

Philippe Késy

Penser la phobie

L'abondante littérature actuelle des méthodes de traitement des angoisses phobiques finit toujours par proposer aux patients de se focaliser sur leurs symptômes, d'y faire attention, de les repérer, de les mesurer etc. On est bien loin de l'assertion lacanienne relative à la disparition « de surcroît » du symptôme !

Pourtant, il semblerait bien qu'en dehors de toute véritable théorisation la clinique psychanalytique des phobiques passe par une prise en charge relativement directive. Les différentes discussions que nous avons pu avoir avec plusieurs collègues vont dans ce sens. Curieusement, ce mode de prise en charge avait été préconisé par les précurseurs de la psychanalyse rejoints ainsi bien que pour d'autres raisons par les TCC.

Freud lui-même, en 1892 dans un article que l'on trouve dans « Résultats, idées, problèmes » suggère une méthode active, ajoutant à sa pratique un certain travail de suggestion, une part de prescription adressée directement au symptôme.

La communication de ce soir s'intitule donc « Penser la phobie ». Comment inscrire cette réflexion dans le cadre de l'étude du séminaire de cette année, à savoir « L'acte psychanalytique » de 1967 ?

Tout d'abord, rappelons-nous que, dans ce séminaire, Jacques Lacan a traité de la sortie de la cure et du devenir psychanalyste. Réflexion innovante en son temps en tant que cette notion d'acte n'avait pas été, d'un point de vue psychanalytique, référée à autre chose qu'une action relevant du domaine de la motricité.

Or, dans les précédentes interventions de nos confrères cette année, il s'est déjà posé la question de « Qu'est-ce qu'un acte en psychanalyse ? » ainsi que celle de nouvelles problématiques en psychanalyse. Nombreux sont les analystes ou les cliniciens travaillant en institution qui constatent au quotidien une évolution de leur clinique. Ce que certains auteurs contemporains désignent sous le terme de « nouvelles dynamiques psychiques ». Les nouvelles pathologies ainsi observées résistent selon eux à l'inscription dans un référentiel structural freudien ou lacanien.

Ces nouvelles pathologies, bien souvent amalgamées sous l'étiquette « état-limite »¹ et qualifiées par Julia Kristeva de « nouvelles maladies de l'âme »² seraient, si l'on en croit cette auteure, la traduction d'un mal contemporain consistant en des « difficultés ou des incapacités de représentations psychiques qui vont jusqu'à mettre à mort l'espace psychique ».³

1 J. Bergeret, dans de nombreux ouvrages

2 J. Kristeva, *Les nouvelles maladies de l'âme*, Fayard, 1993

3 Op. cit. p. 15

Les nombreux auteurs actuels préoccupés, tant d'un point de vue clinique (par la recrudescence majeure de ces nouveaux cas bien

difficiles à classer) que théorique s'accordent à pointer là un affaiblissement du fonctionnement psychique de l'individu prenant son origine dans « *un recul de la symbolisation* ».⁴

Ces mêmes auteurs font le parallèle entre ce recul, cet affaiblissement du processus de symbolisation au niveau individuel donc du sujet dans son fonctionnement intrapsychique et ce mouvement de détérioration de ce qui tient lieu d'ordre, de fonction symbolique au niveau sociétal, c'est-à-dire du lien social ; ce lien social qui, sous de nombreux aspects, connaît une dangereuse déliquescence en ce sens qu'il voit se modifier, et finalement, se pervertir ce mode de rapport à soi et au monde que Michel Foucault nommait « *substrat éthique* ».

Dans le cadre de cette nouvelle économie psychique pointée, entre autres par Charles Melman et Jean Pierre Lebrun, il nous paraît intéressant de traiter de la clinique de la phobie ; cette phobie qui, depuis Freud, pose un problème à la psychanalyse, autant du côté des avis divergents quant à son étiologie que du point de vue de la conduite de la cure. Phobie qui, comme nous l'a dit Roland Meyer dans une précédente communication peut être considérée comme « un acte à l'envers » à savoir un réaménagement, par le sujet, de la réalité en fonction de son fantasme.

