

## De l'angoisse au cours de la cure

Mon fils (4 ans) fait des cauchemars. Il crie, il nous appelle presque chaque nuit, il s'agrippe à sa mère quand elle veut le recoucher... Ma fille (10 ans) est très inquiète la veille d'un contrôle en classe, elle ne veut pas déjeuner avant de partir, elle a mal au cœur et mal au ventre. Ces diverses formulations, très fréquentes de la part des parents qui nous amènent leur enfant en consultation sont les manifestations incontestables d'une angoisse que l'enfant ne peut nommer. L'adulte, lui, est davantage capable de décrire son état, de nommer "angoisse" ce qu'il ressent, de décrire les situations dans lesquelles cela se produit. Mais quand il vient nous consulter, il est tout à fait impuissant devant ces manifestations soit qu'elles lui "tombent dessus" sans prévenir, comme dans les cas d'angoisses paniques dans la rue, le métro ou autres lieux publics -, soit qu'elles reviennent dans des situations bien précises. Ainsi, chaque matin avant d'aller au bureau et d'y retrouver un collègue avec lequel le patient est en conflit, l'angoisse se manifeste. Un enseignant éprouve la même angoisse, avant de faire un cours face à une classe, un peu plus agitée que les autres et susceptible de le chahuter.

De très nombreux cas nous reviennent à l'esprit, ayant motivé des demandes de psychothérapie et d'analyse, au cours de notre déjà longue pratique clinique.

Les paramètres communs en sont, nous semble-t-il, un ensemble de manifestations physiques plus ou moins intenses, accompagnant un sentiment de malaise très pénible, plus global, pouvant aller jusqu'à la paralysie intérieure ou extérieure, plus ou moins associée à des réactions morbides envahissantes.

La personne subit cet état et plus elle s'y enlise, moins elle a le sentiment de pouvoir en sortir et ainsi les angoisses d'anticipation viennent renforcer les angoisses actuelles. L'angoisse est toujours un signal qui se fait entendre fortement. Elle est motrice en ce sens qu'elle pousse à consulter, à entreprendre un traitement. Mais quand elle est trop forte, elle est paralysante pour l'action, comme aussi pour la pensée réflexive. Et le patient ne demande alors qu'à en être délivré le plus vite possible. C'est sa principale demande.

En début de cure, c'est donc entre ces deux extrêmes : l'angoisse paralysante et l'angoisse motrice que va se jouer la possibilité de mettre en œuvre un travail d'exploration, de désintringement, de tri et de prise de conscience des angoisses et de leurs diverses sources et causes conscientes et inconscientes pour parvenir à leur énonciation et à leur métabolisation. Ce travail d'élaboration et d'intégration se poursuivra aux différentes étapes et tout au long de la cure. C'est, en effet, dans la durée que ce travail portera ses fruits. Mais ce temps nécessaire est vécu Comme trop long pour le patient très angoissé qui non seulement a besoin de se sentir soutenu et "accompagné", mais aussi soulagé. La prise d'anxiolytiques peut parfois s'avérer nécessaire pour réduire les effets dévastateurs et paralysants d'angoisses trop fortes et rendre le patient plus disponible et coopérant.

Car c'est bien en ce temps du début de la cure que le thérapeute s'efforcera d'établir une solide alliance thérapeutique. Celle-ci, bien enracinée dans les motivations du patient et sa confiance, sera le contrepoids nécessaire au transfert qui ne manquera pas de se déployer dans toute son ambiguïté. Le thérapeute sera alors d'un côté "le bon parent" qui accueille, protège et soutient le patient, mais de l'autre, il sera aussi le mauvais parent, impuissant, accusé de ne pas être en mesure de supprimer toutes les difficultés et douleurs du patient !

Nous venons d'évoquer certains débuts de cure difficiles où l'angoisse prédomine, mais nous savons tous que des angoisses peuvent surgir, et de façon violente parfois plus tard, au décours de la cure, pourtant commencée de façon relativement calme.

Au moment de mettre à jour les points les plus brûlants de la problématique du sujet, resurgissent les sentiments de menaces, en rapport avec les pulsions et les désirs les plus "interdits, inacceptables et inadmissibles, refoulés". De même, à l'occasion de la réactivation d'un vécu de rejet ou de dévalorisation, se déclenchent à nouveau des peurs archaïques d'abandon, de mort ou de dissolution.

