

75

# Un problème révélé par la cotation AMDP du cas Mar. :

## les relations entre phobie et obsession

Jacques PELLET\*, Christian MORMONT\*\*,  
François LANG\*, Lucette CHAZOT\*, Daniel BOBON\*\*,  
Rémy von FRENCKELL\*\*, Jean TIGNOL\*\*\*, Philippe CIALDELLA\*\*\*

### ABSTRACT

#### A problem revealed by the AMDP rating of the Mar. case : the relationship between phobia and obsession

*The rating of the videotaped interview of the Mar. case during three meetings of the French-speaking section of the AMDP has revealed the problem of the relationships between phobia and obsession.*

*These ratings triggered a critical reflection based on the theoretical frame-work from the literature, on the clinical material (the videotaped interview) and on the pragmatic difficulties which appeared during the discussions of the ratings [Acta psychiat. belg., 87, 179-196 (1987)].*

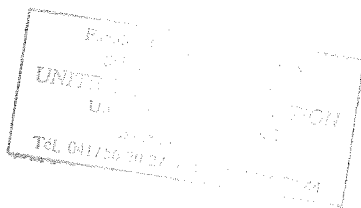
*Key words :* AMDP-System, obsessions, phobias.

Il a été certainement dit dans cette monographie — mais cela vaut la peine d'être répété — qu'un des intérêts principaux de l'AMDP réside, au cours de réunions dont les participants viennent d'horizons divers, dans la confrontation d'opinions différentes en matière de psychopathologie et dans la nécessité d'arriver à un consensus. Les différences d'interprétations individuelles peuvent trouver leur origine dans la culture, la forma-

\* Service de psychiatrie (Prof. J. Pellet), CHRU de Sainte-Etienne, Pavillon 52A, Boulevard Pasteur 23, F-42023 Saint-Etienne (France).

\*\* Service de neuropsychiatrie de l'Université de Liège (Prof. G. Franck), CHU du Sart-Tilman (B33), B-4000 Liège (Belgique).

\*\*\* UER de psychiatrie du CHRU de Bordeaux (Prof. M. Bourgeois), Centre Carrière, Rue de la Béchade 121, F-33076 Bordeaux Cedex (France).



NDPSY-617  
87-027

tion, la conceptualisation, la sensibilité de chacun mais aussi dans la complexité des tableaux cliniques soumis à la perspicacité des évaluateurs.

Nous avons choisi de parler du cas de Madame Mar. qui, lors de trois cotations (à Liège en 1982, à Saint-Etienne en 1984, à Lyon en 1985), a soulevé chaque fois des discussions très vives concernant l'association entre phobie et obsession, le reste de l'enregistrement ne posant pas d'autres problèmes que ceux qui apparaissent habituellement quand certains participants ne sont pas familiarisés avec des items issus de la psychopathologie allemande.

### Le cas Mar.

Lorsque nous la voyons en 1981, Madame Mar. est âgée de 72 ans. C'est une femme très forte, de près de 100 kg, qui souffre d'une polyarthrite chronique évolutive depuis une quinzaine d'années. Nous ne l'avions jamais suivie ; elle vient sur recommandation.

Son enfance semble s'être déroulée normalement. Elle est fille unique. Elle a fait un mariage de convenance, mariage « arrangé » par les parents, à l'âge de 26 ans avec un homme de 28 ans. Elle a eu rapidement une fille, s'est toujours assez bien entendue avec son mari, tout en constituant l'élément dominant du couple par son origine sociale et par sa situation professionnelle. Elle était contremaître, son mari simple ouvrier. Leur vie sexuelle a toujours été très pauvre car elle n'était pas « portée ». Elle n'a pas d'antécédents psychiatriques héréditaires ou collatéraux.

La patiente fera l'objet d'un enregistrement AMDP, sera hospitalisée un mois dans notre service avec des perfusions de clomipramine à la dose de 150 mg par jour, se dira très améliorée par ce traitement et ne reviendra jamais en consultation après sa sortie. Lorsque nous avons voulu rédiger cet article, nous avons tenté de reprendre contact avec elle. Son mari nous a alors appris qu'elle était décédée d'hémiplégie en janvier 1986 mais qu'elle ne s'était pratiquement plus plainte des symptômes qui avaient motivé son hospitalisation.

Il nous a confirmé qu'il ne connaissait pas à son épouse d'antécédents psychiatriques ni aucun problème « nerveux ». Il l'a décrite comme ayant un caractère ordonné et méticuleux, sans plus. La seule divergence notable par rapport au contenu de l'entretien vidéo réside dans le fait que la mère de Madame Mar. n'était pas avec eux lors de l'évènement déclenchant en 1960 puisqu'elle était décédée en 1943. Monsieur Mar. nous a raconté qu'après la scène avec l'amie dont il est question dans l'entretien (Annexe I), il avait constaté que son épouse essayait les boutons des portes lorsqu'il les avait touchés. En une vingtaine d'années, Madame Mar. a été hospitalisée deux ou trois fois pour des épisodes identiques à l'occasion de traumatismes psychologiques ou d'évènements « ayant affaibli sa résistance ». Nous pensons en fait que, comme beaucoup d'obsessionnels, Madame Mar. alors des intervalles libres, devait généralement cacher des symptômes dont elle avait honte et qu'elle ne les extériorisait que lorsque ses capacités de garder en elle ses contenus psy-

chiques étaient affaiblies par des événements extérieurs qui déclenchaient des réactions dépressives et mobilisaient son énergie sur d'autres investissements que la contention des troubles. Nous serions tentés de penser que c'est ce qui s'est également produit jusqu'à la fin de sa vie, après son hospitalisation.

### Éléments de la cotation AMDP

Le profil factoriel établi après la cotation de 1982 (Annexe II) montre clairement, chez la patiente, la prédominance du facteur Obsessions-phobies, du facteur Anxiété et, à un degré moindre, du facteur Dépression.

Nous ne discuterons ici que le facteur Obsessions-phobies. En effet, si l'existence des obsessions a été admise par tous, celle des phobies, acceptée en définitive dans chacun des consensus (Annexe III), a soulevé des discussions passionnées.

En faveur de l'existence de phobies ont été avancés :

- l'impossibilité de distinguer l'élément phobique de l'élément obsessionnel ;
- l'existence d'un élément de crainte qui n'existe pas dans l'obsession ;
- la présence d'un évitement, synonyme de phobie.

