

Contribution clinique à la théorie psychanalytique de l'angoisse

C. Landman

7 mars 1998

Aux critiques malveillants qui lui reprochaient d'avoir négligé le problème de l'affect dans son enseignement, Lacan répondait qu'il y avait consacré en 1962-1963 toute l'année de son séminaire sur l'Angoisse. Il a même pu dire que l'angoisse était l'affect par excellence, l'affect des affects; quant à Freud, il a toujours considéré l'angoisse comme destin principal de l'affect. Dans cette perspective, je traiterai aujourd'hui de l'affect à partir d'un cas, ce qui me permettra de mettre à l'épreuve de la clinique, certaines tentatives de repérage psychanalytique de l'angoisse qui ont été avancées par Freud et par Lacan.

La névrose traumatique

Pour ce qui concerne la théorie de l'angoisse chez Freud, j'ai choisi comme point de départ une référence qui, sans être originale reste, tout au moins à ma connaissance, peu utilisée : Au delà du Principe de plaisir. En effet c'est dans ce texte écrit en 1920 qui constitue comme nous le savons le tournant décisif de la théorie psychanalytique, que Freud met en place, à partir d'une conception originale de la névrose traumatique, les éléments qui aboutiront à sa dernière élaboration du statut métapsychologique de l'angoisse, produite en 1926 dans *Inhibition, Symptôme, Angoisse*.

Pour bien saisir cette mise en place, un rappel s'avère ici nécessaire. Dans *Au-delà du Principe de Plaisir*, Freud définit le système Perception-Conscience comme un système interface entre les excitations provenant du monde extérieur et les sensations de plaisir et déplaisir qui proviennent de l'intérieur de l'appareil psychique ; il suppose également à ce système perception-conscience une situation spatiale à la frontière de l'extérieur et de l'intérieur, tourné d'une part vers le monde extérieur et enveloppant, d'autre part, les autres systèmes psychiques. Une telle définition du système perception-conscience oblige Freud à faire une nouvelle hypothèse : l'existence d'une couche protectrice qui filtre et atténue les excitations très intenses en provenance du monde extérieur. Elles ne transmettent ainsi qu'un fragment de leur intensité au système de réception des excitations

externes, le système perception-conscience, c'est-à-dire les organes des sens et le cortex cérébral. Freud appelle cette couche protectrice le pare-excitations. Elle correspondrait à la couche la plus superficielle de l'ectoderme qui aurait abandonné la structure propre au vivant pour devenir dans une certaine mesure anorganique et fonctionner comme une enveloppe, une membrane spéciale qui tient l'excitation à l'écart. La peau, les phanères, certaines muqueuses constituent ce que Freud appelle le pare-excitations. Notons encore que, comme le remarque Freud : « *du côté de l'intérieur, il ne saurait y avoir de pare-excitations, les excitations provenant des couches plus profondes se transmettent directement au système de la conscience... même si leur intensité notamment, est plus adéquate au mode de travail du système que celles qui affluent du monde extérieur* ». A ce stade du développement de ses hypothèses, Freud va avancer deux définitions et une analogie.

La première définition est la suivante : « *Nous appelons traumatiques les excitations externes assez fortes pour faire effraction dans le pare-excitations. Je crois qu'on ne saurait comprendre le concept de traumatisme sans le mettre ainsi en rapport avec la notion d'une mise à l'écart, d'ordre efficace, des excitations.* »

La seconde définition concerne la névrose traumatique commune conçue comme « *la conséquence d'une effraction étendue du pare-excitations* » avec mise hors d'action du principe de plaisir. En effet, « *Il n'est plus question, comme le souligne Freud, d'empêcher l'appareil psychique d'être submergé par de grandes sommes d'excitation ; c'est bien plutôt une autre tâche qui apparaît : maîtriser l'excitation, lier psychiquement les sommes d'excitation qui ont pénétré par effraction pour les amener ensuite à la liquidation.* » Le tableau clinique de la névrose traumatique peut varier, mais dans les cas typiques nous retrouvons toujours les rêves à répétition de la situation traumatique avec l'angoisse qui réveille le sujet au moment même où le choc traumatique va se produire. A ces rêves correspondent à l'état de veille, le récit dans les moindres détails, des circonstances qui

ont précédé le traumatisme lui-même, raconté de manière stéréotypée par un patient anxieux jusqu'au point de butée de la remémoration, au « blanc » qui se produit toujours au même moment et suspend le discours.