Nous devons nous rendre à l'évidence et faire « *le constat de la nature polémique de l'énigmatique phobie* »⁵ tout au long du chemin épistémologique et clinique parcouru depuis Freud jusqu'à nos jours.

Si le problème semble rester entier, c'est peut-être que le cadre théorique ne convient pas !

Rappelons les positions psychanalytiques classiques sur la phobie :

1- Freud

Freud s'intéresse à cette entité psychopathologique reconnue comme telle dès les années 1890. La phobie ayant, depuis son apparition sur la scène psychiatrique, montré que l'angoisse qu'elle suscitait possédait de multiples visages, puisqu'elle semblait recouvrir de nombreuses peurs, il l'abordera sous l'angle de cette angoisse : le terme allemand *Angst* pouvant en effet désigner ces deux notions, peur et angoisse.

Dans son étude majeure⁶ concernant cette entité psychopathologique, analysant le cas de celui que le monde de la psychanalyse connaît désormais sous le nom de « *petit Hans* », Freud indique qu'on ne saurait considérer la phobie comme « *un processus pathologique indépendant* ».

Freud établit alors une classification des phobies en fonction de l'objet de la peur : il distingue, d'une part, les « phobies communes », peurs exagérées de choses, que l'être humain craint « raisonnablement » depuis la nuit des temps, telles que la mort, la solitude, la nuit, les araignées, les serpents. D'autre part, les « phobies d'occasion » telle que l'agoraphobie ou la phobie des transports bien connue de lui, étant lui-même phobique des déplacements en train).

Cependant, et de façon surprenante puisque non justifiée par Freud, cette distinction agoraphobie/autres phobies est gommée après l'analyse du « *petit Hans* ». C'est ainsi que, dans les ultimes développements de sa théorie de l'angoisse⁷, la phobie (au sens générique, et sans plus aucune nuance entre ses différentes formes) sera définitive-

4 J.P. Lebrun, *Un monde sans limite*, Eres, 2003, p. 163

5 Vallon, S., *L'espace et la phobie, La peur de la peur*

6 Freud, S., *Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans, CINQ PSYCHANALYSES*

7 Freud, S., *Inhibition, Symptôme et Angoisse*

ment rangée comme angoisse-signal (par opposition à l'angoisse automatique), devant la menace de castration (mécanisme prenant sa source au cours de la phase œdipienne).

L'angoisse de castration se différencie alors des autres types d'angoisse à l'œuvre dans les autres structures névrotiques : l'angoisse de la perte d'amour dans l'hystérie et l'angoisse devant le surmoi dans la névrose obsessionnelle.

S'agissant des modes de défense du moi œuvrant dans la phobie, il nous faut constater que Freud a désigné le mécanisme de projection comme étant caractéristique de la défense phobique, lui permettant ainsi de différencier obsession et phobie : « pas le moindre semblant de projection dans l'obsession »⁸ précise-t-il.

8 Ibid., p.62

Il est également intéressant de noter que dans *Inhibition, Symptôme et Angoisse*, il donne à penser cette angoisse de castration comme analogon de l'angoisse de mort.

2 - Lacan

J. Lacan se penchera également sur le problème de la phobie. Il se servira de la relecture du cas du « *Petit Hans* » pour repenser la problématique de l'Œdipe et de la castration et montrera que, contrairement à Freud, ni l'Œdipe ni la métaphore paternelle ne sont une solution à la phobie.

Cependant, il connaîtra de sérieuses difficultés à l'insérer de manière formelle dans un système conceptuel opérationnel. Après l'avoir considéré comme une entité nosologique distincte, il sera amené, devant l'impasse à laquelle il aboutit, à la concevoir comme « *une plaque tournante* » entre la structure névrotique (hystérique ou obsessionnelle) et la structure perverse ; il fera également de ce symptôme une passerelle, en tant que symptomatologie de couverture, vers des structures psychotiques.

Qu'en disent les autres approches thérapeutiques et que proposent – elles ?

Il nous faut bien reconnaître que les développements théoriques récents débouchant sur des propositions thérapeutiques se résument essentiellement aux thérapies cognitivo-comportementales : les tristement célèbres TCC !