Contre leur existence a été avancé le fait que :

- l'obsession a toujours un contenu phobique ;
- la patiente a peut-être été phobique mais qu'à l'heure actuelle, elle ne l'est plus ;
- l'évitement est là pour permettre de supprimer la possibilité du contact, la peur faisant ainsi partie du système rituel.

Il a été remarqué, enfin, que la difficulté de cotation provenait peut-être du glossaire français qui, contrairement au glossaire allemand, semble considérer que les phobies peuvent se produire non seulement en face de situations réelles mais aussi en face de leurs représentations. Pour la psychiatrie française classique, la phobie ne survient que devant une situation réelle, l'obsession survenant, elle, à propos d'une représentation ou étant constituée uniquement par une représentation.

### Phobies et obsessions en psychiatrie

Phobies et obsessions peuvent se rencontrer en dehors du cadre de la névrose phobique — ramenée au cadre de l'hystérie par les psychanalystes — ou de la névrose obsessionnelle. Il est vrai qu'en dehors de ces cadres, elles présentent souvent des particularités cliniques. Green (1965),

à propos des obsessions, ne dit-il pas : « l'unité de cet ensemble disparate ne peut être postulée par des caractéristiques communes mais par le déglacement de la cohérence de la forme centrale (...) dont les avatars constituent les différents tableaux. On y reconnaîtra au moins un style existentiel commun, dont les inflexions sont eux-mêmes significatifs ». Nous n'examinerons dans cet article que les aspects « nucléaires » des obsessions et des phobies, ce qui est justifié par la présentation clinique du cas.

#### Les obsessions.

Green (1965) les définit de la façon suivante : « l'état obsessionnel est une forme de vie de l'esprit au cours de laquelle le sujet, dont la volonté est subjuguée, voit sa conscience claire et sa raison intacte débordées, envahies par une idée ou un groupe d'idées, une représentation ou un groupe de représentations. Ces manifestations sont accompagnées ou non d'affects, d'incitations à l'action qui, lorsqu'ils sont présents, ont un caractère désagréable et sont ressenties dans un climat de tension. Quoiqu'il en soit, le Moi qui subit ces manifestations refuse d'y adhérer, les déclare étrangères à lui et les tient pour morbides. Il se révèle impuissant contre leur coercition, qui supprime la disponibilité de la pensée, et ressent, surtout dans les périodes qui suivent l'apparition de ces manifestations, de l'angoisse, qui peut aller dans certains cas jusqu'à la dépersonnalisation. La lutte contre ces phénomènes, qui harassent sans répit le Moi, est entreprise au moyen de défenses de plus en plus élaborées, qui ont pour but de combattre les manifestations obsédantes. Il peut arriver que ces défenses désagréables disparaissent mais ils persistent le plus souvent sous une forme atténuée, entraînant une gêne moindre, réapparaissant souvent ultérieurement, plus ou moins rétablis dans leur sévérité antérieure. Dans d'autres cas plus graves, les préoccupations obsédantes ne se laissent pas vaincre et ont tendance à devenir soit plus intenses, soit à croître en nombre, les défenses se compliquant à l'extrême. Il arrive parfois que ces défenses fassent disparaître l'angoisse et même les manifestations elles-mêmes mais c'est au prix de déplacements sur la défense des caractères de l'obsession primitive : incoercibilité, répétitions infinies, tendance à la compulsion, perte du repos de l'esprit et envahissement progressif de la pensée par les manifestations défensives substitutives ».

Green (1965) isole d'autre part comme constitutifs des obsessions les thèmes religieux, sacrés, métaphysiques, moraux, de pureté et de protection corporelle, de protection contre les dangers extérieurs, d'ordre et de symétrie, de précision et de complétude, d'écoulement du temps enfin. Ce sont les thèmes de pureté et de protection corporelle qui fournissent

la « phobie » du contact, dénomination erronée, forme « par excellence des systèmes obsessionnels ».

Pichot (1965a) et Lauras (1965) reprennent la division classique des obsessions en obsessions phobiques, obsessions impulsives et obsessions idéatives. Pour Lauras, la forme la plus achevée des obsessions phobiques est le délire de contact ou phobie du toucher de Legrand du Saule : « ce sont des malades qui s'interdisent tout contact avec un objet déterminé, le plus souvent avec au départ une phobie de la saloté, de la souillure ou des contaminations. Il existe très souvent un geste libérateur représenté par des lavages interminables ». Pour Pujol et Savy (1981), les thèmes de pureté et de protection corporelle fournissent un groupe d'obsessions centrées sur la propreté, la souillure, la contamination, la peur des microbes, des poisons, des maladies etc. L'ambivalence est sensible dans l'aspect de tentation-répulsion qu'exerce l'objet de l'obsession sur l'esprit de l'obsédé.

Les compulsions qui, pour Pujol et Savy (1981), sont l'homologue dans l'action de ce que sont les obsessions dans l'ordre de la pensée, apparaissent pour Lauras (1965) et pour Green (1965) plutôt comme un moyen de défense.

Quant à l'Anglo-saxon Capstick (1977), il décrit les obsessions suivant deux dimensions. Il divise les symptômes en rituels, ruminations phobiques et ruminations non phobiques. D'autre part, il considère les obsessions normales, caractérisées par l'exagération d'une activité quotidienne normale ou d'une pensée considérée comme telle, et les obsessions bizarres, qui concernent des activités ou des pensées n'apparaissant pas comme normales au sens ci-dessus. Le DSM-III (Association Psychiatrique Américaine, 1983), pour sa part, décrit les obsessions et les compulsions de façon tout à fait classique.

Madame Mar. présente donc à l'évidence un tableau obsessionnel important dont le début a été tardif, ce qui, d'après Pujol et Savy (1981), est assez rare mais pas exceptionnel. Cette patiente souffre d'une idée qui s'impose à elle dans un climat d'angoisse, qu'elle ne peut chasser et qu'elle trouve « folâtre », c'est-à-dire un peu folle. Elle décrit, comme dans un livre, un phénomène obsédant avec son caractère insolite et parasite, répétitif et lancinant, accompagné d'une lutte anxieuse et d'une atmosphère de doute. Le thème est de pureté et de protection corporelle, centré sur la peur de la cigüe. Dans le cadre de la psychiatrie classique, Mme Mar. représente une obsession phobique. Par ailleurs, on peut individualiser chez elle quelques compulsions mais peu d'obsessions-impulsions ou phobies d'impulsions. Les compulsions portent sur les loquets de porte, la vérification des robinets etc.