Plus fondamentalement, pour la question qui nous intéresse ici aujourd'hui, Freud produit à partir de la théorie du pare-excitation, une conception entièrement nouvelle de la névrose traumatique dans la mesure où il la rapporte à la fonction de l'angoisse, dont le statut métapsychologique se trouve par là même modifié. Mais quel type de lien Freud va-t-il établir entre la névrose traumatique et la fonction de l'angoisse ?

Il introduit d'abord une distinction entre peur, angoisse et effroi et nous propose les définitions suivantes : le terme d'angoisse désigne un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu ; le terme de peur suppose un objet défini dont on a peur ; quant au terme d'effroi, il désigne l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé, il met l'accent sur le facteur surprise et insiste sur la fonction préparatoire de l'angoisse. C'est à partir de ces précisions que Freud va compléter sa définition de la névrose traumatique : la névrose traumatique est la conséquence d'une éfraction étendue du pare-excitation qui survient électivement lorsque le sujet se trouve dans un état d'effroi caractérisé par la surprise, c'est-à-dire par le manque de préparation par l'angoisse à la situation de danger.

La fonction de l'angoisse consiste ainsi dans la conception freudienne à protéger le sujet contre la névrose traumatique. L'angoisse prépare à la situation de danger par le surinvestissement des systèmes recevant en premier l'excitation et qui permettra, jusqu'à une certaine limite, de lier les sommes d'excitation qui arrivent de l'extérieur. Freud dira ainsi que « *l'angoisse avec son surinvestissement des systèmes récepteurs représente la dernière ligne de défense du pare-excitation* ». C'est évidemment cet excès d'investissement des systèmes récepteurs qui est à l'origine de l'affect de déplaisir lié à l'angoisse. Cette théorie de l'angoisse n'est concevable qu'à partir de l'au-delà du principe de plaisir.

Freud proposera une explication des rêves répétitifs de la névrose d'accident qui confirme sa nouvelle conception de la fonction de l'angoisse : « *Ces rêves ont pour but la maîtrise rétroactive de l'excitation sous développement d'angoisse, cette angoisse dont l'omission a été la cause de la névrose traumatique* ».

Ce qui me semble décisif et que je souhaiterais vous faire remarquer, c'est que Freud ne limitera pas cette nouvelle conception de l'angoisse à la névrose traumatique, aux excitations venant du monde extérieur, mais l'étendra aux excitations et aux traumatismes venant de l'intérieur de l'appareil psychique.

L'angoisse préparera également au danger interne :

– toujours selon le même mécanisme : par surinvestissement du système perception-conscience, système qui sera intégré à l'instance du Moi avec l'introduction de la deuxième topique ;

– toujours avec la même fonction : utiliser ce surinvestissement pour lier l'excitation en provenance des pulsions, ou la maîtriser par la mise en jeu des mécanismes de défense et notamment le refoulement.

Cette mise en place du statut de la fonction de l'angoisse que Freud produit dans « *Au delà du principe de plaisir* », lui permettra de préciser dans *Inhibition, symptôme, angoisse*, la définition de l'angoisse et les conditions de son apparition.

