'un « noyau », un « grain de sable », qui est l'excitation sexuelle somatique.

À l'origine de la névrose d'angoisse, Freud postule en effet une *insuffisance de connexion psychique* qui se retrouve en psychosomatique lorsque Marty parle du manque d'épaisseur, de fluidité et de permanence du préconscient chez les patients somatosiques et dans les conduites addictives limitant dès lors toute mise en représentation des affects².

La névrose d'angoisse peut ainsi manifester « une frustration actuelle et un *état toxique* qui apparaît comme le prototype de l'affection de l'organe psychique – et également, pourrions-nous ajouter, le prototype de l'amour fou, passionnel »³. Dans son « Rapport » du 44^e Congrès de psychanalyse, Dos Santos a tenté de décrire une certaine structure du Moi chez les sujets prédisposés à la névrose d'angoisse. Il relève que bien souvent la structure familiale montre une mère très enveloppante, ressentie par le malade, dans le transfert, comme toujours présente, même s'il n'en parle plus. Les parents des individus prédisposés apparaissent dans le vécu du patient comme très proches l'un de l'autre complémentaires ou soumis l'un à l'autre. Il n'y a pas de place pour la jalousie favorable à l'organisation de l'unité fantasmatique des parents ou Surmoi.

D'un autre côté, « il semble exister un manque de distance entre le Moi (de ces sujets) et l'imgo maternelle. Les sujets prédisposés n'arrivent pas à se libérer de l'imgo maternelle. Celle-ci reste idéalisée empêchant la synthèse entre le courant tendre de l'amour et de la sexualité avec celui agressif⁴ ». Ces patients ne parlent

1. Massi, cité in Chabrol, 2010, p. 48.

2. Pirlot, 2009.

3. Pirlot, 1997.

4. Dos Santos, 1984, p. 81-82.

pas de leur désir envers le partenaire, il semble qu'ils aient peur de le confondre avec des images de père et de mère. On peut alors comprendre pourquoi « la fixation œdipienne de ces structures laisse ces sujets trop liés à l'image idéalisée d'un objet primaire qui persiste comme enveloppante. Par rapport à cet objet, la déception œdipienne produite par la mère est inévitable puisque le père est assez présent, bien que distant, et l'enfant a toujours vécu le problème de la bisexualité à la lumière d'une "scène primitive" imaginaire ou de ses indices, présents et non dépassés ».

Traitements

Traitement de fond

La névrose d'angoisse oblige le thérapeute à considérer que cette angoisse, provenant d'une insuffisance d'élaboration psychique d'excitations et des tensions psychiques, nécessite une réelle prise en charge psychothérapeutique. Si dans les phases chroniques, la fréquence des séances peut-être d'une fois par semaine, dans le cadre de phases aiguës on n'hésitera pas à faire venir le patient plusieurs fois dans la semaine. Un cadre stable, sécurisant, susceptible d'être là quand il le faut, permettra d'éviter ou de diminuer la prise de médicaments anxiolytiques.

Des méthodes de relaxations donnent des résultats intéressants.

Traitement lors de crise

Dans certains cas sévères, la prise de médicaments anxiolytiques s'avère indispensable tout en étant, en parallèle, prescrite avec une psychothérapie dite de soutien que nous qualifierons de « contenante ». Toute quête des conflits infantiles anciens et d'interprétations intempestives de ceux-ci est évidemment à proscrire pendant la phase de crise, le travail analytique en face à face ne pouvant être enclenché qu'une fois l'état de névrose d'angoisse progressivement surmonté.

État et névrose phobiques ou « hystérie d'angoisse »

Historique

Phobie vient du terme grec « *phobos* » qui veut dire « crainte soudaine », « effroi ». Freud a individualisé la névrose phobique ou hystérie d'angoisse. Dans l'hystérie d'angoisse, l'angoisse est libre puis liée à (projetée sur) un objet ou une situation alors que dans l'hystérie de conversion, elle est *convertie*.