### Les phobies.

Perrier et Comte (1961) définissent la phobie comme « une peur intense liée à la menace de surgissement d'un objet ou d'une situation chargée électivement par un sujet d'actualiser une expérience d'angoisse ».

Les auteurs, à partir de cette définition, concluent que peur et phobie ne doivent pas être confondues, que toute forme de « crainte répétitive et irrationnelle dont peut témoigner un patient » ne doit pas être rangée dans le cadre de la névrose phobique.

Pour Pichot (1965 b), la phobie « concerne la crainte angoissante déclenchée par un objet ou une situation, n'ayant pas en elle-même un caractère objectivement dangereux, l'angoisse disparaissant en l'absence de l'objet ou de la situation. Le malade reconnaît le caractère absurde de sa crainte qui garde cependant son incoercibilité ». Pichot, classant les phobies selon l'élément phobogène, distingue les phobies de situation et les phobies d'objet (incluant les objets inanimés et les animaux). Il distingue encore les cas où la crainte est sans contenu de ceux où la crainte a un contenu concernant des choses qui pourraient arriver au sujet ou que le sujet pourrait faire.

Pichot (1965 b), comme Perrier et Comte (1961), distinguent sur le plan clinique des phobies de situation (comprenant l'agoraphobie, la claustrophobie et l'angoisse des transports), des phobies d'impulsion (dont certaines correspondent aux caractéristiques de la phobie et concernent la déféstration) ainsi que la phobie des armes et des instruments tranchants. Perrier et Comte rangent dans des cas-limites appartenant à la névrose obsessionnelle l'éreutrophobie, la nosophobie et la phobie des microbes. Pichot, pour sa part, isole les phobies d'animaux.

Sur le plan anglo-saxon, Marks (1969) distingue l'agoraphobie, les phobies sociales (incluant la crainte de manger, d'écrire, de parler, de boire, de vomir en public), les phobies spécifiques (comme celle du tonnerre, des éclairs, des hauteurs et de l'obscurité), les phobies d'animaux, l'anxiété phobique diffuse (où les objets phobogènes sont multiples), les peurs de la maladie et de la mort, les peurs sexuelles. Pour le DSM-III (Association Psychiatrique, Amérique, 1983), les troubles phobiques sont classés parmi les troubles anxieux ; ils comprennent l'agoraphobie (avec la peur des grands espaces mais également celle des transports en commun, des tunnels, des ascenseurs), les phobies sociales (correspondant à la description ci-dessus) et les phobies simples (comprenant les phobies d'animaux, la claustrophobie, la phobie des lieux élevés) ; quant aux phobies de la déféstration et des instruments tranchants, elles sont systématiquement rangées parmi les troubles obsessifs-compulsifs. La définition de la phobie, dans

le DSM-III, correspond aux définitions habituelles, y compris la tendance contraignante à l'évitement.

### Problèmes des rapports entre phobies et obsessions

Classiquement, l'angoisse phobique est strictement contemporaine de la confrontation à l'objet, à la situation phobogène ou encore à sa représentation externe, comme chez cette patiente pour qui la vue de photographies de grenouilles avait le même effet que l'animal réel. L'anxiété anticipatoire liée à *la pensée de devoir affronter* la situation phobique en fait également partie puisqu'il s'agit, en imagination, de supprimer la conduite d'évitement.

L'obsession, quant à elle, ne dépend que d'une représentation interne, contraignante, rejetée par le sujet parce que fréquemment incongrue ou choquante. Elle se développe dans une atmosphère de doute. La distinction, souvent facile, entre phobie et obsession peut poser des problèmes redoutables, notamment lorsque, du fait de son caractère trop général ou insuffisamment circonscrit, l'objet extérieur de la crainte ne peut être évité, comme dans le cas des microbes ou de la saleté.

Regis (1909), qui représente avant la psychanalyse le courant le plus affiné de la psychiatrie classique, ne distingue pas les obsessions des phobies. Sous la rubrique « Obsessions », il range :

- a) l'angoisse flottante généralisée, avec crises d'angoisse appelées pan-phobie ou phobie diffuse ;
- b) les obsessions phobiques ou phobies systématisées, correspondant aux phobies actuelles, qu'il divise en phobies des actes, des lieux, des éléments, des maladies, de la mort, des êtres vivants, sans parler des notions d'évitement et d'objets contre-phobiques ;
- c) les obsessions proprement dites, dont la description est très proche des tableaux actuels.

Sur le plan psychopathologique, il décrit que, « de même que la phobie systématisée peut succéder à la phobie diffuse, dont elle est en quelque sorte la spécialisation émotive, de même l'obsession peut succéder à la phobie systématisée dont elle est, si l'on peut parler ainsi, l'intellectualisation (...) ». La monophobie tend vers le monodéisme (...). On a souvent affaire dans la pratique (...) non à des phobies systématisées mais à des formes de transition entre la phobie et l'obsession. Elle [l'obsession] est en somme fournie par l'adjonction aux états émotionnels de la phobie

simple, d'un élément intellectuel, d'une idée ». Cet ensemble, quelque peu perfectionné, pourrait s'appeler « Troubles anxieux »...

Madame Mar. s'inscrirait ici comme une forme de transition assez typique. Elle correspond également assez bien à la description initiale de Legrand du Saulle pour qui les obsédés présentaient une folie du doute avec délire du toucher. En effet, ce qui importe pour cette patiente est de ne pouvoir chasser l'idée qu'il pourrait quand même y avoir dans l'appartenance quelque chose de l'ordre de la cigüe, bien qu'elle sache parfaitement qu'il n'y en a pas. Elle craint que la cigüe ne se trouve sur le tapis parce que ce dernier a été touché par des objets de couture qui, eux-mêmes, ont été touchés par le mari. Elle arrive à utiliser son rasoir mais avec précaution car il pourrait être contaminé. Notons au passage qu'il ne s'agit pas de la plante mais de son principe vénéneux : « la cigüe est un poison violent ». La médiation entre la plante et le principe est faite par le biais du mari, qui manque de précaution : « Je n'aime pas où il met ses mains (...) ; il se moque bien de la cigüe ». Au passage, nous serions tentés de trouver que c'est peut-être son mari qu'elle trouve empoisonnant.