Bien sûr, ces différentes angoisses dans la plupart des cas sont enchevêtrées, imbriquées, se réactivant et se renforçant les unes les autres. Une grande partie de notre travail comportera une désintronisation des sources conscientes et inconscientes de ces différentes angoisses, ainsi que le démantèlement des réseaux d'affects négatifs et de la charge émotionnelle qui s'y rattache.

Quelques vignettes cliniques montreront combien nous est précieux l'apport des images et des scénarios du rêve-éveillé dans ce travail.

### **L'angoisse en début de cure : le cas de Mme P.**

Décompensation anxieuse chez une "battante", récemment retraitée : Mme P. m'est envoyée par son médecin traitant ; elle souffre également d'une arythmie cardiaque qui l'inquiète beaucoup car plusieurs personnes dans sa famille, et son père notamment, sont morts de crise cardiaque. Elle se sent complètement diminuée, déstabilisée.

"J'avais pris mes forces dans la bagarre". Mme P. vit toute seule, elle est une militante très engagée dans les causes humanitaires. Actuellement, elle n'a plus envie de rien faire et reste au lit une partie de la journée. Son sentiment d'inutilité s'accompagne d'une perte du sens de la vie qui va jusqu'à envahir d'un doute rétrospectif la valeur des tâches accomplies dans le passé.

Mme P. devant son état vit un véritable traumatisme moral. Les fortes angoisses de départ ont été le signal d'une dépression masquée sous-jacente à un activisme qui fonctionnait, en partie, comme défense. La mise à la retraite, qui pourtant avait été préparée et bien vécue aux dires de Mme P., les premiers mois, par le changement de rythme qu'elle apporte et le tournant dans la vie qu'elle signifie, avait fait resurgir une problématique de perfectionnisme étroitement associée à une forte culpabilité qu'il a fallu patiemment mettre à jour.

Un autre volet de la thérapie a consisté à amorcer une lente remontée avec reconstitution d'une nouvelle image de soi, acceptable par la patiente, au-delà de l'image idéale déçue, à travers la recherche de nouvelles motivations et la relecture positive de l'histoire passée.

La relaxation, prolongée par la visualisation d'images sédatives d'une part et d'autre part d'images - symboles représentant les nouvelles motivations de la patiente et sa nouvelle perception d'elle-même, ont été associées à l'analyse.

### **Une cure en pointillé... le cas de H...**

Ce patient, âgé de vingt-cinq ans, consulte un an après l'accident vasculaire cérébral qui a laissé son père très diminué. H. encaisse le coup ; célibataire, il essaye d'être le plus disponible possible pour se rendre utile. Ce faisant, il absorbe l'angoisse et surtout la dépression de son père et l'angoisse de sa mère. Quand il vient consulter, l'angoisse le déborde et il n'arrive pas à

s'extraire de cette situation. L'intrusion de l'angoisse dans l'espace privé du self, dépossède le sujet de lui-même et l'aliène (Brusset).

Plus encore que le mal-être de l'angoisse, c'est le sentiment d'aliénation que H. n'accepte pas. Au cours des premières séances, j'apprends que le père de H. a fait une dépression grave quand notre patient avait 12-13 ans, qu'il a connu des périodes de chômage et qu'il a toujours été plus ou moins dépressif et dévalorisé au regard d'une figure mythique de la famille, le grand-père paternel, un aventurier qui avait réussi une superbe carrière. La mère de H. est dominante dans le couple et appartient-elle aussi à une famille où la réussite sociale, comme les diplômes, sont très valorisés.

Fils unique, tous les espoirs de la famille se portent sur H. Très doué, il est celui qui réussira toujours et qui doit relever le défi, racheter l'image dégradée de son père ; il est le pivot et le pilier de la famille. Mais cette image est assortie, dès qu'il a une défaillance, de la crainte qu'il ne suive les traces de son père.

Dès qu'il se sent un peu mieux, H. souhaite suspendre les séances : il ne sent pas le besoin d'investir à fond dans une cure, c'est un travail "trop narcissique", il a mieux à faire que cela, ce n'est pas constructif pour lui de replonger dans les événements douloureux du passé, il a besoin de vivre, d'arrêter de trop penser, de trop réfléchir.

Au regard de son image glorieuse, ce patient n'est pas en mesure de se mettre face à ses fragilités et ses contradictions, plus particulièrement devant une femme thérapeute, qu'il a pourtant choisie...

La cure se poursuivra donc en pointillé et H. viendra, pour quelques séances, à chaque nouvelle poussée d'angoisses déclenchées par quelque événement extérieur malencontreux pour le patient mais sans rapport avec la violence de sa réaction. Pour lui, l'angoisse fonctionne comme signal d'alarme " il faut consulter " .