L'« angoisse » (*Angst*) n'est pas équivalente à la « peur » (*Furcht*) : la première est une sensation déplaisante sans objet sur lequel se projeter puis elle devient peur lorsqu'elle trouve l'objet sur lequel elle se fixe : on a peur *de* quelque chose. Le DSM-IV décrit les agoraphobies, phobies sociales, phobies simples : après avoir fait disparaître les concepts de névroses phobiques et d'angoisse au profit des « troubles anxieux », il ne permet plus de saisir l'évolution allant de la névrose d'angoisse (névrose actuelle) aux névroses (psychonévroses de défense).

On distingue *état* et *névrose* phobiques dans la mesure où la phobie, en tant que symptôme, n'est pas l'apanage de la seule névrose du même nom. La phobie peut se trouver dans certains états psychotiques débutants (schizophrénie), dans certaines névroses comme la névrose obsessionnelle (phobie d'impulsion) ou la névrose hystérique, ou encore chez les états-limites (phobie de perte d'identité, de folie, de mal-être).

Définition

La phobie est une peur spécifique intense dont le stimulus est projeté à l'extérieur, et fixé à certaines situations, à certains êtres bien déterminés.

L'angoisse ou la peur sont déclenchées par un objet ou une situation n'ayant pas en elle-même un caractère dangereux. Elles disparaissent lorsque l'objet ou la situation phobogène n'est plus présent, ce qui entraîne des conduites d'évitement.

Le patient est conscient de l'aspect absurde et pathologique de ses troubles.

La névrose phobique se caractérise par :

- une personnalité particulière, proche de celle de l'hystérie : la personnalité phobique ;
- un traitement particulier de l'angoisse qui constitue le symptôme phobique :
 - *projection* : l'angoisse est projetée sur un objet extérieur au sujet,
 - *déplacement* : l'objet de l'angoisse est déplacé sur l'objet extérieur.

Le lieu d'aboutissement de la projection et du déplacement est le monde extérieur, ce qui permet l'isolement de la situation phobogène et divers comportements spécifiques.

La névrose phobique peut ainsi être définie comme une affection caractérisée par la projection de l'angoisse sur des êtres vivants ou non, des situations, des actes qui deviennent l'objet d'une terreur paralysante.

Épidémiologie

Selon Burns (1980), la prévalence de tous les types de phobies chez l'adulte est de 7,6% de la population générale, mais seulement 2 à 3% demandent un traitement. Une enquête récente du NIMH (National Institute of Mental Health) aboutit à des résultats voisins de 5,9 à 13,4% de la population générale sur six mois (Myers, 1984). L'âge moyen de début est de 16 ans. Cependant, l'agoraphobie débute en moyenne à 28 ans. Les femmes sont 1,7 fois plus atteintes de phobies que les hommes. La demande de traitement est surtout le fait des agoraphobes qui sont particulièrement handicapés : 50% des sujets phobiques traités sont atteints d'agoraphobie, 88% des agoraphobes sont des femmes. La plupart des enfants présentent un état phobique vers 3-5 ans (phobie des grands animaux puis des petits animaux). Cet état n'a pas de caractère stable ni pathologique en lui-même, mis à part les phobies scolaires et certaines formes d'angoisse de séparation. Les auteurs anglais tendent à différencier les phobies scolaires (peur de ce qui se passe à l'école) de l'angoisse de séparation, alors que les auteurs américains rattachent les phobies scolaires au cadre général des phobies de séparation.

Les symptômes phobiques

Description

Le symptôme phobique est caractérisé par :

- le stimulus ou plutôt un facteur déclenchant spécifique bien défini, bien connu et redouté du patient ;
- la réaction du sujet, lorsqu'il se trouve en présence de cette situation, de ce facteur déclenchant, est une grande crise d'angoisse. Elle est vécue en tant qu'affect désagréable, pénible, attente d'un danger avec des manifestations somatiques sous des formes aiguës. Il faut signaler la fréquence, sinon la constance, de vertiges, de la gêne respiratoire, de tendances lipothymiques. Cette crise d'angoisse est souvent vécue avec l'impression d'une mort possible sinon prochaine ;
- le corollaire de l'angoisse phobique se situe dans les comportements spécifiques.