Janet (1909), lui, ramène la phobie à l'organisation psychasthénique. La baisse de tension psychologique, responsable de l'action, entraîne un sentiment d'incomplétude et d'altération d'adaptation au réel. La baisse de la force psychologique, responsable des actes de hauts niveaux, entraîne des « agitations forcées », motrices (compulsions), mentales (obsessions), émotionnelles diffuses (angoisses) et émotionnelles systématisées (phobies).

Cette tendance à ne pas distinguer nettement les phobies des obsessions a perduré jusqu'à une époque récente et peut-être même encore à l'heure actuelle pour certains auteurs anglo-saxons. C'est en particulier le cas de Mayer-Gress, Slater et Roth (1959) qui, dans leur traité de psychiatrie clinique, distinguent la névrose d'angoisse et la névrose obsessionnelle, cette dernière comprenant la névrose phobique. C'est également le cas de Henderson et Gillespie (1955), qui reconnaissent les « états anxieux » comprenant la névrose d'angoisse, la névrose phobique et la névrose obsessionnelle.

Dans une optique un peu analogue, le DSM-III distingue très clairement les phobies des obsessions mais les regroupe sous le « primat » de la réaction anxieuse. Sheehan (1982), pour sa part, distingue l'anxiété exogène ou d'ajustement ou conditionnée (comprenant l'anxiété généralisée et les phobies simples) de l'anxiété endogène (regroupant les états de dépersonnalisation, l'hypocondrie, la claustrophobie, de nombreuses phobies sociales et agoraphobies, l'anxiété de séparation, l'hyperanxiété.

les états d'évitement de l'enfance et de l'adolescence). Pellet *et al.* (1985) ont commenté ce point de vue sous un angle psychanalytique.

C'est Freud (1895) qui a, le premier, séparé les obsessions des phobies. Dans un premier temps, il rattache les phobies soit à la névrose d'angoisse, considérée comme névrose actuelle, soit à la névrose obsessionnelle qui, avec l'hystérie, constitue les deux psychonévroses de défense. Les phobies, rattachées à la névrose d'angoisse, deviendront ensuite les psychophobies sans valeur symbolique.

Dans le cas du petit Hans, Freud (1909) ne considère toujours pas les phobies comme un processus indépendant mais il isole une névrose où la phobie est le symptôme prédominant, qu'il appelle névrose phobique. Cette dernière est rattachée à l'hystérie car la libido, détachée de la représentation par le refoulement, n'est pas convertie mais libérée sous forme d'angoisse. Les symptômes phobiques procèdent de la nécessité d'effectuer un travail psychique pour lier cette angoisse ainsi libérée. Cette distinction sera adoptée par la majorité des auteurs qui, toutefois, noteront presque systématiquement les possibilités d'association ou de coexistence entre les deux types de symptômes. Nous ne citerons que certains d'entre eux.

Fenichel (1945) note que la transition d'une phobie vers l'obsession peut être directement observée. Il indique le cheminement suivant : évitement de certaines situations, attention constante sur l'éloignement de ces situations, attention qui prend par la suite un caractère obsessif. Dans d'autres cas, dit-il, « une autre attitude positivement obsessive se développe, si inconsciemment avec la situation crainte à l'origine que l'évitement de cette dernière est assuré. Les rituels du toucher remplacent les tabous, les compulsions de se laver la peur de la saleté, les rituels sociaux, les peurs sociales etc. ». Il considère que les obsessions peuvent dans certains cas constituer une catégorie des attitudes contra-phobiques.

Given (1965) note la fréquence des formes de passage. Dans sa classification des états obsessionnels, il mentionne des états obsessionnels à forte coloration phobique dont la forme est souvent critique ou phasique. Il parle également de formes d'organisation stable avec constitution de défenses secondaires marquées (compulsion, vérification et rituel). Il indique que, dans ces formes, peut exister une organisation phobique de couverture avec conduites d'évitement généralement inefficaces.

Perrier et Comte (1961) mentionnent l'existence « de nombreux cas limites constitués soit par coexistence de traits phobiques et de traits obsessionnels chez un même sujet soit par ces symptômes assez élaborés qui constituent des formes de passage comme la phobie-obsession ».

Pour Marshall (1977), il n'est pas toujours facile de distinguer les états d'anxiété phobique des obsessions phobiques. Chez quelques patients, un

mélange des deux catégories est présent et, chez d'autres, un symptôme peut avoir certaines des caractéristiques de chaque catégorie.

Pujol et Savy (1981), pour leur part, distinguent les phobies obsessionnelles des phobies hystériques. Dans les premières — les phobies d'impulsion sont prises comme exemple — le sujet a peur de ses propres pulsions ; le danger est intérieur. Dans les phobies hystériques, par exemple les phobies d'animaux, le sujet a peur d'être attaqué par un objet oedipien ou de perdre son amour.

Pour ces auteurs, dans la névrose obsessionnelle existe fréquemment un noyau phobique, « comme si, très schématiquement, la névrose commençait par des mécanismes de défenses phobiques et que ceux-ci se révélant insuffisants (du fait de la fragilité de l'organisation génitale et de l'existence de facteurs de fixation favorisant la régression), un mode de défense obsessionnelle s'installait ensuite ».

Le DSM-III, enfin, ne mentionne pas l'association phobies-obsessions ni l'existence de formes de passage mais la fréquence des « évitements phobiques » de situations correspondant au contenu d'une obsession, tels que la saleté ou la contamination. On ne fait pas alors le diagnostic de phobie simple ni d'ailleurs celui de phobie sociale lorsqu'existe l'évitement de certaines situations sociales en relation avec un trouble obsessionnel compulsif. Cette prise de position nous paraît être en rapport avec le caractère second et pour ainsi dire accessoire des aspects phobiques. Il est vrai également que, dans une optique classificatoire, il est nécessaire de choisir une catégorie et une seule.

