

L'angoisse : description, formes cliniques

1. Définitions	1
1.1. anxiété et manifestations	
1.2. inquiétude et anxiété	
1.3. anxiété d'objet	
1.4. attente anxieuse	
1.5. peur	
1.6. effroi	
1.7. angoisse	
1.8. différences entre angoisse et anxiété	
1.9. l'angoisse est-elle pathologique ?	
2. Formes cliniques	4
2.1 Sémiologie de l'angoisse	
2.1.1 Manifestations somatiques	
2.1.1.1 musculaires	
2.1.1.2 sensorielles	
2.1.1.3 cardio-vasculaires	
2.1.1.4 respiratoires	
2.1.1.5 gastro-intestinales	
2.1.1.6 génito-urinaires	
2.1.1.7 système nerveux autonome	
2.1.2 Manifestations psychiques	
2.1.3 Manifestations comportementales	
2.2 Intensité, durée, forme	
2.3 Evaluation de l'anxiété et de l'angoisse	
3. Typologie de l'angoisse	6
3.1 Nosographie psychiatrique	
3.1.1 selon le DSM IV	
3.1.1.1 L'attaque de panique	
3.1.1.2 L'agoraphobie : Le trouble panique avec agoraphobie	
3.1.1.3 Le trouble panique sans agoraphobie	
3.1.1.4 L'agoraphobie sans antécédents de trouble panique	
3.1.1.5 Phobie spécifique	
3.1.1.6 Phobie sociale	
3.1.1.7 Trouble obsessionnel –compulsif	
3.1.1.8 Etat de stress post-traumatique	
3.1.1.9 Etat de stress aigu	
3.1.1.10 Anxiété généralisée	
3.1.1.11 Trouble anxieux lié à une affection médicale générale	
3.1.1.12 Trouble anxieux induit par une substance	
3.1.1.13 Trouble anxieux non spécifié	
3.2 psychanalytique	
3.2.1. Névrose d'angoisse	
3.2.2 Hystérie d'angoisse	
4. Les modèles	8
4.1 psychobiologiques	
4.2 psychologiques	
4.2.1 comportementaux	
4.2.2 cognitifs	
4.3 psychanalytiques	
4.3.1 le paradigme de l'angoisse : « le traumatisme de la naissance » comme angoisse réactionnelle (différente de l'angoisse automatique, le signal d'angoisse, l'angoisse devant un danger réel)	
4.3.2 approche ontogénique de l'angoisse	
4.3.2.1 angoisse du 8 ^{ème} mois	
4.3.2.2 angoisse paranoïde	
4.3.2.3 angoisse dépressive	
4.3.2.4 angoisse de séparation	
4.3.2.5 angoisse de castration	
4.3.2.6 angoisse morale en lien avec l'intégration du Surmoi	
4.3.2.7 angoisse de mort	
4.3.3 approche psychodynamique de l'angoisse	

Bibliographie

1/ - Définitions

Il existe de nombreux termes pour désigner les "états timériques"¹ (Le Gall, 1976) et des usages souvent impropres.

Ainsi, quelles différences entre : angoisse, peur, inquiétude, effroi, anxiété ?

Problème de traduction : angoisse et anxiété sont traduites par un seul terme en anglais "anxiety"

Anxiété (Glossaire DSM) : appréhension, tension ou malaise née de l'anticipation d'un danger qui peut être intérieur ou extérieur. Certaines définitions distinguent la peur, où l'objet est consciemment reconnu et extérieur, de l'anxiété liée à l'anticipation d'un danger inconnu.

Manifestations (anxiété et peur idem) : tension motrice, troubles neurovégétatifs, état d'attente craintive, exploration hyper-vigilante de l'environnement.

✓ L'anxiété peut être fixée sur un objet, une situation, une activité (phobies) ou bien diffuse (anxiété flottante).

Périodes délimitées soudaines associées à des symptômes physiques (attaques de paniques).