Phobies de situation

Ce sont les plus fréquentes et les seules qui soient caractéristiques de la névrose phobique typique de l'adulte.

Agoraphobie

- phobie liée à l'espace ;
- facteurs participants (maladie, séparation) ;
- phobie dans une situation précise (départ du domicile, rue, lieux publics [restaurant, cinéma]) ; peur des espaces vides et d'une certaine étendue ; peur des rues, des ponts, des vastes salles vides. L'agoraphobe arrive assez rapidement à limiter son activité à un périmètre de sécurité qu'il ne peut dépasser qu'avec l'aide d'une personne amie ou celle d'un automobiliste.

Claustrophobie

- Peur des espaces fermés. Ce que le sujet redoute, c'est la survenue dans cette situation de la crise d'anxiété aiguë qu'il vit comme un risque de mort (peur de l'asphyxie, de la suffocation, de l'écrasement) ;
- le malade ne peut supporter l'idée de devoir avoir recours à autrui pour entrer en communication avec l'extérieur.

Phobie des moyens de transport

- Peur insurmontable de prendre le métro, l'autobus, l'avion, le chemin de fer, beaucoup plus rarement la voiture ;
- cette phobie participe de la claustrophobie, de la phobie de la foule ;
- cette phobie s'accompagne de rationalisations diverses : peur de faire un malaise, peur de mourir, crainte du regard des autres.

Phobies sociales

La phobie sociale est définie par la peur pour un sujet de se retrouver dans une situation où il se trouvera exposé à l'attention particulière d'autrui et la peur d'agir, car il risque d'être soumis à la critique, de se trouver dévalorisé, humilié.

- Peur de parler, d'écrire ;
- peur du téléphone ;
- peur de répondre à des questions ;
- peur de passer un examen ;
- peur de manger, de ne pas pouvoir avaler ;
- peur de transpirer, de trembler.

Phobies simples

Il s'agit de la peur isolée d'une seule situation ou d'un objet à l'exclusion de la peur d'avoir une crise d'angoisse :

- Sang, soins dentaires, actes médicaux (les plus fréquentes) ;
- animaux : gros et petits, phobie infantile (les plus fréquentes) ;
- vertiges (hauteur) ;
- orage ;
- couteaux ;
- phobie du noir (phobie infantile).

Phobies d'impulsion

Ce sont presque toujours des phobies d'impulsions agressives, peur d'avoir envie de faire du mal :

- à soi-même ;
- à autrui.

Phobies d'impulsion suicidaire

- Phobies de défenestration : peur de se jeter par la fenêtre, surtout chez la femme ;
- phobies des armes blanches ou à feu ;
- phobies de se jeter sous le métro, sous le train, sous une voiture.

Phobies d'impulsion homicide

- Phobie d'étrangler ou de lâcher son enfant chez la jeune femme ;
- phobie des armes dans la peur de tuer autrui.

L'action sécurisante du cadre quotidien (l'environnement et la maison) et surtout d'une personne chère est certaine mais parfois insuffisante. Dans les phobies d'impulsion, le facteur déclenchant n'est plus extérieur. Le sujet éprouve une peur panique d'être poussé à perpétrer un acte agressif. Il y a déplacement mais non projection à l'extérieur du stimulus d'angoisse. On peut rencontrer des phobies d'impulsion dans la névrose phobique mais habituellement elles témoignent d'une aggravation. Elles marquent souvent le passage vers la névrose obsessionnelle, et dans ce cas, il n'y a *jamais* de passage à l'acte. Enfin, elles ne sont pas rares chez les psychotiques où elles s'associent parfois à des conduites impulsives.