Cette revue ne dissipe pas notre perplexité, du moins pas complètement. Ceci, sans doute, faute d'illustration d'inique adéquate et discutée dans le détail. Il est vrai que, si l'AMDP comportait l'item « forme mixte », les cliniciens l'auraient utilisé d'enthousiasme, de manière peut-être synthétique. Le problème aurait été fort simplifié si, chez Madame Mar., coexistaient l'obsession idéique concernant la cigüe et, par exemple, la phobie des chiens. Les deux symptômes seraient cliniquement distincts. Dans une optique psychanalytique, on pourrait tenter d'établir les rapports de sens ou de continuité existant entre ces deux formations de compromis. Dans une optique behavioriste, les deux symptômes seraient probablement laissés à leur destin. Mais, dans le cas de Madame Mar., il n'y a pas de représentations distinctes. S'il y a phobie et obsession, l'une et l'autre reposent sur la même représentation, celle de la cigüe et de son principe « le poison ». Il faut donc examiner comment cette représentation peut être à la fois la représentation d'un objet phobique extérieur et une idée obsessionnelle.

Posons les phobies d'impulsion comme motif central de notre propos. Comme le disent Pujol et Savy (1981), elles sont en fait des obsessions

idéiques mais le mouvement qui sous-tend l'idée est clairement exprimé. Il s'agit d'un mouvement sadique à l'égard de l'autre, transformé en peur de le voir se réaliser en dépit des efforts du sujet. Dans ces cas, l'évitement et la technique de l'objet contra-phobique sont inefficaces. Si nous nous « enfonçons » en quelque sorte dans l'obsession, le mouvement inclus dans l'idée incompatible peut prendre un caractère général, voire être méconnaissable ou absent, lorsque les mesures défensives, essentiellement les rituels idéiques ou les compulsions, sont insuffisamment efficaces. Mais comme le soulignent Perrier et Comte (1961) et comme il nous a été donné de le voir, les phobies d'impulsion nous paraissent pouvoir, dans certains cas, correspondre bien davantage au modèle de la phobie, lorsque l'angoisse et la crainte de faire du mal ou de se faire du mal sont contemporaines de la rencontre avec les instruments tranchants ou accompagnent simplement l'anticipation de cette patiente. Dans ce cas, la technique de l'évitement ou de l'objet contra-phobique sont nettement plus efficaces. Si l'on franchit un degré supplémentaire du côté phobique, la simple phobie des mêmes instruments peut exister, sans que soit présente — même sous forme de peur — le mouvement agressif. Dans de tel cas, le sujet a peur des couteaux simplement parce que « ils sont dangereux » ou parce que « on peut se faire du mal avec ». Pourtant, le travail d'élaboration retrouvera assez fréquemment dans de tels cas le même mouvement sadique ou agressif que dans l'obsession. C'est la possibilité de projeter le danger sur un objet extérieur qui va différencier phobie et obsession le long d'un continuum. L'obsession apparaît comme l'échec de la phobie. Il est donc concevable d'avoir à examiner un sujet chez qui cette problématique est en train de se constituer.

La même analyse pourrait être effectuée en prenant comme exemple la phobie de la saleté, de la souillure ou de la contamination. L'éventail va, en effet, des situations où un objet extérieur circonscrit est le support de la peur de la souillure (qui renvoie soit au désir inconscient du sujet soit à la punition de ce désir) jusqu'à la phobie des microbes où, comme le disent Perrier et Comte (1961), « il s'agit de l'impératif d'une annulation de tout contact à partir d'un postulat de contagiosité soit pour un sujet soit pour l'autre ».

### Conclusion

Nous avons admis que phobies et obsessions peuvent coexister, de même que des formes de passages de l'une à l'autre. Que faire alors devant une situation de ce type et plus particulièrement devant Madame Mar. ? Il est vrai que, chez elle, une problématique psychodynamique est difficile à mettre en évidence car l'entretien n'est pas orienté dans ce sens ;

de plus, la malade est « bien défendue ». Ce qui précède nous a permis cependant de nous faire une représentation cohérente d'un type de situation difficile. Si nous revenons maintenant à l'hypothèse d'une même représentation « bisymptomatique », quelle attitude adopter ? On ne peut pas considérer comme une phobie le contenu phobique de l'obsession idéative, qui peut parfaitement se rencontrer dans des phobies isolées. Ceci diminue fortement l'importance que l'on doit accorder à la phobie éventuelle présentée par cette patiente. Mme Mar. ne présente pas de phobie sociale, d'animaux, et semble très affirmative à ce point de vue. D'autre part, son doute est typiquement obsessionnel et la réassurance par un tiers semble tout à fait aléatoire, ce qui l'éloigne de la phobie. Malgré tout, deux éléments peuvent évoquer ce dernier symptôme. L'existence d'objets sur lesquels se porte la phobie du contact et qui sont relativement bien circonscrits, à savoir le rasoir, le tapis, les loquets de porte et les papiers datant de l'époque où elle n'avait pas encore déménagé. Vis-à-vis du rasoir et du tapis, Madame Mar. a tendance à l'évitement, qu'elle combat car ses idées sont ridicules. Il est vrai que la « partie » phobique de ce symptôme n'est pas économiquement efficace pour la protéger de l'angoisse mais, sémiologiquement, existent les objets, la projection sur eux du danger et la tendance à l'évitement. Il nous paraît logique de proposer, contrairement à ce qui a été fait dans les consensus de Liège, Paris et Saint-Étienne, la cotation « très forte » pour les obsessions à contenu phobique et « léger » pour ce qui reste de phobie chez cette patiente.

\* \* \*

Nous remercions Jean-Pierre Huber, Pierre Dick, Manuel Paes de Sousa, Juan J. López-Ibor Aliño et Yvon Lapiere de leur participation à cette discussion.

#### RESUME

Lors de trois réunions du Groupe AMDP francophone, la cotation du cas Mar. a soulevé le problème des rapports entre phobie et obsession. Ce problème est à l'origine d'une réflexion critique fondée sur les références théoriques nécessaires, sur le matériel clinique (enregistrement vidéo) et sur les difficultés pragmatiques apparues lors des discussions des cotations.

#### SAMENVATTING

*Een probleem ontdekt door de AMDP quotering van het geval Mar.: de verbanden tussen fobie en obsessie.*

De scoring van het op videoband opgenomen interview van het geval Mar. gedurende drie ontmoetingen van de Frans-sprekende afdeling van de AMDP

heeft het probleem blootgelegd van de verbanden die er bestaan tussen fobie en obsessie. Deze scoring lokte een kritische bezinning uit gebaseerd op het theoretisch kader uit de literatuur, op het klinisch materiaal (het op videoband opgenomen interview) en op de pragmatische moeilijkheden die zich voordeden, tijdens de besprekingen omtrent het scoren.

