



ACADEMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER

Séance 28/11/2005,

Conférence 3923, Bull. 36 (2006), 361-376

L'ANXIETE ET SES AVATARS, OU DE FREUD A FREUD

Par André Savelli

En exergue, ce verset de l'Ancien Testament, tiré de l'Ecclésiastique, 21.55
Bensira 31.6, et traduit par André Chouraqui :

*« Ne donne pas ton être à l'Angoisse, ne trébuche pas sur ton tort,
La joie du cœur, c'est la vie de l'homme :
L'allégresse de l'homme prolonge son souffle.
Séduis ton être, pacifie ton cœur ; éloigne de toi l'écume ;
Oui, l'Angoisse en a tué plusieurs et l'écume est inutile.
Jalousie et colère abrègent les jours, les soucis font vieillir avant le temps. »*

I/ INTRODUCTION

Je laisse le philosophe André Comte-Sponville introduire mon propos :

La peur est le premier sentiment, sans doute au moins ex-utero : quoi de plus angoissant que de naître ? Il doit arriver qu'elle soit le dernier : quoi de plus angoissant que de mourir ? La mort est toujours possible, la souffrance aussi. Un être vivant, c'est un peu de chair et d'âme offerts, à un moment ou un autre, à la morsure du réel.

Qu'est ce que l'Angoisse, sinon ce sentiment en nous de la possibilité immédiate du pire ?

Et pourtant. Et pourtant, si l'on parle d'angoisse dans l'Ancien Testament, si les premières références à l'angoisse remontent à l'Antiquité : égyptienne, lorsque l'inquiétude apparaît devant le non-être, dès le Moyen Empire ; grecque avec Prométhée : en empêchant les hommes de prévoir leur mort, ne leur donne-t'il pas l'espérance et l'angoisse ?, ou latine : la première expérience de l'angoisse commence avec cette « stupor » étreignant Saint Augustin lorsqu'il prend conscience qu'il est pour lui-même une grande question : « Je ne peux concevoir intégralement ce que je suis ; l'esprit est donc trop étroit, pour se contenir lui-

même ? C'est sur moi que je m'épuise. D'où vins-je ? Qui suis-je, où vais-je ? ». Si l'expérience de l'angoisse se poursuit avec « l'effroi » que Pascal met dans la bouche du libertin : « Quand je considère la petite durée de ma vie, absorbée par l'éternité, et le petit espace que je remplis, abîmé dans l'immensité des espaces que j'ignore et qui m'ignorent, je m'effraie : qui m'y a mis, par l'ordre et la conduite de qui ? »

Et pourtant, les termes d'angoisse, d'anxiété, et leurs équivalents dans les langues occidentales, n'étaient que très occasionnellement utilisés en médecine comme en littérature jusqu'au 19^{ème} siècle.

II/ HISTORIQUE

Au plan historique, l'angoisse est « lancée », créée par le philosophe et théologien danois Søren Kierkegaard, en 1844, quand il publie à Copenhague «Le concept d'angoisse ». Le sentiment d'angoisse naît de la **liberté du choix devant le possible**, de l'existence simultanée d'une attraction et d'une répulsion. Il est tentant d'y voir la première formulation d'une théorie du conflit, générateur d'angoisse.

Cette angoisse, pour Kierkegaard, est un phénomène normal, inhérent à la liberté qui marque la condition de l'homme. Son ouvrage est un essai sur le problème du péché originel, c'est-à-dire du sexe, comme le reprendra Lacan. Selon Kierkegaard, l'angoisse est consubstantielle de l'existence humaine et pour cette raison impossible chez l'animal. Si, en tant que psychiatre nous n'avons pas à nous interroger sur l'importance du grand penseur danois dans l'histoire de la philosophie, en tant que psychiatre on doit admirer son œuvre. Le concept d'angoisse n'était pas discuté en psychologie avant lui. Il est le premier à l'avoir opposé à la peur de quelque chose. Sans lui, nulle compréhension de l'angoisse n'est possible.

Mais l'angoisse n'entrera en médecine, et en particulier en psychiatrie, que 50 ans plus tard ! Le monumental dictionnaire des sciences médicales en 100 volumes publiés entre 1864 et 1889 par Dechambre ne trouve pas utile de la mentionner.

De même pour les Lettres : dans un symposium sur l'anxiété, en Allemagne, il y a quelques décades, le rapporteur sur « L'angoisse dans la Littérature » faisait remarquer que les sentiments anxieux n'apparaissent qu'à la fin du 18^{ème} siècle, en particulier dans le roman noir gothique anglais, dans le préromantisme, comme ressort de l'intérêt. Désormais les œuvres imaginatives attiraient en provoquant l'angoisse, appréhension sans cause réelle ; une de ses amies pouvait alors écrire à Voltaire : « Je n'y crois pas, mais j'en ai peur ».

Le rapporteur attribuait cela au fait que jusqu'à la fin du 18^{ème} siècle, dans les pays occidentaux, **on vivait dans les dangers réels** : danger de mourir de faim-il y avait des famines périodiques, de maladie - il y avait des épidémies dévastatrices, danger de mourir en voyage - diligence renversée ou attaquée. Il existait un sentiment de peur vis-à-vis de dangers

permanents. Pour cet historien, la description de la peur sans objet, l'anxiété, est apparue lorsque a disparu la vraie peur, avec l'augmentation de la sécurité générale

On sait que l'anxiété névrotique augmente dans la mesure où la peur diminue.

En épidémiologie psychiatrique, un des seuls facteurs qui diminue l'anxiété névrotique est la guerre. On observe pendant les guerres, une baisse massive de l'anxiété névrotique probablement parce qu'elle est remplacée par la peur d'un danger réel.

L'anxiété est peut être ce dont on paye la sécurité, de même que la délinquance est peut être ce dont on paye l'abondance.

Si l'anxiété est devenue le symptôme central de la psychopathologie, c'est là une donnée récente. Au 18^{ème} siècle, la première classification des peurs avec le dictionnaire de médecine de Lavoisier en 1771, ne l'évoque pas. Dans la littérature psychiatrique française, le mot anxiété n'est mentionné, au 19^{ème} siècle que trois fois et toujours à propos de la mélancolie.