Phobies limites

L'éreutophobie

Crainte de rougir en public et de l'angoisse qui en découle. Elle se rencontre surtout chez les jeunes gens.

Elle entraîne au début le recours à certains artifices mais finit souvent par limiter de façon importante l'activité du sujet.

La nosophobie

Crainte des maladies et surtout des plus graves (cancer, leucémie, maladie mentale). Assez souvent, elle n'est pas phobique : sous forme diffuse, mal organisée, elle

se rencontre presque constamment dans la névrose d'angoisse ; très structurée au contraire, elle est habituellement symptomatique d'une affection psychotique. On voit immédiatement que, dans la nosophobie, la maladie n'a pas les caractères habituels du stimulus phobogène ; ce n'est pas une situation extérieure que l'on redoute et que l'on peut éviter. Il ne faut pas la confondre avec l'hypocondrie dans laquelle elle peut exister mais avec un caractère spécifique, répétitif, fixé et surtout une conviction quasi délirante et une agressivité envers le corps médical suspecté de ne pas diagnostiquer la maladie organique supposée dont est atteint le sujet.

La dysmorphophobie

Crainte obsédante non justifiée d'une modification corporelle localisée, peur d'avoir un vilain nez, des cheveux mal coupés : elle est la plupart du temps d'ordre névrotique mais une dysmorphophobie centrée sur le visage, dans un contexte de bizarrerie et de dissociation affective, peut indiquer une entrée dans la schizophrénie ou, tout au moins, un trouble psychotique du schéma corporel, signe de débordement du moi par des conflits archaïques touchant l'identité.

L'éreutophobie est associée à des dysmorphophobies.

Conduites phobiques (contra-phobiques)

Conduites d'évitement

Le phobique évite les situations et les objets phobogènes. L'agoraphobe suit un trajet défini lorsqu'il sort de chez lui, tel autre prend les transports en commun ; un autre, claustrophobe, évite l'ascenseur. Ceci est moins net dans les phobies d'impulsion ; le sujet ne peut s'empêcher de flirter avec son objet, il s'approche de la fenêtre, se penche, manipule le revolver qui lui inspire des idées de suicide.

Conduites de réassurance

Le familier, l'habituel, est réassurant : la maison, les objets usuels et surtout les personnes aimées et proches. Une personne aimée de l'entourage peut servir de mesure de réassurance, mais cela peut être seulement un objet, comme par exemple un tube d'anxiolytique.

Secondairement, les mesures de réassurance peuvent devenir plus symboliques ; ce sont des gestes, des formules, des représentations mentales. Dans ces cas, on se rapproche de la névrose obsessionnelle.

Conduites contra-phobiques

Ce sont des conduites où le phobique affronte sa phobie. Ainsi, celui qui a peur du vide devient pilote de ligne ou alpiniste par exemple.

Autres symptômes

Ils sont, pour une part, la conséquence :

- des symptômes phobiques,
- du caractère du sujet.

L'inhibition

- Les conduites d'évitement sont déjà des mesures d'inhibition de l'angoisse qui restreignent l'activité du sujet.
- L'inhibition sexuelle est habituelle.
- Souvent, ces sujets phobiques ont du mal à envisager les situations nouvelles ; ils s'en tiennent à leurs habitudes parce que la nouveauté peut leur faire craindre la survenue inopinée de l'angoisse.

La dépression

Elle survient lorsque les désirs du sujet ne peuvent être assouvis en raison de restrictions amenées par les mesures contra-phobiques d'évitement. Elle arrive aussi dans les phobies d'impulsion, en raison de la peur du passage à l'acte.

Les troubles sexuels

- La névrose phobique de l'adulte s'accompagne souvent d'une inhibition sexuelle plus ou moins importante qui peut aboutir par peur de l'échec (angoisse de castration ou de pénétration) à l'absence d'activité sexuelle.
- Chez l'homme, cette inhibition se traduit par l'impuissance d'érection ou par l'éjaculation précoce, chez la femme par la frigidité vaginale.
- Cette inhibition dans les rapports sexuels a pour conséquence habituelle le recours privilégié à une activité masturbatoire.

