

L'ANGOISSE VITALE ET SON TRAITEMENT

J. LOPEZ IBOR

(Madrid)

LORSQUE Freud a dit que l'angoisse était à la base de toutes les névroses, il a deviné l'importance qu'elle devait acquérir dans l'esprit de l'homme contemporain. L'homme cherche l'interprétation de son essence, c'est-à-dire sa manière d'être homme, dans l'une de ces caractéristiques : la raison, ses instincts ou encore l'angoisse. La variation dans la ligne interprétative nous montre l'impossibilité de réduire l'essence de l'homme à une formulation unitaire.

Freud nous décrit une nouvelle névrose et il l'a classée entre la neurasthénie et l'hystérie. Il l'a nommée d'abord « hystérie d'angoisse », pour arriver ensuite à la définir franchement « névrose d'angoisse ». Mais ce n'est que plus tard qu'il arrive à la conclusion que toute la dynamique des névroses s'appuyait sur l'angoisse et sur les mécanismes de défense que l'homme présente en face d'elle.

La question la plus importante, de mon point de vue, est de savoir si l'angoisse névrotique est semblable à l'angoisse normale. Le schéma est toujours le même, que nous considérons les névroses comme des « Erlebnis abnormen Reaktionen » (réaction à cause d'expériences vécues anormales) ou comme des conflits psychiques : le sujet reçoit

un impact psychique — un trauma — qu'il ne peut ni assimiler, ni élaborer. Il résiste à l'intégration dans le courant de la vie psychique, celle qui donne à l'expérience sa qualité d'anormale. Un îlot y demeurera qui non seulement ne sera pas incorporé, mais qui perturbera le cours normal de la vie psychique. Nous pouvons le nommer « complexe » ainsi que Jung l'a proposé.

L'important dans ce schéma est de nous demander pourquoi cette expérience psychique à laquelle nous accordons un rôle traumatisant est si difficile à atteindre. Nous ne pouvons pas dire qu'elle est « inabordable parce qu'elle est angoissante ». Il y a dans la vie énormément d'expériences que nous qualifions d'angoissantes et qui ne produisent pas ce même effet. L'angoisse, la peur, la tristesse, l'ennui, la colère, le ressentiment, la culpabilité, la honte, ne sont, en soi, que des sentiments pathologiques. Ils font partie du jeu normal de la vie des sentiments. Ou bien devons-nous dire que l'homme ne doit pas avoir des sentiments ? Ce que nous devons nous demander plutôt, c'est à quel moment ces vibrations de la vie des sentiments acquièrent un caractère pathologique.

Le premier mouvement qui nous vienne à l'es-

prit, et le plus fréquent d'ailleurs, est de quantifier l'intensité de la réaction par rapport au stimulus. Un fort stimulus affectif provoque cette réaction inadéquate que nous aimons appeler pathologique. Cette approche de la question est, évidemment, insuffisante. Un stimulus ne produit pas une réponse plus ou moins forte par le fait qu'il est plus ou moins grand, *mais parce qu'il dépasse la capacité de l'homme de le supporter*. Telle est la raison pour laquelle le stimulus le déborde et qui fait que de tout petits stimuli peuvent provoquer de grandes commotions affectives. L'important est que le caractère traumatisant de l'émotion naît de l'incapacité du sujet d'assimiler l'expérience. Comme nous le verrons plus tard, c'est justement l'incapacité d'assimilation ou d'intégration, que nous appelons « angoisse ». Cette incapacité, l'homme la subit face à une émotion de peur ou vis-à-vis d'un sentiment d'ennui, de honte ou de tristesse. Tous ces sentiments ont donc une structure commune : ils sont difficiles à assimiler et ils entaillent la continuité de la vie psychique. L'angoisse n'en est que la forme la plus caractérisée, la plus archétypique pourrions-nous dire, où l'impossibilité d'absorption de l'émotion traumatisante est mise en évidence.

L'observation clinique nous montre que la difficulté d'élaboration affective est due au fait *que l'expérience traumatisante a pour le sujet une signification spécifique*. Le caractère traumatisant ne lui est pas donné par sa violence, *mais par sa signification*. En réalité un transfert s'opère depuis le domaine quantitatif vers le domaine qualitatif.