C'est autour de 1900 que l'on commence à se préoccuper de l'angoisse. Chaque période a son terme à la mode. Le 19^{ème} siècle était hanté par la fatigue, souvenir des langueurs de la tuberculose, d'où l'intérêt porté à la « **neurasthénie** », développée par l'américain Beard en 1869.

En 1871, Da Costa, médecin militaire américain, décrit « **le cœur irritable** » chez de jeunes soldats épuisés, engoncés dans des uniformes et sacs trop pesants, avec les signes physiques fonctionnels que l'on connaît dans l'angoisse mais sans mentionner ni la peur ,ni l'angoisse.

La même année, un neuropsychiatre allemand, Westphall, isole **l'agoraphobie**, mais pour lui, liée à une atteinte oculaire

En 1873, le français Krishabert, décrit la **névropathie cérébrocardiaque** centrée par l'attaque d'angoisse, et en 1878, Le Grand du Saule donne une place à l'angoisse dans l'agoraphobie.

Il faut attendre 1895. En 1895, **Sigmund Freud**, neuropsychiatre ayant fait une thèse de neurologie, après des études sur l'hystérie chez Charcot à Paris, a écrit un article sur la légitimation de séparer de la neurasthénie- la névrose américaine- un contexte symptomatique particulier appelé **la Névrose d'Angoisse**. Elle résulte d'une insuffisante élaboration psychique de **la libido** .L'animal a un instinct, un territoire, l'homme n'a pas de territoire mais une pulsion, une libido, un désir à mettre en représentation vers autrui, vers une chose, vers une activité, un allant, que l'on pourrait nommer *conatus* à la suite de Spinoza (de *conor*, tendre vers, commencer d'aller vers).

Dans le concept de libido, Freud englobe cet élan vital en général, dont on n'a retenu que l'acception sexuelle, mais qui recouvre toutes les appétences de la vie. L'envie de créer,

d'agir, d'aimer, faire l'amour, découvrir, en savoir plus, c'est la libido, que nous savons sous la dépendance d'une hormone, la dopamine.

C'est **l'acte de naissance de l'anxiété** pathologique et **des névroses**. Rien d'essentiel n'a été ajouté, depuis, aux grandes caractéristiques qu'il a dégagées à partir de 100 cas : l'attente anxieuse, la crise d'angoisse, ses rapports avec l'hystérie, les phobies et les obsessions, même si les noms ont changé.

En 1899, **Kraepelin**, psychiatre allemand, affirme dans son traité de psychiatrie « que le trouble affectif le plus important rencontré chez ses malades, c'est l'anxiété ». En France, en 1902, **Lalanne**, au congrès des Aliénistes de langue française déclare : « Il faut arriver à ces derniers temps pour voir assigner à l'angoisse sa vraie place et son véritable rôle. ».

Depuis cette date, sous l'influence des cliniciens mais surtout, au début, des psychanalystes et phénoménologues, l'anxiété a pris une place de premier plan.

III/ DEFINITION

Avant de définir l'angoisse, essayons d'apprécier les nuances entre angoisse, anxiété, peur et phobie.

De fait, ces subtilités terminologiques n'intéressent guère ; pourquoi la langue aurait-elle raison, le corps en sait plus : j'ai peur, je m'angoisse, je suis anxieux. Sans doute, avoir peur d'un chien réel, et dont on ne sait quoi, ce n'est pas la même chose ; mais l'enfant qui a peur du noir, a-t-il peur de quelque chose de déterminé, de réel, d'imaginaire, des voleurs, de la mort ?

Sa peur changera-t-elle de nature quand on l'aura baptisée anxiété, angoisse ou phobie. Je vais faire bondir notre secrétaire perpétuel : « Quelques diversités d'herbes qu'il y ait, disait Montaigne, tout s'enveloppe sous le nom de salade ». Quelques diversités de peur sous le nom d'angoisse, d'anxiété ou de phobie. Ce ne sont que des mots. Bien sûr, les spécialistes dont j'étais, ont besoin de ces catégories, mais l'angoisse non, la peur non. Un objet, pas d'objet, qui peut le savoir ? Quand on marche dans une forêt, la nuit, dit Comte-Sponville, a-t-on peur qu'il y ait quelqu'un ou parce qu'il n'y a personne ?

Et **angoisse et anxiété, au plan sémantique ?** : Les langues anglaise et allemande ont chacune un seul mot pour désigner le phénomène : « angst » en allemand et « anxiety » en anglais, tous deux dérivés du latin « angusta » (resserrement) ; le français comme l'espagnol a deux mots, angoisse et anxiété : ce qui a donné lieu à des discussions sur leur nuances. **Litré** voyait dans l'inquiétude, l'anxiété et l'angoisse trois degrés d'un même état. **Brisseaud**, en 1902 avait voulu opposer l'anxiété, phénomène psychologique d'origine cérébrale à l'angoisse, phénomène somatique d'origine bulbaire : c'était une distinction cartésienne, claire et dualiste, qui a longtemps fonctionné et qui perdure.

Souvenons- nous cependant que Freud avait publié ses premiers travaux en français. Il avait écrit la « névrose d'anxiété ». Ses traducteurs l'ont transformée en « angst neurose » qui

nous est revenue en « névrose d'angoisse ». Freud utilisait indifféremment angoisse et anxiété.

En psychiatrie, actuellement, il est impossible de tenter une distinction : l'angoisse ou l'anxiété est un complexe fait d'éléments psychiques, un éprouvé particulier, et des sensations physiques. Vouloir séparer l'un de l'autre est artificiel. Surtout quand on sait qu'au moment même où le sentiment de menace fait irruption à l'esprit sous forme d'angoisse ou d'anxiété, véritable cloche d'alarme, au même moment, ce sentiment de menace contre l'intégrité du corps déclenche tout un programme de réactions neuroendocriniennes pour s'en protéger, s'adapter et lutter.

On peut donc maintenant caractériser l'angoisse ou l'anxiété comme un état de conscience particulier. C'est le type même des états de conscience sans contenu, généralement rangés dans le cadre des émotions à tonalité pénible. **Pierre Pichot**, un de mes maîtres dont je me suis beaucoup inspiré, définit l'angoisse comme une **peur sans objet apparent légitime** ; car dans l'angoisse phobique, il y a bien un objet apparent, mais illégitimement ressenti comme menaçant.