#### BIBLIOGRAPHIE

- Association Psychiatrique Américaine, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3<sup>e</sup> éd. (DSM-III), Paris, Masson, 1983.
- CAPTICK N. Clinical experiences in the treatment of obsessional states. *J. int. Med. Res.*, 5, suppl. 5, 71-80 (1977).
- FENICHEL O. *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York, Norton and Co., 1945.
- FREUD S. Obsessions et phobies (1895), pp. 39-45. In : Freud S. *Névrose, psychose et perversion*. Paris, PUF, 1974.
- FREUD S. *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben* (Analyse d'une phobie d'un petit garçon de cinq ans : le petit Hans) (1909), pp. 93-108. In : Freud S. *Cinq psychanalyses*. Paris, PUF, 1954.
- GREEN A. Obsessions et psychonévrose obsessionnelle. *Encycl. méd.-chir., Psychiat.* (Paris), 37370 A10 à D10, 1965.
- HENDERSON D.J., GILLESPIE R.D. *Manuel de psychiatrie*, vol. 1. Paris, PUF, 1965.
- JANIET P. *Les obsessions et la psychocastité*. Paris, Doin, 1909.
- LAURAS A. Présentation clinique de la névrose obsessionnelle. *Rev. Prat. (Paris)*, 7, 785-786 (1965).
- MARKS I. *Fears and phobias*. London, Heinemann, 1969.
- MARSHALL W. Clinical experiences in the treatment of phobic disorders. *J. int. Med. Res.*, 5, suppl. 5, 65-70 (1977).
- MAYEY-GROSS W., SLATKIN B., ROTH M. *Psychiatria clinica* (trad. italienne). Firenze, Sansoni Edizioni Scientifiche, 1959.
- PELLET J., LANG F., DIGONNET Ch. DSM-III et troubles anxieux, pp. 91-98. In : Pichot P. (Ed.) *DSM-III et psychiatrie française*. Paris, Masson, 1985.
- PERRIER F., COMTE Cl. Névrose phobique. *Encycl. méd.-chir., Psychiat.* (Paris), 37300 A10, 1963.
- PICHOT P. Obsessions et phobies. *Rev. Prat. (Paris)*, 7, 759-766 (1965).
- PICHOT P. La névrose phobique. *Rev. Prat. (Paris)*, 7, 785-796 (1965b).
- PUGOL R., SAVY A. Clinique des obsessions. *Confront. psychiat.*, n° 20, 35-55 (1981).
- REGIS H. *Précis de psychiatrie*. Paris, Doin, 1909.
- SHEEHAN D.V. The classification of phobic disorders. *Int. J. Psychiat. Med.*, 12, 243-266 (1982).

#### A N N E X E I

##### Extraits de l'entretien correspondant aux éléments « phobie et obsession »

Mme Mar. — J'avais un jardin ; dans ce jardin, il y avait une cigüe et, vous connaissez cet arbre, la cigüe. Et cette plante, je l'enlevais parce que c'est un poison violent. Mais je l'enlevais toujours avec réticence ..... ça m'a marqué, alors chez moi je crois ..... que je touche la cigüe. Et, si il y a ..... un choc psychologique comme ..... ces temps-ci ..... un accident d'un bras, ..... si c'est un gros ennui ça revient ..... Maintenant je ne cesse pas de parler de la cigüe dans la maison, alors qu'il y a douze ans que l'on a déménagé et il ne devrait plus y avoir de la cigüe dans la maison ..... J'ai un petit rasoir

parce que j'ai un petit peu de la barbe ..... et je m'imagine toujours qu'il a de la cigüe et je m'en sers parce que je dis qu'il faut s'en servir quand même, mais avec précaution et il y a pas mal d'autres choses. Par exemple, le téléphone. Si mon mari vient de prendre un chausse-pied je m'imagine, je pars dans l'idée, dans mon idée que dans le tiroir où il prend le chausse-pied il y en a de la cigüe. Alors là la dessus je suis toujours obligée... de prendre sur moi, de dire y en a pas. Alors c'est une affaire qui me fatigue les nerfs ..... ça fait de la dépression, je pleure ..... ça fait un ennui. Je comprends que c'est absurde mais je ne peux pas m'en débarrasser ..... C'est pour ainsi dire comme une pieuvre qui vous envahit avec ses tentacules ..... je suis venue ici pour me faire soigner ..... les entrées de porte, je ne peux pas les ouvrir sans me laver les mains, alors qu'il n'y en pas après les loquets. J'ai des ennuis comme ça sans arrêt. Il y a quelque temps mon lit était trop bas ..... on a une commode Louis XV et là dedans on avait mis des papiers, des choses qui étaient où nous habitions avant. Et de ce fait je pensais qu'il y avait de la cigüe. Et alors la couverture des papiers, mon mari l'a prise pour réhausser mon lit ..... Alors je pensais que j'étais couchée dans la cigüe, ..... Il faut que ça cesse. J'ai besoin d'avoir une volonté.

Psy. — Vous n'êtes pas du tout tranquille alors ?

Mme Mar. — Mais je ne suis jamais tranquille ..... je ne suis pas tranquille par rapport à ça, ça me fait manîérer, ..... je suis sous l'influence de la cigüe ..... Mon mari lui ne s'en occupe pas. La cigüe pour lui c'est une chose qui n'existe pas, pas dans les maisons. Alors où il met ses mains, où il touche, moi je crains ..... Il faisait son raccomodage et il renverse la boîte à couture, ..... La boîte à couture, je me suis toujours imaginé qu'il y en avait, de la cigüe, là dedans ..... J'ai un peignoir qui est blanc vous savez, j'ai dit : « moi je ne passe plus sur le tapis » ..... puis j'ai pris sur moi parce que j'ai dit « il faut pas quand même être absurde à ce point là » .....

Psy. — C'est-à-dire que vous pensez que réellement il n'y a pas de cigüe.

Mme Mar. — Réellement il n'y a pas de cigüe dans la maison ..... surtout que l'on a tout réparé.