Dans le référentiel TCC, l'actuelle nosologie psychiatrique, par le biais de son ouvrage de référence, le DSM IV, fait référence à cette catégorie de troubles que constituent les phobies. **Ceux-ci y sont décrits dans la section : « Troubles anxieux ». Quant à l'agoraphobie, elle est mentionnée, dans cette section, comme suit :**

Agoraphobie :

A. Il s'agit d'une anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations :

- d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper - ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique ou de symptômes à type de panique. (Typiquement, se trouver seul en dehors de son domicile, être dans une foule, une file d'attente, sur un pont, dans un bus, une voiture)

B. Les situations sont

soit évitées

soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une attaque de panique, ou des symptômes à type de panique,

ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant.

L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

L'abondante littérature actuelle des méthodes de traitement des angoisses phobiques finit toujours par proposer aux patients de se focaliser sur leurs symptômes, d'y faire attention, de les repérer, de les mesurer etc. On est bien loin de l'assertion lacanienne relative à la disparition « de surcroît » du symptôme !

Pourtant, il semblerait bien qu'en dehors de toute véritable théorisation la clinique psychanalytique des phobiques passe par une prise en charge relativement directive. Les différentes discussions que nous avons pu avoir avec plusieurs collègues vont dans ce sens. Curieusement, ce mode de prise en charge avait été préconisé par les précurseurs de la psychanalyse rejoints ainsi, bien que pour d'autres raisons, par les TCC.

Freud lui-même, en 1892 dans un article que l'on trouve dans « Résultats, idées, problèmes » suggère une méthode active, ajoutant à sa pratique un certain travail de suggestion, une part de prescription adressée directement au symptôme. Exposant le cas d'une jeune mère souffrant d'une phobie d'allaitement de son nourrisson, il décrit la réduction du symptôme par l'hypnose et commente les effets de la suggestion et de son mécanisme.

Plus tard Ferenczy justifiant sa « technique active » en psychanalyse écrira au sujet de la phobie : « *Au Congrès de La Haye, [...], j'ai montré comment on se trouvait parfois obligé de formuler au patient des injonctions et des interdictions concernant certains de ses agissements pour perturber le mode habituel (pathologique) de décharge des excitations dans l'inconscient et obtenir ainsi que la nouvelle répartition de la tension psychique consécutive à cette intervention permette l'activation dans l'inconscient du matériel encore enfoui et rende celui-ci manifeste dans le matériel associatif.* »⁹

Les auteurs contemporains inscrits dans le cadre théorique psychanalytique s'accordent de manière assez unanime à reconnaître la difficulté inhérente à la prise en charge de patients agoraphobiques. De l'avis généralisé, la guérison reste très incertaine, la durée de la cure généralement longue avant l'obtention de résultats probants et le maniement lui-même de la cure s'avère délicat ; car, comme le souligne Isabelle Morin,¹⁰ « *on remarque, ..., dans les cures, que la levée de la phobie fait inmanquablement surgir une angoisse massive.* »

Selon Annie Birraux,¹¹ « *il faut tenter de poser des aménagements techniques pour parvenir à des résultats plus encourageants. [...] À notre sens, l'aménagement technique doit porter essentiellement sur le cadre. Le cadre doit être stable.* »

Ainsi, la permanence du cadre va permettre que puisse « *se restaurer, dans la fiabilité, quelque chose du sentiment d'existence menacé.* »

« *Enfin* », conclut l'auteure, « *la thérapie doit s'amorcer sous le signe de l'étayage [...], il ne faut pas tomber dans le piège d'interprétations trans-*

⁹ Ferenczy S., *Les fantasmes provoqués*

¹⁰ Morin I., *La phobie, le vivant, le féminin*

¹¹ Birraux, A., *Les phobies*

férentielles alors que le transfert est de nature strictement narcissique. »

Nous retrouvons ici la nature précoce, archaïque de la problématique phobique qui pose problème dans l'utilisation de la névrose de transfert propre à la clinique psychanalytique.