IV/ DESCRIPTION CLINIQUE

Nous décrivons rapidement la névrose d'angoisse avec ces deux éléments, la crise d'angoisse et l'état permanent anxieux, à partir des trois phénomènes qui les affirment : un éprouvé subjectif, des manifestations corporelles objectivables, et des modifications du comportement ; seront abordés ensuite les aspects normaux et pathologiques de l'anxiété, puis les troubles qu'elle génère.

A/ La crise d'angoisse

C'est une manifestation paroxystique sur fond d'anxiété, bien analysée par Freud et qui correspond à la description actuelle de l'attaque de panique. Elle est caractérisée par :

- **1) Un éprouvé psychique** d'alerte, d'inquiétude sans objet défini, d'insécurité, et d'attente du danger. L'attaque d'angoisse submerge le patient brutalement, sans raison apparente, avec vécu de danger imminent qu'il ne peut ni éviter ni surmonter, et surtout peur de mourir, d'une mort certaine, ce qu'elle est en effet, et prochaine, ce qu'elle n'est pas heureusement. « Docteur, elle dit qu'elle va mourir ». C'était le titre d'un article consacré aux crises d'angoisse par SOS assistance. On imagine le collègue lui tapotant le bras « mais non, tu ne vas pas mourir ! » pour la rassurer et se rassurer. Si, elle va mourir, mais pas tout de suite, elle n'est malade que d'anticiper !
- **2) D'autant que les manifestations corporelles**, subjectives et objectives ont des symptômes spectaculaires, trompeurs :
 - Palpitations, tachycardie, douleurs thoraciques, évanouissement, laissent évoquer une atteinte cardiaque.
 - Des manifestations respiratoires : pseudo asthme, toux nerveuse et hyperventilation aboutissent à une crise tétaniforme.

- Des signes digestifs avec boule oesophagienne, spasmes gastriques et intestinaux, nausées, vomissements.
 - Des troubles urinaires avec spasmes vésicaux.
 - Des manifestations neuromusculaires : tremblements, dérochement de jambe.
 - Et sensorielles : bourdonnements d'oreille, vertiges ; enfin cutanées avec sueurs.
- **3) Le comportement** est modifié : soit sidération, soit déambulation, errance ou même réaction de fuite au cours d'une impulsion anxieuse. Cette fuite peut être à l'origine de pseudo- désertion en temps de guerre, en cas de fuite en avant dans les lignes ennemies, et peut poser des problèmes médico-légaux par la suite.

La crise d'angoisse est de durée variable, quelques minutes à quelques heures ; elle cède brusquement, peut rester isolée ou se renouveler.

B/ L'état permanent anxieux,

Appelé par Freud attente anxieuse, et plus tard anxiété flottante, correspond à ce qui est maintenant le trouble anxieux généralisé.

- **1)** L'éprouvé psychique a le même aspect, à un degré moindre. C'est surtout un état durable, d'alerte ou d'inquiétude.
- **2)** Le retentissement organique se manifeste par :
 - Des troubles du sommeil : difficultés à l'endormissement, réveils fréquents vers deux heures du matin avec cauchemars, différents de l'insomnie de quatre heures, liée à la dépression.
 - Des troubles fonctionnels variés, digestifs, cardiovasculaires, respiratoires, urinaires, mais à un degré moindre.
 - Des troubles de la sexualité : libido diminuée ou abolie, frigidité, éjaculation précoce ou impuissance.
 - Des troubles intellectuels avec difficultés de concentration et troubles mnésiques.
 - A l'examen, on note muscles contractés et réflexes vifs, un pouls rapide, une tension basse et, au plan biologique, un déséquilibre des régulations neurovégétatives et humorales. L'électro-encéphalogramme s'avère irrégulier, bas volté.
- **3)** Le comportement est instable, avec irritabilité, sub-agitation, fatigue et épuisement rapide.

C'est sur cet état anxieux, cette anxiété flottante que surviennent les crises d'angoisse.

V/ LES ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES DE L'ANGOISSE

Attardons-nous un peu sur l'étude comparée des processus normaux et pathologiques de l'angoisse.

On a longtemps pensé que **l'angoisse était une**, c'est-à-dire qu'il existait des différences dans l'intensité, les symptômes d'accompagnement et les causes (anxiété normale, névrotique, psychotique ou produite par l'injection d'excitant), mais qu'il n'existait pas de

différence de nature. Or l'anxiété peut être comparée à la douleur, symptôme d'une menace contre l'intégrité du corps- l'angoisse est une menace contre le Moi, disait Freud. Nous savons, aujourd'hui, qu'il y a des variétés qualitatives de douleurs et il en va de même pour l'anxiété. Les médicaments qui agissent sur celle-ci n'agissent pas sur toutes les anxiétés, névrotique ou psychotique. S'il y a un dénominateur commun, il y a des différences qualitatives.

L'anxiété reste une menace contre le Moi. C'est le signal d'alarme **d'une situation conflictuelle** soit **connue**, réelle ou imaginaire, soit **inconnue**, mais **toujours relationnelle** à quelqu'un ou au monde. Et ce, que l'angoisse soit normale, métaphysique ou réactionnelle, soit pathologique.

A/ Nous évoquerons rapidement l'angoisse métaphysique, puisque nous l'avons déjà citée avec :

- Saint Augustin et Pascal chez qui l'anxiété, liée à l'être dans le monde, est un **conflit relationnel à l'infini**.
- Rappelons Søren Kierkegaard, pour qui, dans sa théorie philosophico théologique, l'anxiété naît de la liberté et du choix, de la liberté et de la faute : **c'est un conflit religieux**.
- Pour Heidegger, l'angoisse naît du néant et de la révélation de l'être-au- monde (pourquoi y a-t-il quelque chose plutôt que rien?), le **conflit est d'ordre métaphysique**.
- Sartre a critiqué Heidegger. Ce sont, pour lui, les conditions sociales qui sont névrosantes : il faut refaire « la société pourrie » pour en extirper l'angoisse. Cette angoisse existentielle, dont le terme a été créé par les phénoménologues dès 1923, est pour lui **liée à un conflit social**.
- Kafka nous aide à cerner le problème : l'anxiété naît de la prolifération des dimensions et des présences (les grands ensembles) qui, dans la famille, l'école, la cité, provoquent l'asphyxie sans engendrer la communion. Cette asphyxie, cette tour de Babel (ou plutôt ce puits de Babel) où nous nous enfonçons, où personne n'est l'ami de personne, ce monde kafkaïen qui est le nôtre, à mesure que reculent pauvreté et maladie, précise une misère indépendante d'elles, l'angoisse **par conflit interrelationnel entre les hommes**, par manque de lien. Nous payons en ce début du 21^{ème} siècle, ce déni « du souci de l'âme » sur lequel nous interrogeait Jan Patočka, il y a vingt ans, dans « Essais hérétiques sur la philosophie de l'histoire ».