Nous devons désormais nous demander ce qui dans la signification imprime un caractère traumatisant. La psychanalyse en rend responsables les expériences de l'âge infantile, dans ce sens qu'elles ont dérangé l'évolution de la libido. D'autres écoles de psychologie profonde acceptent seulement la première partie de cette thèse dynamique, c'est-à-dire le rapprochement avec l'expérience antérieure (trauma anamnésique). Que ce trauma soit réprimé, oublié, est une autre question. Car si précisément il a été oublié ou réprimé, c'est parce qu'il n'a pas pu être incorporé. Dans ce défaut d'assimilation du trauma agit un mécanisme défensif, mécanisme qui va souvent au-delà de ce qui est utile à l'organisme. Il en est de même pour l'organisme quand il se défend d'une infection au moyen d'une collection purulente et que celle-ci se constitue en « deuxième maladie ». Dans un certain sens, toute névrose se comporterait comme une « deuxième maladie ».

Avant d'aller plus loin dans cet exposé, nous

devons parler de l'effet traumatisant des impacts émotifs *actuels* qui constituent une névrose.

Il est évident que toute expérience humaine peut s'accorder que toute expérience antérieure. J'irai plus loin : c'est dans la structure même de la vie humaine que gît cette continuité de sens qui fait que toute expérience psychique fait partie d'un tout qui porte l'empreinte du passé et le germe du futur. Mais malgré tout cela, l'expérience clinique nous montre qu'il n'est pas toujours nécessaire d'avoir recours à ce travail référentiel anamnésique pour interpréter une situation névrotique, d'autant plus que si l'analyse se fait indéfiniment nous butons, tôt ou tard, avec l'antécédent : à savoir, le noyau propre de la personnalité. Et c'est pourquoi le fait de revenir anamnésiquement à la recherche de la signification traumatique ne résout pas le problème. C'est d'ailleurs pour cette raison que Freud soutenait la thèse du caractère sexuel des trauma, même dans les phases pré-génitales de l'enfance. Cette « libidinisation » de la vie, si l'on peut dire, est une exigence intrinsèque de l'appareil logique, base des théories freudiennes.

Nous devons nous demander dans ce cas pourquoi la sexualité, qui appartient à la vie même, doit prendre un caractère traumatisant ? Pourquoi les questions sexuelles sont-elles si fréquemment à l'origine des frustrations ? Revenant à l'idée première, nous pourrions répondre, en renversant la question, que tous les trauma sexuels ne provoquent pas nécessairement une névrose, mais bien seulement ceux qui portent la marque de l'angoisse. En biologie, les impacts morbides que l'organisme n'arrive pas à « encaisser » le dérèglent. Dans toute maladie il existe un processus de désintégration. La désorganisation est la réaction pathologique à un « stress ». Il en arrive de même en psychologie et en psychopathologie : l'expérience vécue du « stress » psychologique est appelée « angoisse » ou anxiété selon les cas.

Toute expérience représente quelque chose pour nous. Toute chose a une signification et c'est pour cela qu'elle est une « chose ». La personne est un centre signifiant dont les choses sont la périphérie signifiée. Aussi, nous devons essayer de découvrir quelles sont les choses — les objets — qui possèdent une charge de signification pour l'individu névrotique. En faisant la catamnèse de la malade, Emmy de N. Freud observe que les choses les plus insignifiantes de sa vie quotidienne avaient pris une « signification spéciale » pour elle : sous l'impact névrotique, la structure significative du monde s'était modifiée.