Cette difficulté, particulièrement insistante dans cette pathologie, nous paraît être à mettre en relation avec la notion de « *carapace autistique* »¹² de Frances Tustin.

12 Tustin, F., *Autisme et Protection*

Cette auteure fait l'hypothèse que la personnalité en partie autistique de certains sujets surtout phobiques entrave le bon accomplissement du travail analytique. Leur moi, extrêmement fragile, s'organise en carapace, « *encapsulée* », selon le propre terme de Schreber¹³ dans ses mémoires. C'est cette combinaison qui rend problématique, selon elle, l'approche psychanalytique de tels patients.

13 Schreber, D.P., *Mémoires d'un névropathe*, Trad. Fr. Points Essais, 1998

Sydney Klein, quant à lui¹⁴, évoque « *un agrippement désespéré à l'analyste* » ressenti comme « *l'unique source de vie et de vitalité dont ils ne peuvent plus se passer.* »

14 Klein, S., « *Autistic phenomena in Neurotic Patients* » in *International Journal of Psychoanalysis*, 1980

Les progrès rencontrés dans la cure peuvent, selon lui, faire émerger « *une crainte sous-jacente très intense de la douleur, de la désintégration et de la débâcle* » qui nécessite une prise en charge particulière par l'analyste afin d'éviter un interminable et stérile dialogue intellectuel.

Du coup, face à ces résistances particulières, on se retrouve aux prises avec certaines questions tant théoriques que pratiques :

S'agit-il bien, dans l'agoraphobie de la question de l'angoisse de castration ?

Qu'est-ce que cela met en jeu du point de vue de la dynamique psychique ?

Comment conduire les cures de tels patients ?

Pour ce qui est de la nature de l'angoisse :

15 Vallon, S., *L'espace et la phobie*

Selon Serge Vallon¹⁵, reprenant Westphal, la phobie peut se définir comme « *la peur d'avoir peur* » qu'il qualifie de « *peur sans contour* ».

C'est à ce titre que l'objet (loup, araignée, serpent...) dans ce que Freud appelle « *phobie classique* » vient jouer son rôle le plus significatif : « *donner un contour à cette peur* » ; le signifiant – support, utilisé à cet effet, possédant une limite perceptible, un contour précisément identifiable. Dans ce cas, la phobie a valeur de symptôme, se réfère à l'ordre symbolique, au moins en partie et la cure peut se dérouler, à l'instar de celle du petit Hans dans le cadre classique du transfert et de l'opération langagière s'inscrivant dans les logiques métaphorique et métonymique caractéristiques de la chaîne lacanienne des signifiants.

En revanche, la situation agoraphobique se caractérise – et c'est en cela que le tableau de Edvard Munch en est une preuve « *criante* » – par des limites fuyantes, floues, évanescences.

Elle confronte le sujet au sans - limite et donc à la possible évanescence de sa propre existence. François Perrier¹⁶ fait mention, quant à lui, d'un « *vertige phobique* » comme monstration édifiante de ce sentiment de perte, par le sujet, de ses coordonnées subjectives et, partant,

16 Perrier, F., *Phobies et hystérie d'angoisse*, in *La Chaussée d'Antin*

de la dissolution de son être dans une réalité qui se dérobe à sa capacité représentative.

Pour Marc Morali, « le vertige est le jaillissement de l'impossible à voir »¹⁷

Du point de vue symptomatique on est bien obligé de constater que lors des crises agoraphobiques, on est plus près de la psychose que de la névrose. Je vous propose d'illustrer cela par quelques vignettes cliniques.

Concernant un symptôme de dépersonnalisation, de déréalisation :

Joachim vit régulièrement, à l'idée de sortir dans la rue, des épisodes d'angoisse très éprouvants pendant lesquels il se sent « déconnecté de la réalité ». Tout commence par une oppression respiratoire et des sensations d'étourdissement. Sa vision reste bonne, mais brusquement il se sent envahi par un sentiment d'étrangeté envers lui-même et ce qui l'entoure. Son environnement lui semble brutalement irréel ne présentant plus aucun élément de familiarité. C'est comme si tout se passait dans un décor inconnu, sans possibilité de communiquer avec les autres. Joachim est alors persuadé qu'il devient fou. D'ailleurs, il a l'impression de se transformer, comme si, d'un seul coup, son corps se dédoublait. Cependant il reste conscient que ce n'est pas l'extérieur qui se transforme, c'est dans sa tête que cela change.