L'angoisse se définit comme un signal d'alarme dans le Moi qui se produit dans une situation d'attente du danger qui peut être d'origine interne ou externe. Freud apporte la précision suivante : « *La situation de danger est la situation de détresse reconnue, remémorée, attendue. L'angoisse, réaction originaire à la détresse dans le traumatisme, est reproduite ensuite dans la situation de danger comme signal d'alarme.* »

Les conditions de l'apparition de l'angoisse sont également recensées par Freud ; il s'agit de la répétition d'une situation de perte de l'objet, de séparation qui peut prendre différentes formes :

- l'angoisse, la détresse originelle de la naissance ;
- l'angoisse de la perte de l'objet maternel et de son amour dans les premières années de la vie ;
- l'angoisse de castration à la phase phallique chez le garçon ;
- l'angoisse sociale qui correspond à la perte d'amour du surmoi, à la période de latence.

Ainsi pour Freud, l'affect-signal que constitue l'angoisse est incontestablement en relation avec l'attente, elle est angoisse de quelque chose. Lacan, sur ce point précis, se démarquera de Freud en avançant que si l'angoisse constitue bien un affect signal qui se produit dans le Moi, le message s'adresse au sujet. L'angoisse l'avertit, lui rappelle qu'il est attendu au rendez-vous du désir et de la jouissance ; avec cette nuance, cet accent particuliers et un peu inquiétants que l'expression « être attendu » possède en français, évoquant la dimension de l'Autre avec un grand A à laquelle elle s'adresse, par exemple sous cette forme : « *Tu m'attends depuis toujours, mais qu'attends-tu de moi ?* » De Freud à Lacan se produit, dans la signification de l'angoisse, un renversement de la dimension temporelle : l'angoisse n'est plus en relation avec le temps en avant mais avec le temps d'avant.

Le cas clinique

Je m'appuierai sur un exemple clinique qui me paraît particulièrement approprié pour discuter

de la validité du renversement que Lacan opère dans la relation de l'angoisse au temps.

Il s'agit d'un patient que j'appellerai M. et dont je crois pouvoir dire qu'il a été au terme de son analyse, c'est-à-dire jusqu'à l'articulation de son fantasme originel. M. a sollicité mon attention dès le premier entretien préliminaire par la façon dont il situait dans des registres différents les deux éléments suivants :

– d'une part, une problématique obsessionnelle classique à partir de laquelle il a articulé sa demande d'analyse devant l'incapacité où il se trouvait de s'orienter et de faire des choix qu'il pourrait reconnaître comme étant les siens. Cette problématique, constituée depuis longtemps, avait consisté pour M. à mettre en place une stratégie inconsciente lui permettant de protéger l'objet incestueux partagé avec la mère en niant l'impératif phallique, le signifiant maître, c'est-à-dire le signifiant du manque qui aurait pu l'introduire à son propre manque, c'est-à-dire à son désir. Je n'ai pas le temps de développer ici les ressources innombrables qui permettraient à M. de repousser le rendez-vous où il était attendu au lieu de l'Autre, en se faisant lui, attendre ;

– d'autre part, M. dressait le constat avec l'objectivité d'un témoin neutre, de l'angoisse dont il souffrait ainsi que des conditions particulières de sa survenue. Il décrivait en effet sans que sa subjectivité paraisse engagée, une série de phénomènes d'angoisse typiques : sensation de boule au creux de l'estomac ; malaise avec légère agitation motrice ; impression d'être « hors de soi », dans son corps comme dans sa parole, contrastant avec des périodes où il avait le sentiment de se trouver réduit à son propre corps ; crainte diffuse d'un danger indéterminé avec hypervigilance sensorielle ; attente anxieuse de maladies ou de catastrophes. Ces phénomènes d'angoisse étaient permanents, d'intensité variable mais gênants au point de nécessiter, pour en atténuer les effets, un traitement anxiolytique quotidien.