La personnalité phobique

Anxiété

Le phobique est une personne anxieuse, toujours sur le qui-vive, en état d'alerte pour prévenir la situation anxiogène.

Certains types de la personnalité hystérique

Le phobique présente à des degrés divers tous les traits de la personnalité hystérique, puisque la névrose phobique et l'hystérie de conversion relèvent, comme nous l'avons vu, de la même structure psychopathologique.

Traits propres au phobique

Nous avons vu que la différence entre les deux affections se situe au niveau de la métabolisation de l'angoisse qui, dans un cas (hystérie) se convertit somatiquement et dans l'autre (phobie) est projetée à l'extérieur.

Sur le plan du caractère, il s'ensuit que, contrairement à l'absence d'angoisse et à la « belle indifférence de l'hystérie de conversion », le phobique, lui, est

anxieux, car, même si son angoisse est conditionnelle parce que projetée à l'extérieur.

Le phobique paraît donc beaucoup moins en sécurité que l'hystérique, d'où :

- son *état constant d'alerte* particulièrement vis-à-vis du monde extérieur où est projeté le danger ;
- son *parti pris pour la fuite* qui peut s'exprimer dans deux types de comportement diamétralement opposés :
 - l'*inhibition* : les conduites d'évitement peuvent se généraliser au point de paralyser complètement l'activité du sujet, ce qu'il ne faut pas confondre avec un repli autistique, d'autant plus que, dans ce cas, bien souvent, le phobique rationalise son attitude et, au lieu de dire « j'ai peur de sortir dans la rue », affirmera « je n'ai pas envie de... ça ne m'intéresse pas »,
 - la fuite en avant : dans l'activisme, la suroccupation, l'affrontement des obstacles, et comportement de défi (celui qui a le vertige fera de l'escalade par exemple).

Diagnostic différentiel

Névrose d'angoisse

- Importance dans celle-ci de l'anxiété : pas d'objet ou situation phobogène spécifique ;
- importance des manifestations fonctionnelles ;
- craintes peu organisées ;
- nosophobie (cancers), thanopathie ;
- peu de conduites d'évitement.

Hystérie de conversion

La distinction des deux affections n'est parfois pas possible précisément lorsque l'hystérique n'a pas pu *convertir* somatiquement toute son angoisse et la projette encore sur des objets/situations phobogènes.

Névrose obsessionnelle

La présence de phobie n'est pas rare dans la névrose obsessionnelle. Les formes de passages existent entre les deux névrotes, marquées cliniquement par les phobies d'impulsions ou les phobies limites.

Si nous sommes dans le registre de la névrose obsessionnelle, on retient :

- l'absence d'angoisse ;
- l'importance de l'asthénie (ancienne neurasthénie) ;
- le caractère froid du contact opposé à celui du phobique qui demande de l'aide et manifeste son angoisse et ses affects ;
- l'intellectualisation des moyens de défense.

Mélancolie

Certains mélancoliques peuvent présenter des phobies d'impulsion, essentiellement suicidaire. La phobie est dans ces cas prise dans une expérience délirante à thème d'autodépréciation, de ruine, de spoliation. L'absence d'antécédent névrotique, la soudaineté d'apparition des symptômes, l'aspect dramatique de l'angoisse font pencher vers le diagnostic de mélancolie anxieuse.

Schizophrénie

Si le sujet est jeune (entre 15 et 35 ans), on doit penser à la schizophrénie lorsque nous sommes en présence de dysmorphophobie : crainte obsédante et injustifiée d'une modification corporelle localisée (nez, dents, cheveux, profil), ceci dans un contexte de discordance affective, de soudaineté de l'apparition, de blocage de toute l'activité sur le symptôme, voire de retrait autistique et de froideur affective.