Repli autistique :

Sandra vit à chaque déplacement aérien un vrai calvaire. Dans ses moments de grande détresse, Sandra a recours à une de ces formes autistiques évoquées par Frances Tustin, parfaitement illustrée par ses propos : « Quand j'ai vraiment très peur, je remonte mes pieds sur le siège en serrant mes jambes entre mes bras ; j'ai alors l'impression que ce qui pourrait m'arriver serait moins grave. »

La position fœtale ainsi adoptée, véritable « agrippement auto-sensuel » que décrit F. Tustin, permet ainsi à la jeune fille de lutter contre cette terreur psychologiquement irréprésentable.

Délire interprétatif :

Sandy ne peut plus prendre l'avion depuis 9 ans. Le dernier voyage aérien effectué l'a plongée dans un état de panique qui n'a cessé qu'à l'atterrissage. Elle a entendu la voix du pilote s'adressant aux passagers et a immédiatement conclu que celui-ci devait être dans un état d'ébriété qui mettait sa vie en danger. Par ailleurs, le micro avait grésillé, l'incitant à penser que le matériel était défectueux, ce que la vue de l'aile dont les volets se sont rabattus dans la manœuvre de décollage lui a bien entendu imaginativement confirmé. Elle était par ailleurs convaincue que le seul fait d'exprimer verbalement sa peur à son compagnon allait provoquer la chute de l'avion.

Malgré ces symptômes qui apparaissent pendant les crises, ces patients semblent pourtant relever sans conteste de la structure névrotique : on aura pu observer chez eux de manière inéquivoque des manifestations de l'angoisse de castration, l'expression d'un sentiment de culpabilité, des imagos parentales bien différenciées...

On a donc généralement une structure névrotique de base mais cette structure semble craquer, laissant des processus psychiques beaucoup plus archaïques prendre en charge l'angoisse présente.

On peut noter que ces manifestations psychotiques occasionnelles et transitoires ont déjà été observées dans d'autres situations et

¹⁷ Morali, M., L'amour du vertige in *La clinique lacanienne* n°9, p. 82

abordées par des auteurs tels que Frances Tustin, Sydney Klein ou J.-D. Nasio (concept de forclusion locale)

Pour emprunter une parabole à la mythologie, l'agoraphobie viendrait, chez le sujet, occuper la fonction assignée au bouclier de métal poli comme un miroir, qu'Athéna offre à Persée en prévision de sa lutte contre Méduse ; ce bouclier lui permettra de voir le monstre à travers l'image réfléchie de celui-ci sur le métal, d'une façon indirecte, et, ainsi ne pas rester pétrifié par son regard direct et mortel.

En cela se dessinerait la possible fonction apotropaïque (du grec *apotropaion* « effigie qui écarte le mal » et équivalent du *fascinum* latin¹⁸) de l'agoraphobie qui détournerait ainsi la menace d'aphanisis du sujet et le protégerait d'une possible disparition dans l'abîme d'un réel désobjectivant. Elle pourrait figurer et présentifier le concept de « forclusion locale » et son corollaire de « moment d'appel » introduits par J.-D. Nasio.

18 Quignard, S., *Le sexe et l'effroi*

Notons, dès maintenant, que les antécédents théoriques freudiens du concept de forclusion, élaboré ultérieurement par J. Lacan et repris par J.-D. Nasio, mettaient en relief un mécanisme de défense du moi contre une représentation intolérable, bien différent du refoulement typiquement névrotique.¹⁹

19 Freud, S., Les psychonévroses de défense, in *Névrose, psychose et perversion*

Contrastant ainsi, dans cette approche théorique, avec le mécanisme de défense moïque de substitution par une représentation insignifiante et acceptable chez l'obsessionnel ou celui de conversion somatique propre à l'hystérique, Freud avait imaginé un troisième mode défensif du moi consistant en un rejet de la représentation insupportable.