Psy. — Quand vous avez déménagé, est-ce que vous avez déménagé à cause de la cigüe ?

Mme Mar. — Non, non, non on a déménagé à cause que je ne pouvais plus monter les escaliers .....

D'avoir l'appréhension de rentrer à l'hôpital ça m'a mis 20 de tension, ce matin j'ai 20 de tension et en général j'ai 14-15.

Psy. — Vous êtes anxieuse ?

Mme Mar. — Je suis anxieuse oui.

J'ai dit au moins tu vas te faire soigner cette idée parce que dans le fond je comprends que ce n'est pas réel ça .....

Psy. — Vous n'êtes pas sûre, vous n'êtes pas sûre que ce n'est pas réel ? Est-ce qu'il y a des moments où vous pensez que la cigüe existe réellement ?

Mme Mar. — La cigüe existe réellement oui, mais elle n'existe pas dans mon appartement.

Psy. — ..... La première fois que vous avez eu cette pensée à propos de la cigüe, c'était quand ? .....

Mme Mar. — J'étais dans mon jardin où j'habitais avant et depuis ça devrait être passé, ça fait onze ans que l'on a déménagé. J'aurais pu en parler au moment où je l'enlevais mais de l'enlever ça ne me faisait pas le même effet, ça apaise.

Psy. — Ça vous soulageait ?

Mme Mar. — Oui, voilà .....

Psy. — Est-ce que par exemple, vous lavez votre rasoir pour enlever la cigüe ?

Mme Mar. — Mon rasoir je le crains, je ne sais pas pour quelle raison. Cet après-midi mon mari va me l'apporter parce que je me rase à peu près tous les jours ..... mais je ne serai pas tranquille. Mon gendre, lui, hier m'a dit : « mamam, il n'y en a pas de cigüe chez vous, il n'y en a pas après votre rasoir non plus, il ne faut pas vous faire du soucis comme ça » et mon mari me dit pareil .....

Psy. — Est-ce que cette idée de cigüe vous oblige à vérifier qu'il n'y en a pas ?

Mme Mar. — Alors je vérifie parce qu'il n'y en a pas. Il n'y a rien, c'est dans mon idée ça.

Psy. — Vous dites que ça pourrait vous obliger à ne pas marcher sur le tapis, par exemple ? à vous obliger à faire des gestes ?

Mme Mar. — Ça oui, parfaitement, surtout que j'ai une robe de chambre qui est longue, vous savez .....

Psy. — Est-ce qu'il y a des moments où vous avez l'impression que l'on peut deviner vos pensées ?

Mme Mar. — Non oh, non, non ça je ne le montre pas ..... je suis peinée mais je ne le montre pas .....

Psy. — Est-ce que vous pensez que les pensées à propos de la cigüe sont venues au moment où vous avez arrêté votre travail ?

Mme Mar. — J'y ai mieux pensé, parfaitement. Je n'avais pas le temps avant, j'avais trop de travail .....

Psy. — Est-ce qu'il y a des circonstances qui vous font peur ? Par exemple le noir, être enfermée dans une pièce noire ou être dans un ascenseur, est-ce que vous avez peur des animaux, des souris, des araignées ?

Mme Mar. — Non, non .....

L'affaire de la cigüe, si j'avais pas eu de jardin et qu'on me le dise, c'est une personne qui me l'a dit.

Psy. — Cette personne c'était qui ?



Mme Mar. — Cette personne, elle venait quelquefois à la maison, alors elle voit la cigüe qui était dans le chemin vous savez devant chez nous. Elle me dit : « Tu as de la cigüe dans ton chemin, et tu dois en avoir dans ton jardin ». Et depuis, ça m'a choquée et je l'enlevais.

Psy. — Et cette personne âgée c'est quelqu'un que vous connaissiez bien ?  
 Mme Mar. — Oui c'était quelqu'un qui ne pensait pas du tout me faire de la peine.

Psy. — C'est quelqu'un que vous aimiez bien ou pas ?  
 Mme Mar. — Oh oui, que j'aimais bien parce que c'était une pestonne qui était tout à fait amie avec ma maman et qui venait à la maison.

Psy. — Une amie de votre maman ?  
 Mme Mar. — J'avais ma mère à cette époque, elle était âgée, elle avait 90 ans. Et cette dame était âgée aussi seulement elle ne pensait pas me faire l'effet qui s'est produit.

Psy. — Vous aviez votre mère à la maison ?  
 Mme Mar. — J'avais ma mère mais il y a des années qu'elle est morte, mais j'avais ma mère qui vivait avec nous.

Psy. — Avant la pensée de la cigüe, avant de penser à la cigüe, est-ce qu'il y avait d'autres idées qui étaient folâtres comme ça ?  
 Mme Mar. — Oui. Non, pas du tout, c'est que depuis cette affaire de cigüe que j'ai, que j'ai eu ces idées qui ne tiennent pas debout.

Psy. — Est-ce que vous étiez de caractère ordonné ?  
 Mme Mar. — Oui beaucoup, méticuleuse, très, très.

Psy. — Est-ce que vous aviez tendance à ranger ?  
 Mme Mar. — Pour les papiers où je travaillais, il fallait que je fasse les notes, les pages, j'avais donc beaucoup de responsabilités.

Psy. — Est-ce que chez vous vous aviez tendance à ranger beaucoup ?  
 Mme Mar. — Oui beaucoup. C'était tout ordonné.

Psy. — Est-ce que vous aviez tendance par exemple à nettoyer beaucoup chez vous, à ce que ce soit très propre ?  
 Mme Mar. — C'était propre chez moi.

Psy. — Est-ce que l'on vous reprochait de trop frotter par exemple ?  
 Mme Mar. — Non je frottais modérément mais c'était toujours propre...  
 Psy. — Est-ce que vous avez tendance à vérifier ce que vous faites ?  
 Mme Mar. — Ah ! oui, beaucoup. Si le gaz est bien éteint.

Psy. — Plusieurs fois ?  
 Mme Mar. — Oui, je fais la vaisselle, par exemple, je la rince plusieurs fois, il faut que ça soit propre.