Complications

- Dépression ;
- conduites addictives : alcooliques, toxicomaniaques (haschisch) ou médicamenteuse (anxiolytique) pour faire baisser l'angoisse ;
- restriction de la vie sociale : limitation des sorties, des rencontres ;
- les difficultés augmentent dans la vie quotidienne.

Psychopathologie psychanalytique

Freud situe la similitude structurale entre hystérie de conversion et hystérie d'angoisse (phobie) dans « l'action du refoulement qui tend essentiellement à séparer l'affect de la représentation ». Ce qui caractérise la névrose phobique par rapport à l'hystérie va être la « gestion » (subjective) de l'angoisse. C'est en 1909 que Freud avec le petit Hans, propose le terme d'hystérie d'angoisse pour la phobie, soulignant la proximité avec l'hystérie de conversion. L'angoisse chez le petit Hans est projetée sur un objet extérieur, le cheval, plutôt que convertie. L'animal représente symboliquement (après *déplacement*) l'objet du conflit œdipien sur lequel sont projetés les désirs parricides et les craintes de punition (angoisse de castration).

Dans ce contexte la phobie n'est pas forcément un symptôme à éliminer : c'est aussi une manière d'organiser une angoisse flottante comme celle présente dans la névrose d'angoisse. *La phobie permet de centrer une angoisse* qui, si elle restait flottante, ne permettrait pas un développement harmonieux de la personnalité : c'est le cas des angoisses dites « archaïques » (angoisses de perte de contenant ou de limite) qui, chez l'enfant, ne peuvent se « métaboliser » en se déplaçant sur une phobie animale et qui, du coup, influent négativement sur les apprentissages scolaires et les comportements (hyperactivité de l'enfant).

● Historique et développement des conceptions freudiennes

Les conceptions de Freud sur la phobie sont en étroite relation avec ses conceptions sur l'angoisse (1895 puis 1926), apparaissant dans de nombreux autres textes, « Le Refoulement » (1915), *Leçons d'introduction à la psychanalyse* (1916), *Les Nouvelles Conférences de psychanalyse* (1933).

Dans la première conception freudienne (à partir de 1895), c'est le refoulement d'une représentation (liée au sexuel) qui provoque l'angoisse (puis la phobie), alors que dans la seconde (1926) c'est une menace (interne autant qu'externe) pour le moi qui engendre une « angoisse-signal », elle-même provoquant le refoulement, ce qui amène une modification de la théorie sur la phobie.

En 1894, dans « Les Psychonévroses de défense », Freud cite deux cas de phobies dont l'un est plutôt une *phobie d'impulsion* (celle de frapper un enfant avec un couteau pour une jeune femme). Dans sa conception, l'objet phobique relève de représentations faisant partie d'un « groupe psychique séparé », l'affect qui leur est lié étant attaché à d'autres représentations après refoulement. Chez la jeune femme, la phobie du couteau renvoyait à une crainte d'uriner pendant un concert, affect dérivé d'un désir envers un homme pendant ce concert.

Ainsi le schéma freudien est à cette époque : désir (interdit) → refoulement → angoisse → déplacement sur un objet ou situation (phobie).

Dans « Phobie et obsession » (1895) Freud insiste surtout sur l'état émotionnel (les phobies faisant partie de la névrose anxieuse d'origine sexuelle) qui prévaut dans la genèse de la névrose phobique qu'il a distinguée de la névrose d'angoisse et de la névrose obsessionnelle, avec une conception proche de celle ultérieure à 1926, ceci à partir de l'agoraphobie : « dans le cas de l'agoraphobie [...] on rencontre souvent le souvenir d'une attaque d'angoisse, et en vérité ce que redoute le malade c'est l'événement d'une telle attaque dans les conditions spéciales où il croit ne pouvoir y échapper ». Cette description invite à penser la phobie comme une crainte de la reproduction d'une détresse (« attaque d'angoisse » [attaque de panique ?]) jointe à l'impuissance (« croit ne pouvoir y échapper¹ »).