L'angoisse métaphysique, normale, est dépourvue le plus souvent des manifestations somatiques de la crise d'angoisse. Mais il n'est pas indifférent que l'on utilise le même mot et que l'idée de la mort pour décrire l'une et l'autre intervienne également. C'est l'image de la condition des hommes qui attendent leur tour pour mourir, et l'on songe à Pascal et aux hommes enchaînés : comment ne seraient ils pas angoissés ?

B/L'Anxiété réactionnelle est au centre de la vie des hommes.

Dès la naissance, et tout au long de sa maturation, le conflit et l'angoisse, chez l'homme, représentent un phénomène naturel, normal et nécessaire qui est à l'origine des comportements adaptatifs, d'orientation, d'anticipation, d'expectative et d'investigation.

L'angoisse, une fois les conflits sublimés, permet le renforcement du sens, la mobilisation des mécanismes de défense, l'accroissement du rendement et de l'efficacité dans l'activité de l'individu au cours de son existence.

Les pédopsychiatres nous ont appris que chez l'enfant, lors de son développement psychique et la confrontation avec la réalité intérieure et extérieure, l'angoisse connaît un processus intense d'évolution, d'enrichissement et de diversification du contenu des sentiments.

Je passerai sur la théorie de Rank, récusée initialement par Freud mais sur laquelle il est revenu, **de l'angoisse du traumatisme de la naissance**, bien analysée par Mélanie Klein et maintenant admise par tous comme une « proto angoisse ». J'évoquerai **l'angoisse de séparation** entre le bébé et sa mère, décrite par Spitz, surgissant vers le huitième mois, puis **l'angoisse de privation**, analysée par Bowlby, sur les données de l'éthologie, née de la séparation totale d'avec sa mère.

Le conflit de la peur de perdre la **fusion mère/enfant** au départ de la mère, puis de la **triangulation** avec l'apparition d'un autre visage, celui du père, sont des angoisses physiologiques de l'enfant, manifestations considérées comme dépendantes du processus de maturation. Ces angoisses sont le plus souvent rapidement sublimées lorsque l'ambiance affectivo-familiale est harmonieuse. « Lors du premier mensonge de l'enfant que le petit doigt de maman, tout puissant, n'a pas éventé, raconte Françoise Dolto, commencent ce jour là, pour l'enfant, et la liberté et l'angoisse, déjà métabolisées. ». Puis les conflits, plus ou moins anxiogènes, vont être le lot commun de tous les enfants et adolescents confrontés à leurs désirs et aux interdits parentaux, sociaux, moraux, éducatifs, scolaires et sexuels, conflits qu'il faudra assumer. « L'apprentissage est le fait de traumatismes surmontés, de blessures cicatrisées, d'humiliations ravalées, de défaites, de déroutes même, retournées en victoires », écrit Jean-Paul Brighelli, dans « La fabrique du crétin ».

La vie est insatisfaisante tant qu'on en attend quelque chose. Pour Freud, l'angoisse est incontestablement en relation avec l'attente. L'angoisse et l'espérance vont ensemble. Pas d'espoir sans crainte, disait Spinoza, pas de crainte sans espoir. On espère que ce qu'on ignore, que ce qui ne dépend pas de nous : comment ne serait-on pas angoissé ?

Ce qui est significatif, ce n'est pas la présence de l'angoisse, sa qualité ou sa quantité, c'est seulement la **capacité du Moi de maîtriser l'angoisse**. Vivre est une cité sans muraille affirmait Epicure ; le monde n'est pas une nursery, écrivait Freud. L'angoisse fait partie de notre vie, elle nous ouvre au monde. La peur est une fonction vitale, un avantage sélectif évident, l'angoisse n'est que sa pointe la plus fine.

Que serait l'homme sans l'angoisse, l'art sans l'angoisse, la pensée sans l'angoisse. Le sage- qui se veut détaché de tout,- ils sont rares – est celui qui n'a plus d'angoisse, le philosophe est celui qui ne s'angoisse plus d'en avoir.

Cette angoisse réelle, facteur de progrès, utile, est toujours réactionnelle à une situation connue, un événement craint ou désiré. Elle résulte d'un conflit relationnel conscient entre désir / interdit ou demande / non réponse, ainsi la situation conflictuelle du trac, telle que je l'éprouvais avant de m'asseoir devant vous.

Nous vivons dans **un siècle d'anxiété**. Tous les jours, journaux, télévision, radio, évoquent et provoquent l'angoisse : menaces pour notre survie : sources d'énergie fossile

épuisables, explosion démographique, pollution néfaste sur l'écosystème, l'atmosphère, le climat avec les cataclysmes récents, le chômage en Occident, la famine ailleurs, le danger atomique, le Sida, les agressions dans les cités sensibles, l'Islam intégriste et ses attentats meurtriers et maintenant la grippe aviaire, avec ses millions de morts annoncés. Comment ne serions nous pas anxieux ?

Mais toutes ces situations conflictuelles qu'entraînent les soucis et les inquiétudes de la vie de tous les jours sont bien **assumées par une personnalité normale**.

Par contre, l'anxiété réactionnelle peut prendre une intensité excessive chez les personnalités fragiles en réactivant une anxiété latente, jusque là en équilibre, par un phénomène d'allergie émotionnelle, d'ordre biologico-neuro-endocrinien, déjà évoqué par Freud. Le versant pathologique de l'anxiété n'est qu'une alternative, accident qui surgit dans certaines conditions et sous différentes formes de manifestations cliniques.

Elle diffère de la variante normale par son effet désadaptatif.