Au bout de la troisième année seulement apparaîtront les images sous-jacentes à des états qu'il se contentait de décrire d'une façon un peu rationnelle et contrôlée. Il est envahi par des fantasmes morbides auxquels les rêves-éveillés font écho. À partir d'un profond sentiment de dégoût de soi et d'échec, il se voit "se donner des coups de couteau dans la poitrine, c'est comme battre sa coulpe jusqu'au bout"... Il se voit aussi se briser les mains. H. a alors une forte abréaction, accompagnée de sanglots. Cette image lui rappelle la période de la dépression de son père, vécue par lui comme une vraie catastrophe dont il ne pouvait parler à personne, pire que la mort parce qu'au moins, dans ce cas, les autres auraient pu comprendre son désarroi. Un souvenir lui revient aussi : à cette époque, il s'était battu violemment avec des copains par deux fois, au point de se casser les poignets car il ne supportait pas qu'on dise du mal de son père... Il retrouve également les sentiments de haine qu'il avait vis-à-vis de sa mère qui, d'après lui, avait "démoli" son père. "J'aimerais tant avoir un papa normal" avait-il avoué un jour à son père. À l'époque, H., saisissant la détresse dans le regard de son père, s'était fortement reproché cette réflexion. Mais, cet aveu ne s'accompagnait-il pas aussi de souhaits de mort inconscients vis-à-vis de ses parents, chacun pour des raisons diverses et que H. a retournés contre lui par la suite ?... Il se rappelle les sentiments qui l'animaient alors : "J'ai 12 ans, je suis seul, je n'ai personne sur qui m'appuyer".

La cure, à partir de l'émergence de ces images angoissantes, accompagnée d'une forte abréaction, a pris alors un tour différent. "J'ai des périodes où je suis assez sûr de moi, puis je m'écroule... Quand je vais mal, c'est en effet l'impuissance, la détresse et la culpabilité qui

dominant". Les défenses de H. ayant craqué, il a pu réélaborer les périodes difficiles du passé et reconnaître ses conflits intérieurs, source d'angoisse.

## **Sophie... et les figurations de l'angoisse**

Sophie a perdu sa mère quand elle avait 16 ans. Elle a bien réussi sa vie professionnelle mais sa vie affective d'après elle est un échec. Elle vit seule depuis plusieurs années après des liaisons d'une certaine durée qui n'ont pas débouché sur une relation durable. Elle s'en inquiète mais elle sent bien qu'elle a une demande affective trop intense qui fait peur et que, quelque part, elle n'a pas fait le deuil de sa mère. Chaque rupture s'est accompagnée pour elle d'un vécu angoissant d'abandon et elle a mis chaque fois plusieurs mois pour s'en remettre. De fait, elle se sent de moins en moins prête à aborder une nouvelle relation - ce qui l'inquiète et l'angoisse pour l'avenir.

Sa cure a comporté de très nombreux rêves éveillés, car elle n'éprouvait rien, ne pouvait ressentir aucun sentiment, hormis à travers les situations et personnages qu'elle mettait en scène dans le rêve éveillé. Elle terminait sur une image et la reprenait comme point de départ la semaine suivante et poursuivait son récit comme si elle avait besoin, par le prolongement de celui-ci, de rétablir un sentiment interne de cohérence et de continuité, qui résiste et persiste malgré l'émergence des sentiments qui l'animaient et qui pour elle, jusque là, étaient perçus comme facteurs de déstabilisation.

Ainsi avons-nous traversé une forêt épaisse et sombre, avec des branchages qui risquent de blesser et qui entravent la marche, des clairières où enfin un petit morceau de ciel bleu apparaît, avant de se retrouver dans des tunnels - labyrinthes bourbeux très inquiétants car peut-être sans issue, etc. Peu de personnages rencontrés dans cette randonnée à son début. Puis, après le long tunnel, notre patiente débouche dans un espace habité, il y a du monde, mais personne ne la regarde, personne ne la voit : autre forme d'angoisse, dans la foule cette fois.

Plus tard, dans d'autres rêves-éveillés, elle rencontre des enfants très gais qui eux viennent à elle. Et la patiente évoque alors quelques moments très heureux de son enfance où, dans une résidence pavillonnaire un peu isolée, en pleine campagne, les jeux avec une bande d'enfants - elle était la plus jeune - étaient le principal plaisir de cette époque, alors qu'à la maison, elle ressentait plutôt une atmosphère d'ennui et de non communication assez pesante.