A mon sens et pour arriver à exprimer le fond de ma pensée aussi directement que possible, je dirais que la « signification » qui compte est celle qui est en rapport avec la vie humaine (« meaning for life ») non pas avec ce que la vie quotidienne renferme, mais bien avec ce que la vie quotidienne est, précisément parce qu'une expérience déterminée déchire en nous le voile de *ce que la vie n'est pas*. Qu'il s'agisse du voile couvrant la menace de la mort ou celui de la désintégration de la personne ou celui de la folie, ou encore le vide ou enfin le néant, c'est le fantôme de la « non-existence » qui apparaît « corporalisé ». *Cela est l'angoisse*. Le sujet est inerme, désarmé, pour faire face à ce sentiment. Le fantôme est là qui le menace et c'est cette menace qui fait sentir l'abîme sans fond de sa position. Le fait de se sentir débordé par la situation traumatismale est une expérience vécue de cette structure sous-jacente. Les expériences vécues qui rendent ce fond patent sont celles qui ne peuvent pas s'intégrer sur le plan psychologique. Il ne s'agit pas d'une menace quelconque, mais bien d'une menace spéciale qui atteint le fond même de la vie et qui montre sa frustration essentielle. Nous sommes tous frustrés, d'une façon ou d'une autre. La frustration névrotique est une transcription de cette frustration essentielle de la vie dans ce qu'elle a de « non-être » : c'est l'infiltration du néant.

Un important problème se pose : comment pouvons-nous reconnaître le caractère traumatisant de l'impact anxieux ? Le mot « angoisse » appartient au vocabulaire normal, mais ses frontières avec la peur, la tristesse, la nausée, etc.. ne sont pas bien définies. Quelles sont les différences entre l'angoisse normale et l'angoisse pathologique ? Pour plus de clarté, j'énumérerai les symptômes de l'hystérie d'angoisse chez Freud : excitabilité générale, attente anxieuse, accès d'angoisse avec des troubles cardiaques, respiratoires, transpiration, boulimie, « congestion » — neurasthénie, dérèglements digestifs, paresthésies et phobies.

L'angoisse pathologique, comme nous le voyons dans l'énumération antérieure nous offre une riche symptomatologie — végétative dirions-nous de nos jours — qui est vécue, en outre, par le malade comme une sorte de menace. La richesse des symptômes végétatifs, leur coloration d'expérience vécue, nous indiquent une angoisse fortement « corporalisée », incarnée, personnifiée. L'angoisse pathologique est aussi une angoisse somatotropique. La vie psychique est liée au corps tout en conservant une certaine autonomie vis-à-vis de celui-ci. Sans corps humain, il n'y a pas de vie

psychique humaine, mais celle-ci n'est pas une traduction littérale des processus corporels. En tout cas, ce serait une version symbolique où les symboles acquéreraient une vie indépendante.

C'est pourquoi, dans la vie des sentiments, Scheler distingue plusieurs couches, dont seulement deux nous intéressent en ce moment : le stratus vital et le stratus psychique. Le premier est lié à la « corporation » — au secteur corporel — et il situe le corps par rapport au monde et par rapport à nous-mêmes. Le médecin demande au malade au cours de sa visite matinale : « Comment vous trouvez-vous ? », c'est-à-dire « vous-même ». C'est ce vous-même qui définit ce qui est corporel, l'en-soi est dans ce cas-là la corporalité.

La différence entre la tristesse vitale et la tristesse réactive est très nette au cours d'une dépression. Les sentiments psychiques sont des sentiments dirigés. Quelqu'un peut-être triste à cause d'un malheur, mais la tristesse mélancolique n'a pas de motivation. Parfois cette tristesse est attribuée à un événement quelconque, attribution qui n'est qu'un phénomène secondaire et qui a un caractère défensif pour le malade. De la même façon que pour la tristesse nous pourrions parler de l'existence *d'une angoisse vitale et d'une angoisse réactive*, même si certains cadres névrotiques nous les présentent toutes deux enchevêtrées.

La présence de l'angoisse vitale ou endothymique comme noyau des névroses pose le problème de sa thérapeutique sous une optique différente de l'habituelle. Si l'angoisse est seulement conflictuelle et réactive, c'est-à-dire psychodynamique, il n'y a d'autre traitement pour en venir à bout que celui de la psychothérapie. Administrer des médicaments équivaut à réduire l'angoisse, à la déguiser et, par conséquent, en différer la guérison. L'angoisse s'appauvrit en expériences vécues et ne produisant plus des symptômes le malade apporte chaque fois moins de matière aux séances psychothérapeutiques. En outre, il y a un facteur très important, à savoir celui du transfert entre médecin et malade, qui se modifie par la présence d'un médicament. Je crois que ce refus du médicament se situe, de plein droit dans la logique de la psychanalyse.