C/ C'est l'anxiété pathologique

Elle est devenue le symptôme central de la psychopathologie. Elle n'est pas réactionnelle à une situation connue, c'est une peur sans objet apparent légitime, rappelons-le.

1/- Le premier essai d'explication est psychanalytique.

a/ Cependant, la première théorie de Freud se voulait **physiologique** : c'est un surplus d'excitation, généralement mais pas uniquement écrit-il, lié à une tension sexuelle par carence, abstinence ou frustration, qui provoque l'anxiété de la névrose d'angoisse. Il évoquait aussi la part de l'hérédité, confirmée par les généticiens contemporains, et également le surmenage, les maladies sévères. Cette théorie n'est valable que pour la névrose d'angoisse dont le noyau n'est guère analysable, car dépourvu de contenu latent. Mais la névrose d'angoisse est rarement pure et le plus souvent associée à d'autres symptômes, phobies, obsessions, hystérie, ce sont les psychonévroses.

b/ La deuxième explication de Freud, rend compte, en 1926 ,du **mécanisme d'activation de l'angoisse dans les psychonévroses**. Il avait auparavant décrit sa deuxième théorie des pulsions, en en distinguant deux groupes, pulsion de **vie/Eros/amour** et pulsion de

mort/Thanatos/agressivité, et sa deuxième topique avec les trois instances de l'inconscient : le **Ça** (réservoir des pulsions et désirs), le **Surmoi** (celui des interdits sociaux, familiaux et culturels, engrammés dès la petite enfance) et le **Moi** (qui joue un rôle d'adaptation à la réalité en organisant de façon coordonnée les processus mentaux).

A l'origine, il existe « une anxiété automatique » liée, pour Freud, au fait physiologique de la naissance et à la situation traumatique primaire de la séparation d'avec la mère, dont idéalement celle-ci doit assurer la décharge par ses soins et son affection. Ultérieurement, non par apprentissage, comme pour l'Ecole behaviouriste de Watson, à l'origine du comportementalisme, mais par **proximité de sens**, toute situation qui comportera un signal semblable à l'expérience primaire de séparation, déclenchera l'angoisse : danger pour le Moi de perdre l'« objet aimé ». Ce peut être un objet extérieur (perte de travail, de l'amour de quelqu'un), perte d'une partie de soi (vécue comme castration symbolique) ou perte de sa valeur personnelle (condamnation par le Surmoi). Ces situations auraient une source interne liée à un conflit intrapsychique, créé par un désir archaïque incompatible avec le Moi actuel.

Comment les choses se passent ? Les conflits datent des expériences primordiales de la petite enfance quand les contraintes de l'éducation ont multiplié les interdits et dressages pour l'adaptation à un comportement social. Lorsque les conflits ne sont pas sublimés, et l'angoisse non déchargée, du fait d'une atmosphère affective disharmonieuse, qu'ils sont pénibles et répétés, ils sont refoulés dans l'inconscient, c'est à dire dans la mémoire, encodés avec leur charge émotionnelle anxieuse. Et ce, à tel stade du développement où les conflits sont nés, (oral, lors de la symbiose, anal où l'objet peut être maîtrisé, génital avec l'oedipe et la triangulation), à l'âge préverbal où le psychologique, l'organique, le relationnel et le physiologique sont indistincts. Ces conflits sont imprimés: le circuit passe par l'amygdale cérébrale qui perçoit le danger et le signale par peur ou angoisse, suit la zone limbique et gagne l'hippocampe, notre centrale de mise en mémoire. Ces aires s'illuminent, en situation, sur l'imagerie médicale. Ces **fixations** entraînent des points faibles, véritable fragilité physiologique et psychologique avec anxiété latente, sur nos circuits neuronaux.

Naissance de l'anxiété : Les difficultés existentielles, vécues en référence à un conflit latent refoulé, entraînent une **régression** par un mécanisme psycho neurobiologique en feed back, bien connu des informaticiens, régression au stade de fixation. Freud expliquait cette régression devant un danger comme le recul d'une armée en difficulté sur des positions de repli prévues à l'avance, sur des fortins dépassés mais antérieurement renforcés (ce sont les fixations).

Les pulsions et les désirs de ce stade archaïque de fixation / régression remontent alors à la surface et entrent en conflit avec le Moi actuel et ses interdits sociaux qui ne les accepte plus, et l'angoisse envahit la conscience, sans raison apparente. Devant cette angoisse,

angoisse de mort, insupportable, deux possibilités : soit la permanence d'un état aigu d'angoisse, soit le recours à **des mécanismes de défense**.

Le choix du mécanisme de défense contre cette angoisse va dépendre des fixations antérieures.