ANNEXE II

Profil syndromique du cas Mar. d'après l'AMDP : consensus de 1982

pourcentage	I	R	E	S	F	O	R	T	F	O	P	Y	M	F	G	F	R	A	H	S
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
*													*							
ORGS	DRG	ANX	DIP	APA	ORG	DIS	DEL	MAN	HOS											
56	4	30	13	3	1	0	0	0	0											

Legende des facteurs : OBS = Obsessions-Phobies, DRA = Dramatisation, ANX = Anxiété, DEP = Dépression, APA = Apathie-Ralentissement, ORG = Symptômes Psycho-organiques, DIS = Dissociation, DEL = Délire, MAN = Manie, HOS = Hostilité-Irritabilité.

ECHELLE PSYCHOPATHOLOGIQUE  
AMDP - 4

ETABLISSEMENT : <b>CONSENSUS</b> EXAMINATEUR : <b>Marie MAH.</b> Nom 1 <sup>er</sup> prénom MALADE : <b>Félicité</b> Sexe (M = 1, F = 2) : <b>F</b> DATE DE NAISSANCE : <b>1982</b> Diagnostic CIM-9 : <b>...</b> DATE DE L'EXAMEN : <b>1982</b> PÉRIODE CODE (mois) : <b>...</b> N° de classeur du malade : <b>...</b> N° du malade dans l'étude : <b>...</b> Date de l'examen : <b>...</b> Nombre de jours valant : <b>...</b>									
DATE DE LA COTATION VIDEO éventuelle : <b>1982</b> MODÉRATEUR : <b>...</b>									
Troubles de la conscience : <b>aucun</b> 1. État de veille : <b>...</b> 2. Discontinuité de conscience : <b>...</b> 3. Altération de conscience : <b>...</b> 4. Exposition de conscience : <b>...</b>									
Troubles de l'orientation : <b>aucun</b> 5. T.O. dans le temps : <b>...</b> 6. T.O. dans l'espace : <b>...</b> 7. T.O. quant à la situation : <b>...</b> 8. T.O. quant à la personne : <b>...</b>									
Troubles de l'attention : <b>aucun</b> 9. Attention : <b>...</b> 10. Attention : <b>...</b> 11. Attention : <b>...</b> 12. Attention : <b>...</b> 13. Attention : <b>...</b> 14. Attention : <b>...</b>									
Troubles de la mémoire : <b>aucun</b> 15. Mémoire : <b>...</b> 16. Mémoire : <b>...</b> 17. Mémoire : <b>...</b> 18. Mémoire : <b>...</b> 19. Mémoire : <b>...</b> 20. Mémoire : <b>...</b>									
Troubles de l'expression : <b>aucun</b> 21. Expression : <b>...</b> 22. Expression : <b>...</b> 23. Expression : <b>...</b> 24. Expression : <b>...</b> 25. Expression : <b>...</b> 26. Expression : <b>...</b>									
Troubles de la concentration : <b>aucun</b> 27. Concentration : <b>...</b> 28. Concentration : <b>...</b> 29. Concentration : <b>...</b> 30. Concentration : <b>...</b> 31. Concentration : <b>...</b> 32. Concentration : <b>...</b>									
Troubles de l'émotion : <b>aucun</b> 33. Émotion : <b>...</b> 34. Émotion : <b>...</b> 35. Émotion : <b>...</b> 36. Émotion : <b>...</b> 37. Émotion : <b>...</b> 38. Émotion : <b>...</b>									
Troubles de l'impulsion : <b>aucun</b> 39. Impulsion : <b>...</b> 40. Impulsion : <b>...</b> 41. Impulsion : <b>...</b> 42. Impulsion : <b>...</b> 43. Impulsion : <b>...</b> 44. Impulsion : <b>...</b>									
Troubles de la personnalité : <b>aucun</b> 45. Personnalité : <b>...</b> 46. Personnalité : <b>...</b> 47. Personnalité : <b>...</b> 48. Personnalité : <b>...</b> 49. Personnalité : <b>...</b> 50. Personnalité : <b>...</b>									
Troubles de l'identité : <b>aucun</b> 51. Identité : <b>...</b> 52. Identité : <b>...</b> 53. Identité : <b>...</b> 54. Identité : <b>...</b> 55. Identité : <b>...</b> 56. Identité : <b>...</b>									
Troubles de la pensée : <b>aucun</b> 57. Pensée : <b>...</b> 58. Pensée : <b>...</b> 59. Pensée : <b>...</b> 60. Pensée : <b>...</b> 61. Pensée : <b>...</b> 62. Pensée : <b>...</b>									
Troubles de l'inspiration : <b>aucun</b> 63. Inspiration : <b>...</b> 64. Inspiration : <b>...</b> 65. Inspiration : <b>...</b> 66. Inspiration : <b>...</b> 67. Inspiration : <b>...</b> 68. Inspiration : <b>...</b>									
Troubles de la perception : <b>aucun</b> 69. Perception : <b>...</b> 70. Perception : <b>...</b> 71. Perception : <b>...</b> 72. Perception : <b>...</b> 73. Perception : <b>...</b> 74. Perception : <b>...</b>									
Troubles de l'énergie : <b>aucun</b> 75. Énergie : <b>...</b> 76. Énergie : <b>...</b> 77. Énergie : <b>...</b> 78. Énergie : <b>...</b> 79. Énergie : <b>...</b> 80. Énergie : <b>...</b>									
Troubles de l'activité : <b>aucun</b> 81. Activité : <b>...</b> 82. Activité : <b>...</b> 83. Activité : <b>...</b> 84. Activité : <b>...</b> 85. Activité : <b>...</b> 86. Activité : <b>...</b>									
Troubles de l'interaction : <b>aucun</b> 87. Interaction : <b>...</b> 88. Interaction : <b>...</b> 89. Interaction : <b>...</b> 90. Interaction : <b>...</b> 91. Interaction : <b>...</b> 92. Interaction : <b>...</b>									
Troubles de l'ajustement : <b>aucun</b> 93. Ajustement : <b>...</b> 94. Ajustement : <b>...</b> 95. Ajustement : <b>...</b> 96. Ajustement : <b>...</b> 97. Ajustement : <b>...</b> 98. Ajustement : <b>...</b>									
Troubles de l'identité sociale : <b>aucun</b> 99. Identité sociale : <b>...</b> 100. Identité sociale : <b>...</b> 101. Identité sociale : <b>...</b> 102. Identité sociale : <b>...</b> 103. Identité sociale : <b>...</b> 104. Identité sociale : <b>...</b>									