

SOMMAIRE

INTRODUCTION	Pages 1
PREMIERE PARTIE : CONSIDERATIONS GENERALES	
1.Evolution du concept	3
2.Aspects sémiologiques	4
3.Aspects différentiels	8
4.Aspects psychopathologiques.	12
5.Aspects évolutifs	15
6.Aspects thérapeutiques	16
DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE	
1.Observations	20
2.Discussion	32
TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS ET SUGGESTIONS	
1.Caracteristiques de la névrose phobique	41
2.Sémiologie de la névrose phobique	42
3.Evolution de la névrose phobique	45

4.Diagnostic différentiel	46
5.Traitement de la névrose phobique	48
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	

I N T R O D U C T I O N

INTRODUCTION

La névrose phobique c'est une affection rare, mais qui pose souvent de problème dans les hypothèses diagnostiques et la prise en charge.

C'est une pathologie dont on ne parle pas souvent dans la littérature.

Le travail que nous rapportons porte sur cinq cas, qui ont été vus lors des consultations psychiatriques dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier de Soavinandriana de 1998 à 2003.

Nous avons retenu les cinq cas, dont les manifestations sont bien différentes mais qui rentrent bien dans le cadre de la névrose phobique définie par le DSMIV.

Il s'agit de quatre femmes et d'un garçon qui ont été traités et suivis par des médecins généralistes, et certains par des tradipraticiens et des exorcistes religieux qui eux ont leur façon d'interpréter les problèmes, avant d'être adressés dans le service.

Nous espérons que ce travail pourra porter une réflexion dans la pratique de la médecine, en l'occurrence la psychiatrie, sur la clinique et par conséquent des mesures thérapeutiques sur la névrose phobique.

Le travail comportera trois parties :

La première partie sera consacrée à des considérations générales sur la névrose phobique.

Dans la deuxième partie, nous rapporterons notre matériel d'étude.

Des propositions et des suggestions feront l'objet de la troisième partie. Et nous terminerons par une conclusion générale.

PREMIERE PARTIE
CONSIDERATIONS GENERALES

CONSIDERATIONS GENERALES

La névrose phobique est une organisation névrotique dont le symptôme prévalent est la phobie, à savoir : une peur irrationnelle surgissant dans des conditions déterminées, cependant exemptes de danger objectif, et pouvant aboutir à une terreur paralysante en dépit de la persistance des facultés de critique de la part des patients. (1)

1.1. EVOLUTION DU CONCEPT

Après que la notion de phobie se soit dégagée des monomanies et des délires partiels pour entrer dans les cadres initialement fort imprécis des névroses (2), des courants divergents se sont fait jour.

Dans une approche tenant compte seulement des symptômes, le suffixe phobie se trouve utilisé dans un grand nombre de néologismes, qui souvent, n'ont qu'un lointain rapport avec la névrose phobique.

La névrose phobique a été individualisée et isolée de la névrose obsessionnelle par Freud, contrairement à certaines conceptions unicistes comme celles de Janet (dans le cadre de la psychasthénie) ou de Kraepelin (dans celui de la neurasthénie et du délire émotif au sens de Magnan).

C'est Freud qui inspira à Stokel le concept d'hystérie d'angoisse (1908) qui fût son appellation première.

A partir du cas Emma et surtout celui de petit Hans (1909) la pensée de Freud évoluera vers un dégagement d'une structure phobique proche de l'hystérie, d'origine sexuelle mais sans conversion.

L'essai de neutralisation de l'angoisse née du conflit oedipien (angoisse de castration) par un mécanisme de déplacement et des projections de celle-ci à l'extérieur

de soi, sur un objet ou une situation constituant un « alibi » phobique, plus tolérable que l'angoisse était mis en exergue (3).

Il apparut que toute phobie n'impliquait pas nécessairement le diagnostic des névroses phobiques et que l'on pouvait en observer dans d'autres circonstances :

- Soit comme élément d'un ensemble pathologique plus complexe, de pronostic parfois plus péjoratif, élément pouvant constituer un moment évolutif significatif.
- Soit comme une formation passagère, notamment lors du développement psycho-sexuel de l'enfant.