- **1/** Le premier mécanisme de défense est le **déplacement de l'angoisse sur un alibi** (situation ou objet) à **valeur symbolique**: c'est la **Névrose phobique**, lors de fixation para-oedipienne. Mais Freud reconnaissait que certaines phobies n'étaient pas secondaires à un état d'anxiété, comme le découvriront plus tard les comportementalistes. Dans la névrose phobique, l'anxiété n'apparaît qu'en présence de la situation (rue, ascenseur) ou de l'objet (couteau), que l'on peut éviter, ou dont on peut se protéger par un accompagnateur.
- **2/** Deuxième mécanisme de défense, la **mentalisation de l'anxiété**, possible lors de régression anale, déplace l'anxiété sur des obsessions, des pensées magiques, avec ritualisation pour s'en protéger : c'est la **névrose obsessionnelle**, appelée maintenant trouble obsessionnel compulsif (T.O.C).
- **3/** Troisième mécanisme de défense, le **déplacement de l'anxiété sur le corps**, lors de fixations oedipiennes, entraîne une somatisation de l'anxiété : c'est la **névrose hystérique**. Ce déplacement utilise le système nerveux de la vie relationnelle pour décharger l'angoisse, c'est-à-dire la voie motrice, sous forme de crises de nerfs et évanouissements, d'asthénie abasie (on ne peut plus se tenir debout), de pseudo paralysies ; la voie sensitive, sous forme de pseudo anesthésies ; la voie sensorielle, pseudo cécité, pseudo surdité ; et le tout dans une curieuse ambiance d'indifférence affective qui fait le diagnostic, après avoir éliminé bien sûr, une simulation ou une atteinte neurologique.
- **4/** Quatrième mécanisme : la répression de l'expression hystérique, devenue péjorative dans nos sociétés et nos cultures, a engendré les **états psychosomatiques**. Pendant la guerre 1914-1918, on observait beaucoup de pathologie hystérique, pratiquement plus en 1939-1945 sauf chez les sujets frustrés ou acculturés. Par contre, les troubles psychosomatiques sont apparus, nombreux. Le double enfouissement psychosomatique utilise la voie du système nerveux végétatif et endocrinien. La composante physiologique normale de la réaction émotionnelle entraîne –nous les avons décrits– des troubles fonctionnels au niveau de tous les organes. Si les conflits et angoisses perdurent, des troubles psychosomatiques apparaissent, cardiaque (hypertension artérielle), pulmonaire (asthme), locomoteur (polyarthrite), digestif (ulcère, rectocolite, colopathie), endocrinien (hyperthyroïdie, diabète), nerveux (migraine), cutané (eczéma, pelade)... Nous verrons comment un peu plus loin.
- **5/** Cinquième mécanisme : des **défenses caractérielles** peuvent se mettre en place pour lutter contre l'angoisse, lors de fixations proches du stade anal, sous forme de caractéropathies avec réactions agressives ou de **névroses de caractère**. A différencier des psychopathies vraies avec perversité, survenant lors de troubles graves du stade oral et des suivants, déroulés sans affection ni amour, et de ce fait sans possibilité d'anxiété et d'amour.
- **6/** Sixième mécanisme : En l'absence de défense possible vraie, **l'angoisse devient toxique par sa chronicité**, au plan neurobiologique et entraîne alors des dépressions de l'humeur graves, ce sont les **états dépressifs et anxio-dépressifs**.
- **7/** Septième mécanisme enfin, quand l'angoisse, trop importante, ne peut plus être maîtrisée par les mécanismes de défense précédents : c'est le **déplacement dans l'irréel**, d'où la **psychotisation et les états délirants**. Les désirs deviennent possibles

dans le délire, que ce soit, en fonction des stades de fixation, des bouffées délirantes aiguës ou des délires chroniques.

2/ Un mot de l'apport phénoménologique, selon A. Tatossian et J.M. Azorin.

La face la plus connue de l'anxiété est **l'inquiétude**, rencontrée dans la vie courante, à l'occasion de soucis. Préoccupé, le sujet ne trouve plus de repos. C'est un état de tension affective qui se joint à la préoccupation pour maintenir le sujet en alerte face aux soucis quotidiens.

L'anxieux vit constamment dans l'inquiétude. Cela devient pathologique quand le sujet ne peut plus se détacher de ses soucis pour connaître le repos. On appelle maintenant trouble anxieux généralisé ce rétrécissement de l'horizon vital aux thèmes du souci. Il s'agit d'un trouble et non d'une maladie mentale car le sujet reste autonome. L'anxieux retrouve ce **rétrécissement du monde**, au corps, dans les crampes, le resserrement et l'étouffement. Les soucis de santé sont fréquents et le corps devient l'objet de préoccupations de l'anxieux. Cela le rassure...parfois l'angine de poitrine lui donne raison !

Quand l'anxieux a une crise d'angoisse et croit sa dernière heure venue, il cherche le salut dans la médecine, plutôt que dans la psychologie. Le terme de crise permet à l'angoissé de se situer dans le champ de la médecine. Crise est un concept historiquement médical. Chez Hippocrate, **krisis** se rapporte aussi bien au diagnostic qu'à la phase critique de la maladie quand elle peut évoluer soit vers la guérison, soit vers la mort. Pour soigner l'angoisse, le psychothérapeute doit la faire glisser d'une conception médicale de la crise au conflit psychologique qui en détermine le sens.

Dans l'instant de la crise d'angoisse, toutes les assises qui garantissent à l'homme la banalité de son existence quotidienne s'effondrent. L'angoissé ne peut se satisfaire de la réassurance ni de l'introspection. L'angoissé ne peut trouver les mots pour dire de quoi il s'angoisse, pour ainsi dire devant rien. L'anxieux a peur de tout, l'angoissé a peur de ce rien qui est le néant et la mort. L'angoisse rappelle aux uns et aux autres que ses limites sont floues : elles se chevauchent parfois, où commence la pathologie, où s'arrête le normal ?

L'anxiété existentielle n'est pas une maladie, la névrose d'angoisse n'est pas une philosophie.

VI/ LES ASPECTS PSYCHOPATHOGENIQUES DE L'ANGOISSE

Quels sont les processus qui engendrent troubles et maladies à partir de l'angoisse ?

Tout conflit, comme tout stress, toujours relationnel, conscient ou intrapsychique, est intégré comme tel par le cerveau, **est vécu comme un danger vital**, une agression, dont l'anxiété est le signal. Toute agression psychique, tout stress **déséquilibre** nos constantes biologiques, comme toute agression physique, et déclenche des réactions de défense de l'organisme. Ces **réactions sont spécifiques** et comprennent trois mécanismes simultanés

dont les effets inter réagissent : stimulation du système nerveux végétatif, stimulation du système neuroendocrinien et du système nerveux central.