L'angoisse était apparue deux ans auparavant comme phénomène résiduel, consécutif à une frayeur ressentie lors d'un atterrissage raté de l'avion dans lequel M. voyageait, sans être accompagné. Il décrivait avec minutie et une certaine précipitation anxieuse, les conditions dans lesquelles cet incident s'était produit. Au moment où il apercevait par le hublot la piste d'atterrissage, l'avion se mit à tanguer fortement à plusieurs reprises sous l'effet du vent. M. surpris et inquiet fut surtout effrayé par l'accélération brutale et inattendue des moteurs, rendue nécessaire pour que l'avion reprenne de l'altitude. Malgré son effroi, M. se sentait dans un état d'attention et de vigilance extrêmes, surtout visuelle. Son inquiétude grandit encore lorsqu'il s'aperçut en regardant par le hublot que l'avion semblait se diriger vers les montagnes toute proches qui entouraient comme un cirque la petite plaine où se trouvait la piste d'atterrissage. Il ne comprit pas que le pilote manœuvrait afin d'opérer un tour complet de 360 degrés et de prendre la piste d'atterrissage en

sens inverse de lors de la première tentative d'atterrissage. Craignant que l'avion ne s'écrase contre la montagne, M. s'encouragea et encouragea mentalement le pilote à l'aide de pensées magiques. Ce n'est qu'au dernier moment que M. s'aperçut que l'avion allait atterrir et qu'il le fit cette fois-ci sans difficulté. Le soulagement fut important mais M. ressentit pendant plusieurs dizaines de minutes un véritable épuisement physique avec le sentiment d'être vidé, anéanti, ainsi que quelques petits troubles de l'orientation spatiale, un ralentissement de l'idéation à la limite de la stupeur. Arrivé en ville à l'heure du déjeuner, venant directement de l'aéroport, la première chose que fit M. fut de s'installer à une table de restaurant, de commander une langouste et de la manger en éprouvant le sentiment de se reconstituer. Notons la quasi-homophonie du mot langouste en français avec le terme *angustia* qui correspond à l'étymologie : défilé, passage étroit. Élément d'autant plus significatif que la naissance de M. s'est déroulée dans des conditions très difficiles, nécessitant un forceps ; l'histoire familiale rapportant encore que la question classique du choix entre la mère et l'enfant se serait un moment posée.

Dans les heures qui suivirent le repas, l'angoisse réapparut sous la forme d'une gêne épigastrique qui ne devait plus disparaître avant plusieurs années. Il convient de noter encore dans le mois et les années qui suivirent :

– quelques rêves d'avions angoissants, mais qui ne reproduisaient pas directement la situation vécue ;

– une augmentation importante de l'intensité de l'angoisse à la limite de la phobie dans les avions, les ascenseurs, les télécabines...

La discussion

La question qui se pose dans le cas de M. est celle de savoir comment interpréter ce qui, dans cet incident somme toute banal, a provoqué l'angoisse et sa persistance ? Avons-nous affaire avec cet incident et ses conséquences, à la constitution d'une névrose traumatique qui serait venue s'ajouter à la structure névrotique obsessionnelle pré-existante ? Ou bien faut-il considérer l'incident et ses conséquences comme un élément de la névrose obsessionnelle et même comme ce qui viendrait dévoiler la structure de cette névrose ?

On serait tenté d'avancer, pour expliquer les phénomènes cliniques de l'angoisse, la conception freudienne de la névrose traumatique. On note en effet :

- l'effroi avec sa dimension de surprise ;
- l'absence de préparation par l'angoisse ;
- l'ébranlement mécanique et l'afflux d'excitations sensorielles en provenance du monde extérieur sous l'effet de l'accélération brusque des moteurs, qui pourraient constituer ce que Freud appelle l'effraction étendue dans le pare-excitations ;

– la crainte de s'écraser contre la montagne, qu'il est possible d'entendre comme la crainte de la mort, de la lésion du corps propre, c'est-à-dire une situation de perte d'un objet aimé, puisque le moi est la source d'investissement libidinal sous la forme du narcissisme ;

– la répétition de la situation de détresse de la naissance telle qu'elle était présentée dans l'histoire familiale ;

– l'hypervigilance et l'hyperattention que l'on pourrait considérer comme un surinvestissement tardif du système perception-conscience dans le Moi, c'est-à-dire une tentative de lier et de maîtriser l'excitation en excès ;

– enfin, l'angoisse résiduelle qui peut être interprétée comme la tentative de maîtrise rétroactive de l'excitation ou comme l'impossibilité d'en liquider l'excès.