A partir de ce moment-là, il y eut plus de lumière dans les rêves éveillés, mais toujours des entraves : un énorme rocher, très noir, barre totalement sa route, absolument incontournable. Elle finit par tenter de l'escalader, se trouve alors dans la lumière mais il lui est impossible d'en redescendre. L'angoisse est plus importante à la rencontre de cet obstacle que face à l'impossibilité de redescendre.

A la séance suivante, la patiente rapporte un rêve nocturne. Elle se voit en randonnée en montagne avec un groupe de personnes sympathiques. Puis elle se trouve seule, ayant laissé le groupe la distancer et, s'étant trompée de chemin, elle se voit sur un pont de glace très fragile. De chaque côté, il y a de profondes crevasses et à l'intérieur des hommes en position fœtale, inertes, mais ils ne sont pas morts. La patiente se sent vraiment en danger et doit absolument éviter de tomber dans les crevasses. Elle aperçoit le groupe de randonneurs au loin qui lui crient de faire très attention et qui l'attendent.

Une des associations importantes que la patiente fit avec ces images, c'est l'état de profonde dépression de son père à la mort de sa mère. Le père qui était l'élément dynamique de la famille,

énergique et quelque peu autoritaire, s'était vraiment écroulé et pendant près de deux ans, avant que Sophie ne quitte la maison, elle avait essayé d'être le réconfort de son père - ce qu'il lui demandait d'ailleurs - sans pouvoir élaborer elle-même son propre chagrin. Mise dans la situation de remplacer sa mère, ne serait-ce que sur le plan matériel et affectif, n'était sans doute pas sans réveiller, pour notre patiente, le conflit œdipien. Ajoutée à cela, une agressivité "rentrée", contre cette situation d'enfermement à deux dans la douleur, ne pouvait qu'amplifier ambivalence et culpabilité.

Ce que nous observons dans cette cure déjà avancée, comme dans bien d'autres, c'est que la levée du refoulement sur les images plus précises des sources de l'angoisse - ici le sentiment d'extrême fragilité et d'insécurité face à un grand danger de glaciation et de mort, en position fœtale dans une totale passivité coupée du monde si elle n'ose pas quitter son père n'apparaissent que lorsque l'angoisse a déjà pu se décharger, au moins en partie, à travers d'autres figurations et lorsque le moi a retrouvé assez de force pour y faire face.

Nous avançons vers la fin de la cure. La séparation n'est plus vécue comme impensable et d'autres critères, parmi ceux décrits par Hartman, sont relevés, notamment le moi est renforcé, il est plus libre vis-à-vis de l'anxiété et la capacité à tolérer une certaine angoisse et à réduire les affects déplaisants qu'elle draine à de simples signaux, a été nettement augmentée.

### **Le transfert piégé... et l'angoisse comme identification**

Le cas d'une autre patiente de 35 ans, ayant eu plusieurs hospitalisations à l'occasion de bouffées délirantes, mais stabilisée depuis environ trois ans, a été éclairé pour moi à la lecture de l'article déjà ancien de René Bérouti "L'angoisse comme identification".

Malgré une déjà assez longue analyse, cette patiente décharge régulièrement et de façon quasi inépuisable ses angoisses, peu attentive aux autres éléments de la séance. Elle s'en plaint pourtant mais continue. Cela m'interroge, au regard des progrès accomplis dans sa vie, par ailleurs.

Je ne décrirai pas en détail le cas de cette patiente et me contenterai d'évoquer à son sujet quelques hypothèses et pistes de réflexion que l'article de R. Bérouti m'a suggérées : "L'angoisse, dit-on, fait exister"... L'angoisse comme identification apparaît "être" un ersatz auto-érotique qui n'a pas coupé les ponts avec l'objet "secourable". Ceci nous renvoie au problème des rapports entre angoisse identification, fonctionnement psychique et "statut" de "l'objet".

Reformulant le problème de "l'objet" et de cette identification particulière qu'est l'angoisse, Bérouti s'explique : "Je veux dire que le psychanalyste n'est pas convoqué au nom d'une satisfaction amoureuse dans la relation du patient à lui, à ses objets, mais du fait du "mal" des pulsions du patient à se constituer un objet psychique, l'angoisse offre alors à cette "trame inachevée" le canevas de "l'expérience de détresse" réinstallée dans le transfert".