- **1/ La stimulation du système nerveux végétatif, adrénosympathique** se fait par le biais de la sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline. Je rappellerai la découverte de la sécrétion de cette hormone par un de mes maîtres de la Faculté d'Alger, ancien du Val de Grâce, le Pr. Tournade. Ce syndrome d'irritation sympathique de Reilly entraîne, à la longue, choc et hémorragies.
- **2/ La stimulation du système neuroendocrinien** au niveau de l'hypothalamus, de l'hypophyse et de la corticosurrénale, déclenche des décharges d'hormones et des changements métaboliques. C'est le syndrome d'adaptation au stress de Selye, avec ses trois phases : hyper vigilance et activation des fonctions d'adaptation, résistance, et épuisement. Ces trois phases sont curieusement retrouvées par Bowlby chez les bébés, lors de la séparation totale d'avec la mère, sans autre compensation affective, sous forme de protestation, désespoir, puis détachement. L'imagerie cérébrale par résonance magnétique a malheureusement permis, chez des orphelins roumains, en manque précoce d'amour et d'attention, de constater des altérations cérébrales.
- **3/ La stimulation du système nerveux central** se manifeste au niveau des nerfs menant aux muscles faciaux et horripilateurs, signal mimique de danger pour le groupe, et aux muscles locomoteurs, entraînant sidération ou fuite. **L'angoisse** ou le stress, par le biais de ces trois mécanismes neurophysiologiques et endocriniens, est à l'origine des troubles psychosomatiques, mais aussi **peut faire mourir**. Souvenons-nous du verset de l'Ancien Testament cité en exergue. Dans l'Antiquité, on signalait qu'un athlète était mort au moment où on lui remettait son prix aux Olympiades. Il est classique de mentionner le cas de personnes qui décèdent le jour ou le lendemain du départ définitif de leur conjoint, comme le cas de chiens se laissant mourir près du corps de leur maître. **Pendant la guerre** d'Indochine, on s'est rendu compte que de nombreux blessés mourraient alors que leurs blessures, initialement, n'étaient pas mortelles. L'anxiété, le stress et le choc, après une phase d'adaptation puis de résistance, entraînaient un épuisement neuroendocrinien et la mort. C'est le grand mérite d'un médecin militaire de la marine, **Henri Laborit**, d'avoir découvert ce mécanisme et d'y avoir remédié en injectant, le premier, des ganglioplégiques coupant les réflexes nociceptifs du stress et de l'angoisse : les blessés ne mourraient plus. Cet immense progrès de la chirurgie de guerre s'est répercuté sur tous les actes chirurgicaux actuels. Henri Laborit a été à l'origine du premier neuroleptique – le largactil – utilisé pour la première fois par ses collègues, mes maîtres du Val de Grâce, Velluz, Hamon et Paraire, traitement qui a révolutionné la psychiatrie asilaire.

Nous en arrivons aux :

VII/ AVATARS DE LA NEVROSE D'ANGOISSE.

La **classification freudienne** des névroses a été largement répandue et acceptée jusque dans les **années 1970**. Toutes les définitions des névroses retenaient le modèle psychodynamique et le postulat du conflit inconscient.

L'œuvre de **Pierre Janet** s'est située en marge de ce courant, mettant l'accent, non sur l'angoisse, mais **sur la baisse de la tension psychologique** et nerveuse. Et l'angoisse naissait de l'échec de l'action. Pierre Janet, sans renier l'apport freudien, décrivait ainsi, à côté de

l'hystérie, la **psychasthénie**, dont le terme a longtemps été accepté de nombreux psychiatres. Une grande partie des états anxieux y était incorporée.

Dans la pratique, la névrose d'angoisse a peu suscité l'intérêt des psychiatres et psychanalystes, car les états anxieux étaient et sont toujours vus par les médecins généralistes. Ces troubles ont été englobés, dès 1950, dans une entité nouvelle, la **spasmophilie**, terme qui a eu son heure de gloire. Ce sont des manifestations polymorphes, liées à l'excitabilité neuromusculaire, où se retrouvent tous les symptômes somatiques de l'angoisse, avec crises tétaniformes. On a voulu incriminer des perturbations métaboliques du calcium, du phosphore, du magnésium, mais sa spécificité n'a jamais été démontrée, les signes biologiques et électromyographiques se rencontrant largement dans toute la population. En fait, le diagnostic de spasmophilie permettait surtout d'évacuer la dimension psychologique des troubles, autorisant ainsi la répétition des crises et le maintien des bénéfices secondaires, et pour les médecins, et pour le patient, dont on continue à s'occuper. Actuellement, le **syndrome fibro-myalgique**, couplé à celui de **fatigue chronique**, remplace avantageusement le terme de spasmophilie devenu désuet.

La troisième version de la classification américaine des troubles mentaux de 1980, va **modifier le modèle freudien**. Ce remaniement a subi la double influence, du comportementalisme et des études concernant la réactivité thérapeutique.

- **1/** A partir des années **1960**, on assiste, surtout aux USA et en Angleterre, à une **désaffection progressive de la psychanalyse**. On remet en cause son efficacité thérapeutique dans les névroses. Eysenck, entre 1952 et 1962, montre même que l'amélioration spontanée des troubles névrotiques est supérieure à celle imputable au traitement psychanalytique. Cette période correspond à **l'essor des traitements comportementaux**. Le symptôme névrotique (anxiété, phobie, obsession) est alors considéré comme un **comportement appris** et devient la cible du traitement. Avec Watson, le courant comportementaliste met l'accent sur le rôle du conditionnement pavlovien et skinérien. A la suite d'une situation réelle de peur, ou par connexions associatives avec des situations réelles de danger, se développent des peurs immotivées : c'est pavlovien. L'évitement de la situation ou de l'objet entraîne un renforcement skinérien. Le traitement symptomatique ne fait **plus référence à l'histoire du patient**. Il est basé sur l'habituation et l'extinction des réponses émotionnelles, dans un premier temps effectuées sous immersion lors des séances de relaxation musculaire
- **2/** Au cours de cette même période, après la découverte des premiers antipsychotiques, en 1952, et des antidépresseurs en 1957, **les travaux thérapeutiques de Donald Klein** vont **bouleverser la conception des névroses**. Klein et Flink confirment, en 1966, l'efficacité des antidépresseurs sur des patients atteints d'attaque de panique (ou de crise aiguë d'angoisse) alors que ce traitement est apparemment inefficace sur l'anxiété permanente. Pour eux, l'attaque d'angoisse et l'anxiété chronique- les deux composantes traditionnelles de la névrose d'angoisse- sont donc de nature différente. D'où la **séparation de cette névrose** en deux entités distinctes, lors de la classification américaine de 1987 : la crise d'angoisse devient l'attaque de panique, sa répétition le trouble panique, l'anxiété permanente devient le trouble anxieux généralisé. L'agoraphobie, qui était incluse dans les troubles phobiques, rentre dans le

trouble panique. La classification américaine de 1994 abandonne le terme et les concepts traditionnels de névrose. **Freud est mort, on a tué le père.**

Les **appellations classiques des névroses** ayant été bouleversées, les troubles anxieux, n'ayant plus de cause ni d'explication, sont groupés selon leurs **caractéristiques descriptives** : phobies spécifiques (projetées sur des objets ou situations), phobies sociales (sujet exposé à l'éventuelle observation des autres), agoraphobie, troubles obsessionnels compulsifs (toc), état de stress post-traumatique, attaque de panique, trouble panique, trouble anxieux généralisé, angoisse des psychoses ; s'y ajoutent les troubles anxieux liés à une affection médicale (hyperthyroïdie, hypoglycémie, cardiopathie, asthme) ou induits par une substance toxique (caféine, stimulants, alcool, drogues) ; ces deux derniers points étaient toujours à l'esprit des psychiatres lors du diagnostic différentiel.