✓ Si anxiété centrée sur des signes ou des symptômes physiques déclenchant la peur ou la croyance d'avoir une maladie alors hypocondrie.

- **Inquiétude** et **anxiété** sont de même nature mais d'intensité différente.

- **Anxiété d'objet** : perception de l'objet / anxiété ordinaire, banale liée à des motifs justifiés.

- **L'attente anxieuse** : anxiété flottante prête à s'attacher au contenu de la première représentation qui fournirait une justification de l'état (Freud). Anxiété fondamentale, anxiété du sujet.

- **Peur** : liée à la perception d'un danger présent (avoir peur de...) / Effroi, terreur : idem mais intensité maximale avec débordement et envahissement (*par exemple : cauchemar, catastrophe naturelle*).

- **Effroi** : "danger auquel on n'était pas préparé par un état d'angoisse préalable" (Freud)

- **Angoisse** (Freud, 1926) : "l'angoisse a pour caractère inhérent l'indétermination et l'absence d'objet; dans l'usage correct de la lange son nom lui-même change lorsqu'elle a trouvé un objet : il est remplacé par celui de peur".

¹ *Timere* : craindre

Angoisse : sentiment pénible d'attente, peur sans objet, crainte d'un danger imprécis

3 signes de l'angoisse selon Le Gall (1976) :

- ✓ survenue inopinée et brutale,
- ✓ oppression physiopsychologique, écrasement,
- ✓ mort menaçante, paralysie.

Eck (médecin) : critère somatique propre à l'angoisse

PB : manifestations somatiques dans la peur, anxiété et l'angoisse....

Critères visibilité forte : existence d'un objet, existence de manifestations somatiques

Critères visibilité faible : origine, nature, fonction

Psychiatrie française :

- ✓ anxiété = "phénomène psychique";
- ✓ angoisse = "phénomène physique"

Actuellement,

- ✓ angoisse = phénomènes psychiques,
- ✓ anxiété = phénomènes physiques

N.B : l'anxiété fait partie du glossaire DSM et non l'angoisse / tandis que l'angoisse fait partie du vocabulaire de la psychanalyse et non l'anxiété.

L'angoisse est-elle pathologique ?

Angoisse existentielle, inhérente à l'homme : en lien avec notre propre finitude (Sartre), vie et mort, voire en lien avec l'absurdité (Kafka)

Donc la différence entre l'angoisse pathologique et "normale" est en lien avec l'intensité mais également de sa nature et de sa signification pour le sujet : angoisse dans des situations d'inactivité, de séparation, angoisse lié à la vue d'une souris.....

L'angoisse est aussi fonction de l'âge : angoisse de séparation, terreurs nocturnes durant l'enfance....

Les effets de l'angoisse vont de la préparation à l'action (le trac, le coup de stress qui mobilise), à la création, à l'activité intellectuelle jusqu'à l'inhibition massive et autres restrictions (phobies).

Comme pour toutes manifestations psychologiques est pathologique, non pas ce qui ne serait pas normal ("écart à la norme"), mais ce qui pour un sujet donné est source de souffrance et invalidant, source de restriction.

De fait, chacun a des capacités plus ou moins importantes à supporter l'angoisse et à la traiter et la transformer en action positive : du contemplatif au sauteur en élastique.

2 / Formes cliniques

Les manifestations cliniques de l'angoisse sont variables : comportements, manifestations physiques, manifestations psychiques, discours...