Cette explication des phénomènes mérite d'être prise en considération, mais elle laisse inexplicé un élément clinique important, voire déterminant. Il s'agit de cet épisode que l'on peut considérer je pense, comme un acting-out, c'est-à-dire comme une monstration du sujet dans son rapport à l'inconnu de son désir et qui a consisté pour M., quasiment séance tenante, à s'installer dehors à une table de restaurant bien en vue, pour manger une langouste.

Cet élément inexplicé par la conception freudienne de la névrose traumatique, peut-il l'être par le repérage lacanien de l'angoisse ? Peut-on considérer par exemple la défaillance qu'a constituée la première tentative manquée d'atterrissage, comme la rencontre avec ce que le sujet s'était jusqu'alors évertué à nier, soit le désir de l'Autre, c'est-à-dire son manque ?

Comment le surgissement de l'angoisse produit par le miroir de la montagne désertique qui ne reflétait rien et qui le fascinait comme si ce miroir le regardait serait-il à entendre ? Sinon comme l'angoisse du désir de l'Autre, c'est-à-dire le point où le sujet se trouve interpellé sur son propre désir. Mais pour subjectiver ce désir, le sujet doit accepter de payer sa dette, son écot, de renoncer à l'objet incestueux imaginaire, soit, ainsi que Shakespeare le fait dire à Shylock « à payer la livre de chair ». M. n'y était pas prêt et

n'a pu répondre à la rencontre avec l'impératif phallique que par l'acting-out qui a consisté avec la langouste non pas à payer mais à manger la livre de chair, c'est-à-dire à substituer l'objet imaginaire par un objet réel. Mais pour la première fois, M. ne fut pas quitte pour autant et la question de son désir et de la dette symbolique a continué à se poser à lui avec insistance par le biais de la persistance de l'angoisse comme signe du désir de l'Autre.

Le cours de l'analyse, tel qu'il s'est déroulé, semble aller dans le sens de l'interprétation lacanienne de l'angoisse puisque ce n'est qu'au terme du travail analytique de M. et de la prise en compte de son désir, que l'angoisse « traumatique » a complètement disparu. Travail qui a consisté à interpréter le désir de l'Autre, son manque en l'identifiant au signifiant phallique. Cette interprétation du désir de l'Autre a produit une sédation de l'angoisse puisqu'elle a permis au sujet d'accéder à la jouissance phallique prescrite par l'Autre, en lui assurant son identité imaginaire et symbolique ainsi que sa position sexuée. Identité au demeurant toujours fragile puisque le grand Autre n'est pas tout phallique, sans quoi il ne serait plus Autre, justement.

C'est-à-dire que le terme véritable n'a pas consisté dans le repérage pourtant nécessaire du signifiant du manque, du phallus ; mais plutôt dans la rencontre avec l'absence d'un signifiant dernier dans l'Autre qui puisse le garantir ; dans la rencontre avec le manque radical de l'Autre : $S(A)$, que l'objet privé et refoulé de son fantasme originaire venait obtenir.

Dans le cas de M., un regard auquel sa mère offrait volontiers son corps ; « une femme qui se donne à voir sur toutes les coutures » : telle fut la phrase articulée au terme de l'analyse.

L'angoisse qui s'est reproduite au moment de cette rencontre peut être interprétée comme le signe de la fin de l'analyse, répétant et identifiant au terme de la boucle de l'analyse, la fonction du regard qui avait surgi par le hublot, et déclenché l'angoisse sur un mode traumatique. □

Préparation

Réunion vendredi 3 juillet à 21h
à l'Association freudienne internationale
pour préparer les journées sur

« *Les Paranoïas* »

Tous ceux qui souhaitent intervenir
sont priés de le faire savoir à **Claude Dorfeuille** avant cette date.