La différence majeure de ce rejet avec les deux précédents mécanismes pour lesquels J. Lacan confirmera que « le refoulé et le retour du refoulé, c'est une seule et même chose », cette différence radicale, donc, réside dans l'hétérogénéité patente entre la représentation symbolique initiale et son destin après traitement défensif du moi par une opération violente.

Cette opération violente, Freud la décrit ainsi : « Il existe pourtant une espèce beaucoup plus énergique et efficace de défense. Elle consiste en ceci que le moi rejette la représentation insupportable en même temps que son affect et se comporte comme si la représentation n'était jamais parvenue jusqu'au moi. » Il écrira aussi, et cela nous intéresse au plus haut point : «...le moi s'arrache à la représentation intolérable, mais celle-ci est inséparablement attachée à un fragment de la réalité si bien que le moi, en accomplissant cette action, s'est séparé aussi, en totalité **ou en partie**, de la réalité »

Freud avait donc eu la lumineuse intuition que cette atteinte moïque pouvait être partielle, localisée et que le moi pouvait ainsi, et malgré cette effraction psychique, conserver une certaine unité et une consistance intacte. Le mécanisme étant ainsi décrit, qu'en est-il de cette représentation intolérable qui a contraint le moi à lui assigner un tel destin ? Pour Freud, puis Lacan, la réalité psychique insoutenable est éminemment sexuelle et concerne la réalité de la castration. Dans notre élaboration théorique, nous sommes cependant plus sensibles au développement apporté par J.-D. Nasio.²⁰

20 Nasio, J.D., *Les yeux de Laure*

Celui-ci, sans renier les éminentes avancées conceptuelles imputables à Freud et Lacan, opère un virage significatif par rapport à la

ligne théorique de ses illustres prédécesseurs. Pour lui, «... *la forclusion n'est pas un rejet, mais au contraire l'abolition d'un rejet qui aurait dû se produire [...] ni un rejet, ni une expulsion, mais un accident de parcours* ». Il considère alors qu'il s'agirait plutôt, dans cette opération de forclusion, qui concerne bien entendu *Le* - ou mieux encore - *Les Nom(s)-du-Père*, de la non-advenue d'un signifiant à la place de successeur dans la chaîne de signifiants S1-S2 ; c'est alors que « *la réalité locale s'organise suivant une tout autre logique.* »

Quel est donc ce moment précis où s'opère un tel processus ? « *C'est le moment de l'appel.* » et pour Nasio, «...*la forclusion [...] ne se vérifie pas, tant qu'il n'y a pas un appel... Car ce signifiant quelconque qui ne vient pas occuper son rang de Nom-du-père est un signifiant appelé ; on l'appelle et il ne vient pas. Appelé par qui ? Appelé par l'Autre.* »

Ce signifiant-appel émanerait donc du grand Autre, utilisant comme messager le petit autre dans une relation de transfert avec le sujet.

À la différence de Nasio, nous faisons l'hypothèse que si, dans l'opération forclusive locale, il y a bien appel, celui-ci pourrait provenir du grand Autre, certes, mais plus précisément sous sa version d'Autre maternel.

Et si, comme l'évoque Nasio, il s'opère soit une fragmentation des signifiants de la chaîne associative, soit une massification de ces mêmes signifiants, nous avons l'audace de considérer que ces processus se doivent à l'effraction du réel que constitue la situation phobique ; cette effraction du réel que l'on rencontre de manière systématique dans la clinique du trauma, qui convoque le sujet, dans ce moment d'appel, au lieu d'un « *en-trop* » de jouissance qui déborde les capacités adaptatives du moi.

Nous faisons l'hypothèse que ce serait le cas dans l'agoraphobie
Alors, d'où proviendrait cette angoisse ?

La psychanalyse met l'accent sur la théorie du trauma qui provoque l'angoisse de retrouvailles de la situation source du trauma. Ce qui nous amène à nous poser la question suivante ; doit-on penser cette angoisse en terme de conséquence d'un trauma ou, d'une manière novatrice, en termes de position au sens kleinien ?