1.2. ASPECTS SEMEIOLOGIQUES

Le névrosé phobique est le plus souvent une femme. D'une façon très schématique, on distinguera :

- Les phobies symptômes ou systématisées
- Les organisations phobiques sans angoisse systématisée dites asymptomatiques

1.2.1. Les phobies symptômes ou systématisée

A – Forme évocatrice d'une névrose phobique :

Ce sont les phobies de situations ou d'objet.

- Les premières, les plus franches et les plus fréquentes sont représentées surtout par l'agoraphobie ou peur des espaces libres et découverts, vides, et d'une certaine étendue ;

- Plus rarement par la claustrophobie ou peur des espaces clos et d'étendue réduite, la phobie des moyens de transport, principalement en commun, la phobie de la foule.

- Les secondes peuvent porter sur une gamme très variée d'objets usuels ou non tout particulièrement les armes et les objets tranchants ou piquants.

C'est seulement lorsqu'elle se trouve en présence de la situation ou de l'objet que la personne vit un état d'angoisse plus ou moins marqué, avec son contenu psychique et ses composantes somatiques, classiques (blockpnée, sueurs, tachycardie)

La mise en œuvre des conduites d'évitement des éléments phobogènes (fuite devant ceux-ci, limitation de trajet...) ou sinon de sécurisation (traversée d'une place au bras d'un autre en tenant un objet symbolique) constitue au second degré un essai de neutralisation de l'angoisse, le plus souvent imparfait.

Ces conduites contra-phobiques ont pour caractéristiques d'être immédiates, apparemment pragmatiques, en tout cas contestables, elles deviennent parfois tyranniques pour l'entourage.

Il arrive que la peur anxieuse soit moins évidente et qu'elle ne se traduise que par des aspects paucisymptomatiques à type de désordres neurovégétatifs tels que pseudo vertiges, lipothymies, flush du visage.

Ce fait peut être source d'erreurs chez les anciens traumatisés crâniens. Parfois aussi, la peur anxieuse est dissimulée surtout chez les hommes. (4)

B – Formes moins évocatrices : formes frontières et discutables (5)

* Les phobies d'impulsions

Il en est ainsi du sujet qui éprouve la peur angoissante d'avoir envie de sauter dans le vide (phobie de défenestration fréquente), de la jeune mère qui, mise en présence d'un couteau, ressent une crainte, parfois panique, d'en frapper son enfant.

Ce problème délicat sera développé ci après à propos des aspects différentiels avec la névrose obsessionnelle.

On sait que beaucoup de cas limites comportent le terme de « phobie » alors qu'ils s'intègrent rarement dans le cadre de l'hystérie d'angoisse :

* **L'éreutophobie** ou crainte de rougir en public et par la même, de révéler quelque chose au regard de l'autre, s'inscrit fréquemment dans un contexte obsessionnel ou paranoïaque.

* **La nosophobie** ou crainte de la maladie, n'est généralement pas de nature phobique authentique, qu'elle reste diffuse, mal organisée et de niveau névrotique (par exemple dans le cadre classique d'une névrose d'angoisse) ou qu'elle revête un aspect bien structuré de niveau alors plus profond : hypocondriaque, psychotique.

La phobie des microbes, de la mal propreté se rencontre plutôt dans les structures obsessionnelles.

* **La dysmorphophobie** consiste en une des préoccupations morbides fondées sur une appréhension fausse et péjorative de tout ou partie de l'apparence corporelle.

Proches de l'hypocondrie, elles peuvent s'intégrer dans un vécu obsessionnel ou le plus souvent dans une évolution psychotique, schizophrénique par exemple.

On citera seulement les pantophobies qui se rapprochent plutôt de l'angoisse dans ses manifestations majeures quelle qu'en soit la structure sous jacente.

1.2.2. Les formes dites asymptomatiques

Elles posent le problème discuté du caractère phobique et de sa situation par rapport aux symptômes proprement dits.

Le patient est en constant état d'alerte, de qui-vive perpétuel, craignant à tout moment : en contenu latent, le surgissement en lui de mouvements incontrôlables, précurseurs d'angoisse, en contenu manifeste, les situations mal définies où il pressent l'approche d'un danger.

Il s'attache à tout comprendre, tout prévoir pour n'être jamais surpris. Il est particulièrement sensible aux tabous sexuels.