Il est évident que dans les névroses il existe un élément très fort d'angoisse psychodynamique. Les dispositifs de défense du moi sont aussi, en grande partie, psychodynamiques. Telle est la raison pour laquelle l'analyse tend de plus en plus vers l'analyse du moi et ses mécanismes de défense. Mais dans le noyau des névroses, il existe aussi une certaine *physiodynamie*. C'est la racine « physis »

qui m'amène à utiliser l'expression « physiodynamie » plutôt que celle de « neurodynamie ». La « phusis » grecque n'est pas le corps, mais la nature. Et ce n'est pas la « nature naturée », mais la « nature naturante », donc ce que la nature à « en soi » de création, de « poïesis ». Il vaut mieux parler de « physiodynamie » dans tout ce qui concerne la structure vitale de l'homme, car le mot « biodynamie » me semble un peu flou.

Par ailleurs, si les névroses ont une base physiodynamique, elles peuvent et doivent être traitées « aussi » avec des médicaments. Je dis « aussi » parce que la psychothérapie est à mon avis inexcusable. Les tentatives pharmacologiques dans la thérapeutique ne doivent pas être uniquement considérées du point de vue symptomatologique. Elles recherchent, ou doivent rechercher et circonscrire de plus en plus, ce noyau qui est le monde vital du malade, l'angoisse vitale physiodynamique ou endothymique.

Sous cette perspective là, la psychothérapie doit réaliser un certain changement de front. L'analyse des défenses du moi revêt un caractère tout différent quand nous tenons compte de la présence d'un « moi vital », d'un moi qui est incarné et dont le dérèglement est le centre générateur de la marée anxieuse.

Depuis des années j'ai commencé à traiter les névroses avec l'acétylcholine intraveineuse. J'ai communiqué mes résultats au Congrès Mondial de Psychiatrie de Paris en 1950. J'avais alors essayé d'isoler dans le grand groupe de malades névrotiques un autre groupe où le caractère vital de l'angoisse me semblait évident. J'ai désigné ces malades sous le nom de « tymopathes » et je les ai classés dans le « cercle tymopathique » avec un sous-titre de « tymographie anxieuse ». Un certain parallélisme avec le traitement de choc des dépressions m'amena au traitement avec l'acétylcholine

intraveineuse. Les résultats ont été excellents. J'ai communiqué ces résultats à la Royal Society de Londres en 1951 et la statistique a été recueillie dans la revue *The Lancet*.

Les progrès pharmacologiques dans le traitement des dépressions ont entraîné un progrès similaire dans le traitement des névroses, nous ouvrant de toute évidence de nouvelles perspectives. Au cours de ces dernières années, la psychopharmacologie s'est vue enrichie avec les anxiolitiques, qu'une erreur considère comme de simples sédatifs de l'angoisse. Les anxiolitiques tendent à agir sur les régulations physiodynamiques et physiologiques qui sont à la base de l'angoisse. Cette nouvelle tendance qui s'ouvre sur les progrès pharmacologiques, je l'ai signalée dans une communication toute récente au Congrès de Neuro-psycho-pharmacologie qui s'est tenu à Birmingham l'été passé. De grands progrès ont été faits et il n'est pas illogique d'espérer, comme le disait Freud, que de nouvelles découvertes auront lieu dans ce sens-là.

Mes travaux actuels, plutôt qu'à l'isolement d'un groupe de malades anxieux « les tymopathes » comme au moment de la publication de mon livre « Augustia Vital » (Madrid, 1950), tendent à découvrir la base physiodynamique vitale de l'angoisse névrotique. J'essaye aussi de fixer quels sont ses points communs, ses différences et ses frontières avec l'angoisse psychique et réactive. Les névroses sont pour moi, en réalité, des maladies de la « tymopsyché », de la couche ou du stratus vital de la personnalité, plutôt que des réactions expérientielles ou conflictuelles. Nous devrions les nommer ainsi des *tymoses* et non des *névroses*.

[J. J. LOPEZ IBOR, Professeur de psychiatrie et psychologie médicale. Faculté de médecine (Madrid)].