Comment justifier l'intérêt de se poser cette question et donc d'envisager les choses sous cet angle ?

Il nous faut, au préalable, effectuer un bref rappel théorique justifiant l'origine et l'usage conventionnel de ce terme de « *position* ».

Un des principaux apports de Mélanie Klein à la théorie psychanalytique réside dans ce concept de « *position* ». Mélanie Klein se détourne de la notion de stade (oral, anal, génital), élaborée par Karl Abraham, trop psychogénétiqument historique à ses yeux, pour élaborer la notion de « *position psychique* ».

Elle introduit ainsi la « *position schizo-paranoïde* », marquée par les premières angoisses de persécution, qui témoigne ainsi chez le nourrisson d'une vie fantasmatique intense et d'un grand degré de souffrance psychique, et la « *position dépressive* », succédant à la première et marquée par le deuil, la perte, l'absence qui engendrent des états dépressifs et des défenses maniaques qui permettent à l'enfant

de nier la réalité. Les positions dans lesquelles les premiers objets persécuteurs sont les parents renvoient aussi au surmoi primaire, antérieur au complexe d'œdipe, ce qui est aussi une innovation kleinienne.

La nouveauté de cette théorisation réside également dans le fait que ces positions, nécessaires au développement psycho sexuel du nourrisson, ne sont pas seulement une étape structurante et donc chronologiquement déterminée du psychisme infantile - tels que sont appréhendés les stades psychogénétiques d'Abraham, mais un ensemble de relations objectales, d'angoisses et de mécanismes de défense qui peuvent resurgir à nouveau tout au long de la vie du sujet.

Ces positions sont donc des modalités existentielles dont la forme perdure même si leur contenu est différent. Mélanie Klein, sans véritablement donner de la phobie une approche théorique spécifique, n'en modélise pas moins d'une certaine façon, à partir de la position schizo-paranoïde, ce que l'on pourrait qualifier de « fonction phobique ». Elle en situe des expressions récurrentes aux différents stades psychogénétiques oral, anal, génital ainsi qu'au rendez-vous des moments cruciaux de la vie adulte : crise de la moitié de la vie, entrée dans la vieillesse..., ces moments particulièrement critiques de l'existence au cours desquels l'unité psychique du sujet est mise à l'épreuve et où l'équilibre de son monde interne est fondamentalement bouleversé par l'impératif d'une réorganisation psychique pour faire face à la nouvelle donne de la réalité externe.

Nous pourrions donc faire l'hypothèse que les manifestations symptomatiques de l'agoraphobie relèvent d'un tel processus : les crises d'angoisse de cette nature correspondraient à une modalité psychique élaborée très précocement chez *l'infans* - pré œdipienne, donc - et qui pourrait plus ou moins perdurer, tout au long de la vie, selon les individus.

Cette modalité s'appuierait ainsi sur un point de fixation archaïque. Elle serait alors un mode de défense possible du moi devant l'effraction traumatique du réel vécue dans une situation donnée ; elle imposerait au moi un retour forcé au noyau du traumatisme, responsable de l'impact initial dans la psyché. Elle condamnerait alors le sujet à l'utilisation des mécanismes défensifs utilisés alors, en ce temps lointain du trauma inaugural. Trauma que Lacan, lui-même, considère comme « *le noyau d'un temps réversible* ». ²¹

²¹ Lacan, J., *Ecrits*, Seuil, Paris, 1966, p. 838

Quelle piste thérapeutique, dans cette perspective, pouvons-nous suivre pour tenter de libérer le sujet en analyse de ce lourd fardeau psychique ?

Au regard des diverses considérations théorico cliniques qui précèdent, il nous paraît essentiel d'adopter, avec le patient sujet à des flambées agoraphobiques, une position de « bonne mère » visant ainsi à restaurer une imago maternelle débarrassée de ses aspects dévorateurs qui ont amené le sujet à perdre ses coordonnées subjectives dans un appel à la Jouissance perpétré par la situation, situation convoquant l'Autre maternel archaïque tout puissant.