Cette projection hors du « Moi » du stimulus d'angoisse entraîne un parti pris de fuite :

- Soit sur un mode passif : inhibition avec peur foncière de l'engagement (timidité, indécision, refus du contact, problèmes sexuels).
- Soit sur un mode actif apparemment paradoxal, conduites de défi, de fuite en avant, recherche des difficultés, comportement de sur occupation parfois improductif (névrose de travail, lecture interminable, ...), constituant autant d'alibis. Comme les symptômes, ce type de conduite est fixe, stéréotypé, en tout cas répétitif, traduisant lui aussi, selon les perspectives analytiques, des essais imparfaits donc renouvelés, de neutralisation de l'angoisse.

C'est dans de telles formes que l'appel aux tests des personnalités, surtout projectifs, peut offrir un grand intérêt en particulier : syndrome d'angoisse, « chocs-couleurs » au psychodiagnostic de RORSCHACH, attitude d'évitement au TAT.

La notion de caractère phobique reste assez floue. Il est de fait que s'associent le plus souvent, à des degrés divers, des traits caractériels hystériques : égocentrisme, théâtralisme, suggestibilité (pithiatisme), tendance à l'érotisation de la relation à autrui,

(avidité affective avec essai de séduction), labilité émotionnelle, en particulier. C'est alors que les termes d'hystérie d'angoisse prend toute sa signification.

En tout état de cause, contrairement aux organisations obsessionnelles, le symptôme phobique reste assez isolé du caractère, celui-ci ne fait souvent qu'emprunter au symptôme son mécanisme d'évitement. (6)

1.3. ASPECTS DIFFERENTIELS (7)

Ils ne sont pas toujours tranchés, les formes de passage sont nombreuses.

1.3.1. Les pseudo phobies

Selon une perspective analytique schématique, on admet que dans les phobies, la situation ou l'objet ont un sens symbolique, répondant à une élaboration active et inconsciente par le sujet, d'un système de défense et de sécurité contre l'angoisse née d'un conflit oedipien mal résolu.

Dans les pseudo phobies, l'objet ou la situation ont acquit une valeur déclenchant de l'angoisse par un mécanisme d'association sans signification symbolique : peur des chiens après morsure, par exemple selon Mallet, certaines phobies sont en fait des pseudo phobies (phobie du sang, des couteaux, des serpents, vertige d'altitude par exemple).

1.3.2. La névrose d'angoisse (8)

On sait qu'elle se caractérise par un fond permanent d'attente anxieuse sans rapport avec un objet ou une sensation définie (angoisse libre, flottante, nébuleuse) par des équivalences somatiques (névrose d'angoisse, pseudo asthme, manifestations de type vertigineux, strangurie) mais aussi par des grandes crises d'angoisse surtout nocturnes avec sentiment de mort imminente :

On sait que l'angoisse se fixe occasionnellement sur des phénomènes corporels, principalement à type de nosophobies (cancérophobie, thanatophobie, etc ...), qui ont pour caractéristiques d'être variables, mal organisées, proteinoformes, sans conduites contra-phobiques, élaborées. Elle peut aussi comporter des pseudo phobies.

Toutes les intermédiaires sont possibles.

1.3.3. La névrose hystérique (9)

Une ou plusieurs phobies peuvent se développer et s'organiser, dès lors que les phénomènes de conversion ne parviennent pas à neutraliser suffisamment l'angoisse.

Ainsi, la phobie pourra signer l'échec des essais de conversion du conflit né des exigences pulsionnelles.

Tous les degrés de transitions sont possibles entre les éléments phobiques et hystériques.

Lorsque les éléments phobiques dominent, le patient tend à fuir la séduction, traduisant sa profonde inhibition.

Lorsqu'il s'agit de l'hystérie, les traits histrioniques, l'érotisation prévalent.

1.3.4. Névrose obsessionnelle

Dans une perspective classique, ne tenant compte que du symptôme, la phobie est strictement contemporaine de l'objet ou de la situation sur laquelle elle porte (objectivation projective à l'extérieur), disparaissant par l'évitement, alors que l'obsession conserve son caractère contraignant en l'absence de l'objet ou de la situation et malgré les manœuvres (d'évitement et de sécurisation).