A - Sémiologie de l'angoisse

LA NATURE DES SIGNES

Manifestations somatiques

- ✓ musculaires : douleurs et courbatures, raideurs, sursauts, secousses cloniques, grincements des dents, voix mal assurée ;
- ✓ sensorielles : bourdonnement d'oreilles, vision brouillée, bouffées de chaleur ou de froid, sensation de faiblesse, sensation de picotement ;
- ✓ Cardio-vasculaires : tachycardie, palpitations, douleurs dans la poitrine (oppression), battements des vaisseaux, sensations syncopales, extra-systoles ;
- ✓ Respiratoires : poids sur la poitrine ou constriction, sensation d'étouffement, soupirs, dyspnée, toux, hyperventilation ;
- ✓ Gastro-intestinales : difficulté à avaler, vents, dyspepsie (douleur avant ou après le repas, sensation de brûlure, ballonnements, pyrosis, nausées, vomissements, creux à l'estomac, barre...), coliques abdominales, borborygmes, diarrhée, perte de poids, constipation, hoquet, soif ou faim paroxystique, spasmes ano-rectaux...
- ✓ Génito-urinaires : aménorrhée, ménorragies, apparition d'une frigidité, mictions fréquents, urgence de la miction, éjaculation précoce, absence d'érection, impuissance, douleurs abdomino-pelvienne, cystalgies, inhibition sexuelle...
- ✓ Système nerveux-autonome : bouche sèche, accès de rougeur, pâleur, tendance à la sudation, vertiges, céphalées de tension, horripilation...

Manifestations psychiques

- ✓ Attente crainte (soucis excessifs et/ou injustifiés) concernant des situations ou des événements
- ✓ Peur anticipatoire
- ✓ Appréhension intense avec sensation d'une menace grave
- ✓ Perception de diverses modifications somatiques, génératrice d'anxiété
- ✓ A l'extrême, sentiment de mort imminente, peur de perdre la raison ou signes de dépersonnalisation (cf. Silder : troubles de la conscience de soi + troubles de la conscience du corps + déréalisation).
- ✓ Altération des fonctions cognitives : concentration, lassitude, doute-indécision (B.E.C : évaluation des troubles de mémoire et des désordres cognitifs associés, 1996)

Manifestations comportementales

Tension, tics divers, onychophagie, instabilité, agitations

Evitement phobique : symptôme de l'angoisse mais déjà transformation de l'angoisse et une solution à....

Addiction à : tentative auto-thérapeutique à un vécu d'angoisse

☛ Comportement comme tentative de résolution, de défense et comme produisant également de la souffrance.

L'INTENSITE

Tous les signes décrits peuvent être plus ou moins intenses.

C'est cette intensité qu'évaluent certaines échelles d'anxiété : Hamilton (HARS), FARD, échelle brève d'anxiété de Tyrer, échelle d'auto-évaluation HSCL

Cliniquement : l'intensité varie de l'inquiétude à la crise d'angoisse paroxystique

DUREE

anxiété chronique, durable / la crise d'angoisse ponctuelle

FORME

- Troubles anxieux
- Anxiété-trait (composante stable de la personnalité) ou anxiété-état (composante transitoire, réactionnelle).
- Anxiété névrotique (personnalité névrotique), anxiété associée aux troubles psychotiques ou aux troubles somatiques.
- Angoisse réactionnelle, traumatique

EVALUER

*l'observation

*les échelles d'auto et d'hétéro-évaluation (évaluation de l'anxiété)

*l'entretien et projectifs (évaluation de l'angoisse et de son élaboration)

Cela dépend si l'on s'intéresse aux signes, aux troubles, au fonctionnement de la personnalité c'est-à-dire si l'on est dans une perspective de diagnostic (quel type d'angoisse ?), d'analyse psychopathologique (compréhension de la nature, du sens et de la fonction de l'angoisse).

Donc, il y a différente façon d'aborder l'étude de l'angoisse selon la clinique et les modèles de représentation de la personnalité (c'est-à-dire les théories : a-théorisme, théorie des traits, théories des structures, théories des états psychologiques, théories des processus)

3 / Typologies de l'angoisse

*nosographie psychiatrique :

A-théorique, descriptive, regroupement des signes et symptôme sous la forme d'un syndrome qui en fonction de sa durée, fréquence et de son impact invalidant va constituer un trouble.