L'analyste pourrait ainsi tenir lieu, transitoirement, de version

actualisée de cet Autre maternel, sur un versant pacifié, bienveillant, inoffensif donc, cette fois (en tant que « *mère suffisamment bonne* » selon l'expression désormais consacrée de D.W. Winnicott) et, parallèlement, faire office de tiers séparateur et donc d'agent de la castration, en tant que celle-ci n'aurait pu s'effectuer que partiellement.

Cependant, notre expérience clinique partagée avec certains de nos collègues qui nous ont suivis dans ces propositions semble montrer que cette position analytique ne suffit pas. Elle est nécessaire mais pas suffisante. Nécessaire dans le sens où elle seule permet l'établissement d'une relation thérapeutique qui ne soit pas trop angoissante, pas suffisante dans le sens où il semblerait que si les symptômes cèdent dans un premier temps, ils ont tendance à revenir par la suite.

Que peut-on alors proposer pour avancer dans la thérapie ?

À l'instar de Freud avec la Gradiva de Jensen ou plus tard avec d'autres œuvres artistiques comme « un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci » ou bien encore le Moïse de Michel Ange, pourrions-nous trouver dans le tableau de Munch des éléments de réponse à cette question ?

Dans ce tableau, l'artiste se peint en pleine crise d'angoisse agoraphobique. Il commentera cette œuvre par le petit texte suivant :

« *Je me promenais sur un sentier avec deux amis – le soleil se couchait – tout d'un coup le ciel devint rouge sang – je m'arrêtais, fatigué, et m'appuyais sur une clôture – il y avait du sang et des langues de feu au-dessus du fjord bleu noir et la ville – mes amis continuèrent, et j'y restais, tremblant d'anxiété – je sentais un cri infini qui passait à travers l'univers... »*

On peut remarquer que tout l'univers de l'artiste semble se dérober ; ce qu'il traduit par des lignes courbes qui se mêlent les unes aux autres et qui constituent ce qu'il nomme « *le cri infini qui passe à travers l'univers* ». Ce qui est remarquable et qui étaye notre hypothèse d'angoisse d'anéantissement, c'est qu'il se peint lui-même de la même manière. Il semble être pris dans l'informe, l'infini, et l'évanouissement des limites du monde.

Les seules parties rectilignes du tableau sont le pont, la barrière, ses amis qui, eux, semblent résister. De même, il peint sur le côté droit du tableau une fine bande à peine perceptible qui pourrait alors limiter la dissolution du paysage, mais peut être aussi celle de son monde interne.

Il semble ainsi avoir eu l'intuition de la parade possible à ce débordement de jouissance qui l'envahit et le submerge dans une vision et un ressenti quasi-hallucinatoires caractéristiques des flambées agoraphobiques : la nécessité d'un cadre pour border quelque chose qui menace d'engloutir le sujet dans un chaos synonyme de mort psychique.

La clinique de nombreux patients agoraphobes souligne le besoin de se raccrocher à quelque chose qui tient lorsque survient la crise. Ainsi en est-il du besoin de regarder par le hublot de l'avion, d'entendre la voix du commandant de bord, rester en communication téléphonique avec une personne familière, etc.

Les injonctions thérapeutiques des TCC, qui focalisent l'attention du sujet sur le symptôme, peuvent peut-être se comprendre comme des moments de reprise, de réappropriation par lui-même de sa subjectivité momentanément mise à mal. Paradoxalement, en focalisant l'attention du sujet sur le symptôme, les TCC parviennent à le détourner de l'angoisse.

Il s'agit, selon nous, de tentatives de contenir une jouissance maternelle mortifère qui se manifeste en certaines circonstances. Toute la question de la cure et nous nous arrêterons sur cette interrogation, c'est comment agir (puisqu'il s'agit d'acte) pour limiter ces intrusions désobjectivantes de manière pérenne.

Il nous semble intuitivement que cette question de la dissolution subjective pourrait être liée à la question de la jouissance féminine, celle qui ne se laisse pas borner par le phallus et qui pour certains sujets et dans certaines circonstances aurait ces effets mortifères.