Cette approche athéorique a l'avantage de servir de **système de référence** à des chercheurs et cliniciens d'orientation théorique différente.

En revanche, cette classification a l'inconvénient de provoquer **l'éclatement des entités classiques** en une multitude de syndromes, si bien que nombre de patients peuvent répondre aux critères de plusieurs catégories, rendant le diagnostic difficile et composite.

De plus, les études de co-morbidité montrent que celles-ci sont très fréquentes comme l'association anxiété généralisée et dépression. Enfin la validité discriminatoire par rapport à d'autres troubles anxieux comme le trouble obsessionnel ou panique est très discutée.

Par ailleurs et surtout, les **nouvelles données concernant la réactivité thérapeutique** contredisent formellement la pseudo révolution de Donald Klein, à l'origine de l'éclatement des névroses en 1966.

En effet, **K.Rickels** a confirmé, entre 1987 et 1991, que les antidépresseurs guérissent le trouble panique (l'ancienne crise d'angoisse), mais aussi les troubles anxieux, et que les anxiolytiques guérissent aussi bien l'anxiété que les troubles paniques. Et Rickels, psychiatre américain, abandonne la classification américaine pour revenir à celle européenne, plus souple. Il propose l'expression de double anxiété pour désigner la pathologie de patients qui, sur fond d'anxiété chronique, développent des accès aigus d'angoisse. On retrouve la notion de trait de personnalité anxieuse -chère à la grande école des aliénistes français-, et celle d'anxiété flottante avec épisodes aigus d'angoisse, comme dans la névrose d'angoisse de Freud.

Plus de vingt ans après l'arrêt de mort des névroses, prononcé par la classification américaine, il est remarquable que certaines classifications récentes des troubles mentaux les fassent réapparaître sous une forme actualisée. Deux exemples le confirment :

L'un américain, en 1982 avec David Sheehan : il développe l'hypothèse selon laquelle la plupart **des troubles névrotiques** (il reprend le terme) sont des expressions symptomatiques diverses d'un même trouble, **l'anxiété**, qui peut être d'origine endogène ou exogène.

L'autre, anglais avec Peter Tyrer qui refuse aussi la conception américaine. Après avoir analysé en 1989 toutes les nouvelles classifications, il remarque que **la co-morbidité** du syndrome névrotique **est la règle**, ce qui entraîne la multiplication des diagnostics pour le même malade. Il trouve que la séparation du trouble anxieux des troubles de la personnalité est peu pertinente et propose le **retour à un syndrome névrotique**.

Et on va retrouver cette même évolution au plan :

VIII / THERAPEUTIQUE

Il existe des méthodes **recouvrant l'anxiété** : la réassurance, l'hypnose, les anxiolytiques surtout, et les anti-dépresseurs de plus en plus ; et également des méthodes **découvrant l'anxiété** et ses causes, ce sont les psychothérapies :

La psychanalyse a pour but d'aider les patients candidats à identifier les conflits inconscients, sous-jacents aux conduites générant l'anxiété, et à préciser les traumatismes précoces des premières expériences interpersonnelles, dans le cadre du transfert médecin / patient.

Les thérapies cognitives et comportementales visent à clarifier les circonstances de survenue des troubles, identifier les pensées irrationnelles afin de les faire évoluer et de les modifier par la réorganisation des attitudes inadaptées, **sans tenir compte du passé du sujet**. Elles associent la technique de relaxation, les expositions répétées à des situations, évitées jusque-là, sous relaxation et en face du thérapeute, et une restructuration cognitive des interprétations catastrophiques.

Comment agir :

Dans la névrose d'angoisse ou le trouble anxieux généralisé pur, ce qui est rare, pas de traitement psychanalytique car pas de conflit intrapsychique.

Dans les autres types d'anxiété avec troubles associés (hystérie, phobies ou obsessions - les anciennes psychonévroses-), selon le patient, soit soutien psychologique, soit thérapie cognitive ou cognitivo-comportementale, soit psychanalyse.

Mais **l'association avec un traitement médicamenteux est devenue la règle**. Elle est même recommandée actuellement par les psychanalystes. S'il ne faut pas écraser l'angoisse par l'abrutissement des tranquillisants, il faut tout de même sortir de l'aliénation sidérante de la pathologie anxieuse.

Et parmi ces traitements médicamenteux, les **antidépresseurs apparaissent**, de plus en plus actuellement, comme des **médicaments anti-névrotiques**, et non pas seulement comme des traitements ayant une cible symptomatique spécifique de l'anxiété et de la dépression.

Ils agiraient sur des facteurs biologiques communs prédisposant les patients, face au stress et aux agressions, à développer des symptômes émotionnels de nature diverse (et alors

totallement en relation à leur histoire personnelle et à leur environnement socio-familial). Une telle perspective est en faveur de la **réactualisation du concept de névrose cher à Freud et à Janet** ; certains auteurs insistent plus sur les facteurs communs aux différents troubles anxieux que sur les symptômes qui les différencient.

IX / CONCLUSION

J'emprunterai ma **CONCLUSION** à Jean Pierre Boulanger, professeur de psychiatrie à Montpellier: « Le débat sur l'anxiété animera la recherche des prochaines années, mais l'on apprécie d'ores et déjà le paradoxe par lequel le morcellement de la clinique, apporté par nos classifications nosologiques modernes, aura permis de remettre au point du jour **l'importance de certains concepts unificateurs** dont la nature avait été présentée dès le début du siècle ». **Freud est toujours vivant.**

Mots-clés : Psychiatrie, anxiété, Kierkegaard, Freud, angoisse métaphysique, réactionnelle, névrose d'angoisse, psychanalyse, phénoménologie, psycho pathogénie, comportementalisme, antidépresseurs.