Selon le DSM-IV :

L'attaque de panique : appréhension intense, soudaine et limitée dans le temps, sensation de catastrophe imminente en association avec des manifestations physiques : étouffement, douleurs....;

L'agoraphobie : anxiété liée à une situation d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper

Le trouble panique avec agoraphobie : attaque de paniques répétées + agoraphobie

Le trouble panique sans agoraphobie : attaque de paniques répétées

L'agoraphobie sans antécédents de trouble panique : agoraphobie + symptômes de type panique sans antécédents

Phobie spécifique : anxiété liée à l'exposition à un objet ou situation redoutée conduisant à un évitement : animaux, environnement, sang, situations (avion, ascenseurs...)

Phobie sociale : anxiété liée à l'exposition à une situation sociale redoutée conduisant à un évitement (parler en public, manger ou boire en public, utiliser les toilettes, rougir...)

Trouble obsessionnel –compulsif : obsessions (idées angoissantes qui s'imposent mais dont le caractère pathologique est reconnu) et/ou compulsions (idées d'un acte généralement absurde à accomplir pour éviter l'idée obsédante) et/ou rituels (comportement répétés) visant à neutraliser l'anxiété.

Etat de stress post-traumatique : reviviscence d'un événement traumatique avec angoisse et tentative d'évitement.

Etat de stress aigu : symptômes de stress survenant juste après l'événement traumatisant

Anxiété généralisée : période longue d'anxiété et de soucis persistants et excessifs

Trouble anxieux lié à une affection médicale générale

Trouble anxieux induit par une substance

Trouble anxieux non spécifié

*psychanalytique :

classification étio-pathogénique, description en fonction des mécanismes, des rapports avec la structure de la personnalité, du développement...

La névrose d'angoisse et l'hystérie d'angoisse

Ces deux formes pathologiques d'angoisse renvoient à la distinction plus large entre *névrose actuelle* et *névrose de transfert*, selon des critères étiologiques et pathogéniques.

Névrose actuelle : origine non pas dans des conflits inconscients infantiles mais dans le présent, les symptômes ne sont pas une expression symbolique mais résultent d'une accumulation d'une tension pulsionnelle (insatisfaction ou inadéquation sexuelle).

Névroses actuelles : Névrose d'angoisse – neurasthénie- hypocondrie.

Actuel : dans le sens "actualité", maintenant

Etiologie somatique : l'absence de décharge de l'excitation sexuelle ou de façon inadéquate (masturbation)

Mécanisme de formation des symptômes : somatique, transformation directe de la tension d'excitation en angoisse

Donc, ne relevant pas de la cure psychanalytique.

Névrose d'angoisse

- symptomatique : dominance de l'angoisse (attente anxieuse chronique, accès d'angoisse, manifestation somatique) qui peut se lier ou non à n'importe quel contenu, possibilité de symptôme phobique (mais sans signification symbolique d'une représentation refoulée).
- étiologique : accumulation de la tension sexuelle (libido), incapacité ou insuffisance d'élaboration psychique (liaison à des représentations et symbolisation, ou production d'un affect), décharge par la voie somatique.

Donc l'angoisse n'est pas un affect (formation psychique), mais témoigne de l'incapacité à faire un affect. C'est un événement psychosomatique, un choc émotionnel.

Pourquoi un afflux de libido ?

- pas de possibilité pour la libido d'investir un champ de représentation (c'est-à-dire un objet pour le désir) ;
- rejet psychique de la sexualité en lien avec l'éducation.

Névroses de transfert :

Affection psychique liée au refoulement de désirs infantiles ou des conflits infantiles. Les symptômes ont une valeur symbolique = représentation refoulée, d'où levée du refoulement et interprétation des symptômes font l'objet du traitement psychanalytique.

Hystérie d'angoisse (névrose phobique)

Forme de névrose de transfert qui se différencie de l'hystérie de conversion et de la névrose obsessionnelle et par ses mécanismes pathogènes :

- symptôme central : phobie

Analyse du cas : *Petit Hans* :

Enfant dont le symptôme "la peur d'être mordu par un cheval" a été interprété par Freud comme venant représenter par refoulement puis déplacement le conflit œdipien – désirs incestueux et parricides.