Ensuite dans *Les Études sur l'hystérie*, publiées en 1895, il présente Emmy, souffrant de différentes phobies : orage, folie des animaux (crapauds, chauve-souris), personnes, être enterrée vivante. Freud rattache cette symptomatologie à des *événements et souvenirs traumatiques* (attaque d'un frère avec un crapaud, souvenirs d'enfermement dans un cabinet de toilette, etc.) liés à la « rétention de grandes quantités d'excitations » (sexuelles). La phobie hystérique apparaît dès lors chez cette patiente comme le produit de traumatismes dont l'affect n'a pas été abrégé et que des situations quotidiennes ultérieures viennent réactiver.

À la même époque, le cas d'Emma (*Projet d'une psychologie*, 1895) est celui d'une jeune femme présentant une obsession hystérique développée à partir d'une phobie (que les vendeurs ne se moquent d'elle), phobie qui est un effet *après-coup* d'un premier événement à 13 ans (à un âge prépubère dont on peut hypostasier le début de désirs et fantasmes sexuels). En fait la deuxième scène, à 13 ans, celle des vendeurs qui rient en sa présence dans un magasin, est anodine alors que c'est celle qui entraînera les troubles. Freud comprend que la scène II est

1. Pedinielli et Bertagne, 2009, p. 41.

« associée » par refoulement à une « scène I » dont Emma a été l'objet à l'âge de 8 ans et qui fut celle d'un réel attentat à sa pudeur et intimité (main de l'adulte vendeur dans la culotte de la petite fille). Dans ce cas non publié (Esquisse destinée à Fliess), Freud annonce en fait une théorie où on passe d'un événement traumatique de séduction à celui d'un fantasme de séduction, tous les deux refoulés mais dont *après coup* les affects à peine ressentis dans un premier temps faute de sens vont prendre un sens sexuel avec l'advenue de la puberté et convertis ou projetés sous forme de phobie. Dans la lettre du 25 mai 1897, Freud confirme cela : « tous les symptômes d'angoisse [phobie] dérivent ainsi de fantasmes¹ », l'agoraphobie étant même appréhendée comme *un roman* lié à des fantasmes de prostitution.

En 1905, avec Dora, le rôle du fantasme dans la phobie est encore souligné : chez Dora il s'agit de « l'horreur des hommes » de la part d'une adolescente victime d'une tentative de séduction de la part d'un homme (Mr K., ami de son père et mari de la maîtresse de ce dernier). Dans ce cas, la phobie apparaît comme une forme de protection « pour se prémunir contre une nouvelle perception refoulée » parce que traumatique de tout désir interdit envers K, mais aussi, en deçà, de la figure œdipienne du père et de ...Mme K.

Ensuite, en analysant le petit Hans, Freud développe les mécanismes et les angoisses en jeu dans l'état névrotique. La phobie d'être mordu du petit Hans par des chevaux exprime sur un mode régressif oral, la crainte de la castration, plus précisément la crainte d'être châtré par son père, le cheval étant ici un substitut paternel. La phobie est liée à des événements marquants : à 3 ans, préoccupations du pénis (le « fait-pipi »), le sien comme celui des autres, et notamment celui des chevaux. La grossesse de sa mère conduit l'enfant à des interrogations sur la naissance des enfants. Il appelle les autres enfants « mes enfants ». Il joue au cheval avec d'autres enfants en vacances (jouer à faire le cheval et voir un cheval qui mord). Hans présente une période d'angoisse avec rêve et crise d'anxiété. L'apparition de l'objet phobique, le cheval et sa morsure, se fera plus tard à la suite d'une promenade avec le père. Freud montre que les mécanismes psychiques qui « construisent » la phobie proviennent à la fois du *déplacement* mais également de la projection sur le cheval des pulsions agressives envers le père ce qui permet à Hans de faire l'économie d'un conflit œdipien chargé d'ambivalence envers son géniteur.