La patiente me fait en effet éprouver, en même temps que sa détresse et ses sentiments d'impuissance, des sentiments d'échec quant à elle-même, à l'évolution de la cure et à ma fonction. Ce qui n'est pas sans conséquence sur le contre-transfert : "Le psychanalyste en effet, écrit encore Bérouti, éprouvant l'angoisse de castration, est alors davantage tenté d'accaparer pour son propre compte la dynamique de l'identification phallique que de percevoir la valeur "d'attache érotique" entre lui et son patient, à laquelle recourt ce dernier - à travers l'angoisse -

véritable attache de "conservation" qui peut prendre valeur d'investissement fondateur".

Néanmoins, une interprétation dans ce sens ne saurait être opportune sans un surcroît "d'amour" et de patience, dans mon contre-transfert vis-à-vis de cette patiente, sans verser pour autant dans l'objet "secourable"

L'angoisse dans la cure, comme thème, est certes inépuisable. J'ai voulu naviguer dans cet espace étroit entre l'angoisse paralysante et l'angoisse motrice, l'angoisse restant toujours un signal, depuis le début, à ses différentes étapes et jusqu'à la fin de la cure.

Freud a parlé de la dualité des pulsions de vie et de mort. Tout analyste au contact avec la clinique est amené à sentir la présence de pulsions en conflit chez chacun de ses patients. Il s'agit de forces internes, faisant partie de lui (comprenant aussi les défenses contre lesdites pulsions) qui ont besoin de son action intégratrice pour qu'au lieu de s'annuler et de provoquer l'immobilisme, elles produisent une résultante qui agit comme moteur.

Éviter l'angoisse tendrait alors à limiter l'activité psychique de l'espace interne dont elle a besoin. Mais, bien évidemment, les pulsions ne peuvent être saisies directement. Les représentants psychiques et les affects prennent eux-mêmes des formes et des moyens d'expression très divers selon chaque patient. Et ceci n'est pas sans effet sur la forme que prendra la thérapie et nécessitera parfois certains aménagements du cadre.

## **Bibliographie**

BRUSSET Bernard, "Quelques aspects de la clinique et de la théorie de l'angoisse chez les adolescents", in *Les Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie (13<sup>e</sup> arrondissement)*, n° 20, L'angoisse, 1990.

BEROUTI René, "L'angoisse dans la cure : sa fonction Gobetween ou messagère dans la cure" in *Revue française de psychanalyse*, janvier - février 1979, Colloque de Deauville : "L'ANGOISSE".

DEBRAY Q., NOLLET D., *Les personnalités pathologiques*, Ed. Masson 1995

DIEL Paul, *La peur et l'angoisse*, Ed. Payot, 1956.

FABRE Nicole, "Avant l'œdipe", *rêve éveillé et fantasmes archaïques*, Ed. Masson, 1979.

FABRE Nicole, MAUREY Gilbert, *Le rêve éveillé analytique*, Ed. Privat, 1985.

PELICIER Yves, *Angoisse et tranquillité*, Ed. R. Dacosta, 1986.

QUINODOZ Danielle, *Le vertige, entre angoisse et plaisir*, PUF, 1994.

DE TAISNE Geneviève, *Vous devriez l'emmener chez le psy*, Ed. Fleurus, 1997, Collection Le Métier de Parents.

WIDLOCHER D., ALLILAIRE J.-Fr., "Approche thérapeutique des conduites phobiques", in *Revue psychiatrie Française*, "Angoisses", juin, juillet 1988.

## **Résumé**

De l'angoisse paralysante à l'angoisse motrice dans la cure, il s'agit de naviguer dans cet espace étroit où cependant l'angoisse reste toujours un signal.

Soulager l'angoisse, surtout en début de cure, peut être nécessaire, mais tenter de réduire l'angoisse par la suite serait méconnaître le lien entre angoisse et désir et risquerait de priver l'activité psychique d'un espace interne dont elle a besoin.

L'angoisse comme "identification" en est une illustration particulière. Celle-ci participe, en effet,

au sentiment d'existence du patient. Elle peut avoir temporairement à ce titre, dans la relation à l'analyste, valeur d'investissement fondateur.

### **Mots-clés**

Angoisse paralysante - Angoisse motrice - Espace interne - Activité psychique Sentiment d'existence.

### **Summary**

From paralysing anguish to driving anguish during the cure, the psychoanalyst has to operate within that narrow area where anguish always remains : a sign. It might be necessary to relieve the patient from such anguish. However, when trying to reduce the anguish one is likely to deprive the patient from, a necessary part of his psychic activity.

Anguish can be understood as an identification process. As far as anguish participates towards the patient's feeling of existing it can stand as a founding investment value.

### **Key words**

Paralysing anguish - Driving anguish - Psychic activity - Feeling of exciting.