L'intérêt est que ce qui fait peur, le danger est devenu un danger externe que l'on peut éviter et donc contrôler (*la peur des chevaux et des promenades*).

1. Refoulement : séparation affect et de la représentation, libération de la libido qui se transforme en angoisse libre non liée. Désirs vis à vis de la mère et agressivité envers le père + angoisse de castration (complexe d'Edipe) qui provoque le refoulement.
2. Formation de substitut : investissement d'une représentation ayant un rapport associatif (symbolique) avec la représentation inconsciente refoulée (déplacement et projection) qui a une formation de contre-investissement pour le Pcs (permet de ne pas faire émerger la représentation refoulée dans le Cs). Cette représentation (le cheval-père) se comporte comme si elle était le point de départ à la libération d'un affect d'angoisse (alors que cet affect est alimenté de l'Ics).
3. Évitement, fuite : le Cs se protège contre l'activation de la représentation substitutive par le contre-investissement de l'environnement. Le danger est devenu un danger externe que l'on peut éviter et donc contrôler (*la peur des chevaux et des promenades*).

Mais attention les phobies existent aussi dans la névrose d'angoisse, la névrose obsessionnelle...

4/ Les modèles

a) – psychobiologiques

Hypothèse de base = les troubles biologiques conditionnent les réactions psychologiques.

✓ La théorie de James-Lange

Modifications somatiques (au niveau du système sympathique, hyperventilation, hyperexcitabilité...) → anxiété

En fait, divers systèmes physiologiques et biologiques sont impliqués.

✓ Modèle de Gray (1982)

Hypothèse : système avec une localisation biologique précise ayant pour fonction de filtrer les stimuli de l'environnement qui ont été perçus et de les comparer avec ceux qui sont attendus.

Si action perturbatrice (physiologique, biochimique, environnemental, stress) alors ce système se dérègle et conduit à des inhibitions de l'action (phobie), à des vérifications (obsessions)... Ces réponses peuvent être renforcées par l'apprentissage et les traits de personnalité.

Cf. Les théories du stress : certains stressors → angoisse → coping (stratégie de faire face : évitement fuite ou inhibition) selon le style de stratégies (centrées sur le problème, centrées sur l'émotion).

Toutes ces hypothèses sont relatives à l'origine de l'angoisse.

b) – psychologiques

✓ COMPORTEMENTAUX

Les hypothèses sont relatives aux mécanismes de l'angoisse, aux processus.

Watson (1920) : apprentissage de la réponse anxieuse par conditionnement (expérience sur des enfants : rats blancs + bruit stressant)

*le conditionnement répondant (de type Pavlov)

L'anxiété est une réponse apprise lors d'une expérience traumatique. Comment ?

Un stimulus inconditionnel aversif (douleur) est fortuitement associé à stimulus neutre (vision d'un chat). Le stimulus neutre sera stocké en mémoire et il a la capacité d'opérer comme un signal de danger en l'absence du stimulus inconditionnel.

Douleur → Anxiété

Serpent + Douleur → Anxiété

Serpent → Anxiété

Limites : ne permet pas d'expliquer l'ensemble des phobies

*le conditionnement opérant (type Skinner)

C'est un apprentissage qui dépend des conséquences de l'action (+ : renforcement positif ou - : renforcement négatif) (souris + levier + nourriture).

Exemple : la phobie acquise par conditionnement classique et maintenue par un conditionnement opérant (éviter fait diminuer l'angoisse donc c'est un renforcement positif qui entraîne le maintien du comportement phobique).

*l'apprentissage social (modeling) : les parents transmettent leur mode de réaction aux enfants.

Les conceptions comportementales sont limitées car elles ne reposent que sur ce qui est directement observable et font l'impasse sur les aspects subjectifs (représentation et émotions).