Dans *L'Homme aux loups* (1918) qui présente une névrose infantile avec phobie des loups étendue à d'autres animaux, Freud repère une scène de séduction passive ayant fait l'objet d'un refoulement prenant sens *après-coup*². La dimension traumatique à l'origine de la phobie conforte ses premières thèses, Freud allant tout de même plus loin dans l'interprétation puisque le rêve (d'angoisse) des loups, à l'origine de la phobie, est mis en rapport avec un désir œdipien passif de l'enfant envers son père.

Enfin dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), la transformation de la théorie de l'angoisse amène Freud à une nouvelle description : c'est l'angoisse qui produit

1. *Naissance de la psychanalyse*, p. 181.

2. Le Guen, 1985 ; 1997.

le refoulement (et non l'inverse [cf. *supra*]). Ce changement théorique ne modifie pas le mécanisme de la phobie, mais simplement sa cause. « Dans le cas de la phobie, on n'a, au fond, que la substitution extérieure à un autre danger extérieur [castration]... La seule différence avec l'angoisse devant un danger réel, telle que le moi la manifeste normalement dans des situations de danger, est que le contenu de l'angoisse demeure inconscient et ne devient conscient que sous un aspect déformé¹. » La phobie, issue de la projection sur un objet externe, ne le fait que parce que le *danger est d'abord interne, pulsionnel* refoulé avant d'être déplacé et projeté. L'advenue du complexe d'Œdipe et de la formation d'un surmoi œdipien assurent une complexité névrotique à l'appareil psychique au point d'entraîner ces modalités défensives.

On peut donc avancer que dans les états phobiques d'origine névrotique, la situation angoissante a pour le patient une signification inconsciente : elle symbolise à la fois la tentation d'un désir et l'interdit et la punition envers cette pulsion/ce désir que le surmoi, instance morale, réproouve : la « rue » de l'agoraphobe peut représenter le désir d'une aventure sexuelle, d'exhibition devant des spectateurs, que la morale réproouve et les défenses refoulent...

● **Chez les postfreudiens d'autres développements seront donnés quant à la genèse des phobies :**

- Pour M. Klein, le danger interne projeté dans la phobie provient de la crainte en termes de destructivité que contiennent les motions pulsionnelles primitives envers les images parentales.
- Pour Fenichel (1944), la phobie relève d'une substitution de l'angoisse à l'excitation, opération qui entraîne l'évitement de la scène excitante.
- Pour Greenson (1959) les événements rencontrés provoquent l'éveil de désirs spécifiques dans le ça, ce qui aboutit à une intensification des conflits et un affaiblissement des capacités défensives, de là le recours privilégié et toujours actuel de la projection phobique.
- Pour Birraux il existe des angoisses primitives entraînant une défaillance narcissique (effondrement) par incapacité de représentation, ceci du fait des pulsions, de la séduction ou du trauma. En ce sens la phobie mérite d'être comprise comme un mode de défense permettant au moi de trouver un objet, certes phobogène, là où le moi présente précisément une faiblesse de construction de son narcissisme.
- En ce sens encore, la projection conduit à la constitution d'un objet phobique extérieur qui fournit une représentation et rend possible la mise en place de mécanismes de défense.
- Toujours dans cette même compréhension du trouble, on peut penser que la phobie peut servir à défendre le moi contre une réelle angoisse narcissique de perte d'identité. *Raison de la déraison*, elle donne à l'angoisse un objet et la circonscrit dans l'espace et dans le temps ; il s'agit d'une mesure qui recrée les conditions de la peur, c'est-à-dire d'une désobjectivation et qui, en même temps, se donne les moyens (le temps) d'être élaborée subjectivement.

1. *Inhibition, symptôme et angoisse*, p. 49.

Traitements

- Psychothérapie, psychanalyse.
- Chimiothérapie, uniquement dans les cas sévères et de manière transitoire pour éviter la dépendance médicamenteuse et la possibilité à un recours psychothérapique.
- Thérapie comportementale.