✓ COGNITIFS

Il existe des schémas cognitifs particuliers (pensées, images acquises par des expériences traumatiques préalables) stockés dans la mémoire et non accessibles à la conscience qui s'activent pour traiter de façon erroné l'information (les fausses perceptions par exemple, ...).

Exemple : perception d'arythmie cardiaque → activation des schémas cognitifs erronés → interprétation fausse des perceptions : crise cardiaque, attaque de panique... → mise en place de nouveaux moyens cognitifs et comportementaux pour éviter la production d'anxiété.

Les schémas cognitifs et les stratégies de contrôle sont acquises par apprentissage dans l'interaction avec l'environnement (attitude de la famille...)

c) - *psychanalytiques*

Paradigme de l'angoisse : le traumatisme de la naissance comme première **angoisse réactionnelle**

*le traumatisme de la naissance (Rank) : perte réelle de l'objet (mère)

Selon Freud : séparation physique difficile et violence psychique (perte de bonheur, de la paix). Situation de détresse psychique : hilflosigkeit (dénuement, béance).

Danger : le réel ou la pulsion ?

Le réel peut être contrôlé, évité... mais les excitations pulsionnelles internes plus difficilement si pas encore d'élaboration psychique possible.

Ainsi Freud note que l'angoisse devant un danger réel constitue une protection contre la névrose d'angoisse (préparation possible, retrait des investissements objectaux).

Si absence de préparation : angoisse automatique

Qu'est ce qui est traumatique ?

Ce qui dépasse dans l'actuel, les capacités d'élaboration psychique du sujet (effraction du pare-excitation). Le moi est débordé, inondé par un afflux d'excitation (cf. névrose traumatique, névrose d'angoisse).

Angoisse automatique (Laplanche et Pontalis, 1967): réaction du sujet à chaque fois qu'il se trouve dans une situation, traumatique c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitations, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser.

L'angoisse automatique s'oppose pour Freud au signal d'angoisse. (Freud, 1926).

Angoisse devant un danger réel : angoisse devant un danger extérieur qui constitue pour le sujet une menace réelle.

Signal d'angoisse : dispositif mis en action par le moi, devant une situation de danger de façon à éviter à être débordé par l'afflux d'excitation.

Le signal d'angoisse reproduit sous une forme atténuée la réaction d'angoisse vécue primitivement dans une situation traumatique, ce qui permet de déclencher des opérations de défenses (Freud, 1926).

- *Approche ontogénétique* :

De l'angoisse liée au traumatisme de la naissance (angoisse automatique) à une angoisse signal.

Tout au long du développement, les causes de l'angoisse évoluent en fonction de la maturation du moi (individuation et séparation) et des conflits psychiques (fantasmes et défenses) :

*Angoisse de 8^{ème} mois (Spitz) : peur de l'étranger (en lien avec l'attachement à ce qui est connu et aimé)

*Angoisse paranoïde (Klein) : en lien avec les fantasmes sadiques liés l'investissement de l'objet partiel (sein), issue de la pulsion de destructivité (pulsion de mort). Persécution, dévoration, ...

*Angoisse dépressive (Klein) : stade où l'objet est perçu comme total et risque d'être perdu du fait de la force des pulsions sadiques, destructrices.

*Angoisse de séparation (Winnicott et Bick) de type catastrophique : la fonction maternelle (soutenir, contenir, apaiser) n'a pas pu être intériorisée (transmise psychiquement) donc le bébé vit des angoisses très primitives de morcellement du soi, de vertige, de chute, d'engloutissement, ces angoisses sont très archaïques et "impensables" c'est-à-dire non représentées psychiquement et vécues physiquement.

*Angoisse de castration² en lien avec le stade phallique (Freud)

Réaction affective faisant suite au constat de l'absence du pénis chez la fille, lequel constat entraîne chez le garçon la peur fantasmatique de le perdre et chez la fille le désir de l'acquérir. Cette angoisse d'incomplétude ou du manque détermine l'angoisse de la mort contre laquelle le fantasme du désir d'avoir un enfant (sorte de réduction de soi) représente une défense.

*Angoisse morale en lien avec l'intégration du Surmoi (règles, modèles parentaux)

*Angoisse de mort

- *Approche psychodynamique :*

L'angoisse est liée à l'hypothèse fondamentale du conflit psychique entre instances
*inconscient (désirs) – conscient (réalité)

*moi, ça, surmoi

*pulsion de vie/ pulsion de mort

*pulsion érotisée / agressive

Le conflit psychique suscite de l'angoisse (signal) qui au niveau du moi, mobilise les mécanismes de défenses qui permettent de travailler psychiquement l'angoisse en faisant des symptômes. (*par exemple : si on empêche à un obsessionnel de réaliser son rituel, alors l'angoisse augmente*).

L'angoisse signal a donc pour but de permettre la mobilisation du travail psychique c'est-à-dire mobiliser les défenses et d'accomplir le travail de liaison et de symbolisation : aboutissant à une formation substitutive : le symptôme. Travail psychique = PCs (ou partie du moi)

Il faut savoir repérer :

- ✓ la tonalité de l'angoisse, son intensité (si trop forte impossible à lier) et le type de défense mobilisée, leur valeur adaptative.
- ✓ Si elles permettent au moi de remplir sa fonction synthétique (maintien de l'unité du moi) et sa fonction adaptative.

² Pour Bergeret (1986), il existe deux angoisses de castration : a) une angoisse de castration narcissique, prégénitale et phallique, en regard de laquelle le pénis est appréhendé par le sujet comme un phallus, c'est-à-dire un signe de complétude et de puissance ; b) une angoisse de castration génitale, oedipienne et objecto-centrée, qui connote une appréciation du pénis en tant qu'organe apte à procurer du plaisir (à soi-même et à l'autre).

Différence entre sublimation, refoulement, projection psychotique par exemple.

En terme de coût psychique (sublimation / refoulement = besoin d'un contre-investissement), d'adaptation (refoulement et projection psychotique) et de maintien de l'unité du moi (refoulement et le déni)

Dans la psychose : attitudes contradictoires du moi face à la réalité : reconnaissance de certains faits mais non intégration à l'expérience affective au prix d'une coupure dans le moi (clivage-déni)

Dans la névrose : attitudes contradictoires du moi est liée au conflit pulsionnel (ça/moi)

L'élaboration de l'angoisse névrotique :

1. afflux libido, réaction psychosomatique
2. liaison à un affect : vécu d'angoisse comme affect (qu'est ce qui se passe en moi ?) et/ou possibilité de tenter de le relier à une représentation (représentation n'ayant de valeur symbolique c'est-à-dire en lien avec la représentation refoulée, formation des situations-couteaux, porte qui claque, orage... ou formation des croyances et mythes) = élaboration intellectuelle
3. recherche d'une causalité : état de santé, surmenage, la fatigue
4. recherche des raisons actuelles de frustration, de non réalisation, d'incertitudes (relationnelles, professionnelles...) en associations avec divers fantasmes.

Le psychologue reconnaît l'angoisse comme l'existence dans le moi d'une énergie (libido) disponible, prête à s'investir. Donc possibilité d'ouverture et création, changement....

La question est quel objet proposer à son désir ?

Bibliographie

American psychiatric association – DSM-IV. (1996). Traduction française, J.D. GUELFY et al., Paris : Masson.

Bergeret, J. (1986). *Psychologie pathologique*. Paris : Masson.

Birraux, A. (1995). *Les phobies*. Paris : PUF.

Freud, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris : PUF.

Klein, M. (1921-1945). *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot.

Laplanche, J. Pontalis, J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.

Le Gall, A. (1976). *L'anxiété et l'angoisse*. Paris : PUF.