Selon P. PICHAUT, cette distinction est valable pour les phobies des situations (telle que l'agoraphobie), mais aussi pour les phobies d'impulsion, problème pourtant difficile et discuté : la mère phobique, à la vue d'un couteau, craint de blesser son enfant ; la mère obsessionnelle se voit assiégée par l'idée angoissante venant d'elle même (intériorisée), et persistante, survenant en dehors de l'objet, qu 'elle pourrait tuer son enfant avec un couteau (désir – crainte de l'obsession – impulsion). (5)

Dans une approche globale ou de la structure de la personnalité, on retiendra, en dehors des symptômes proprement dits :

L'absence d'angoisse exprimée et un contact emprunt de froideur, de mise à distance, de rigidité se gardant de l'autre et de soi même, comme dans une forteresse défensive inexpugnable, contact qui contraste avec l'anxiété, l'accessibilité, la quête de réassurance, le recours à l'autrui, le moi plastique du phobique. Le mécanisme d'isolation, joue un rôle important dans le mode d'être.

La ritualisation et la pensée magique sont sans commune mesure avec les banales et conscientes manœuvres d'évitement du phobique.

Un monde d'une grande complexité, dévitalisé, pétrifié où un travail vide ne fait que révéler le sens mortifère du conflit psychique ; la problématique de l'agressivité, source d'angoisse, est l'élément initial.

En clinique, les difficultés sont parfois grandes. C'est ainsi que le caractère foncièrement répétitif d'une phobie, peut prendre une teinte obsédante.

A l'inverse surtout au cours de la cure psychanalytique, une structure obsessionnelle peut être marquée par l'apparition d'une symptomatologie phobique, plus favorable en soi.

Il existe aussi des formes de passage voire d'équilibre relatif entre ces deux pôles. Ainsi la présence d'éléments phobiques, souvent associée à des traits hystériques

constituent un facteur pronostic moins péjoratif que dans les névroses obsessionnelles pures, qui sont les plus fixes et les plus structurées des organisations névrotiques.

En échange, il arrive que la phobie d'impulsion évolue vers une obsession – impulsion proprement dite, décrite plus haut.

Enfin, il n'est pas rare de voir réapparaître des phobies avant un nouvel investissement obsessionnel. (10)

1.3.5. Les phobies symptomatiques d'un état psychotique

A - Etat schizophrénique :

Chez un sujet jeune, l'apparition d'une symptomatologie de type phobique surtout accompagnée d'élément dysmorphique, devra faire discuter l'éventualité d'une évolution dissociative.

On tiendra surtout compte en faveur de cette dernière, des éléments suivants :

- soudaineté d'apparition des manifestations phobiques
- caractère d'étrangeté de celles-ci,
- blocage de l'activité au niveau du symptôme ;
- intensité ou, au contraire absence apparemment totale de l'angoisse avec froideur du récit.

Le noyau clinique classique sera soigneusement recherché avec la discordance, l'ambivalence et l'autisme. La notion éventuelle d'une personnalité schizoïde ne sera pas méconnue. Bien souvent le tableau est incomplet surtout au début (formes pseudo névrotiques) ce qui rend l'appréciation très difficile. (11)

B- Accès mélancoliques :

Les phobies peuvent apparaître au début et au décours de l'accès. Elles prennent essentiellement le type de phobies d'impulsion auto agressives, (suicides, ou hétéro agressivité). On notera qu'elles peuvent s'obsessionnaliser.

Le symptôme phobique sera le plus souvent inscrit dans un vécu déréel de douleur morale avec auto-dépréciation intense, angoisse majeure et désir de mort méritée plus ou moins exprimée.

Ce caractère dramatique du vécu mélancolique confère à la symptomatologie phobique d'accompagnement une tonalité bien particulière.

Il conviendra d'être très attentif aux expressions phobiques mono symptomatiques lorsqu'on soupçonne une mélancolie dite d'involution. (12)

C- Autres états psychotiques :

On rappellera seulement que le symptôme « phobie » peut se rencontrer dans certains délires systématisés, hypocondriaques surtout et dans les affaiblissements intellectuels, en particulier séniles. (13)

1.4. ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

On sait que ce sont les concepts psychanalytiques qui semblent cerner le mieux actuellement cette problématique.

On ne saurait cependant passer, sous silence la classique conception de P Janet sur la psychasthénie, traduction d'une baisse de la tension psychologique, ou les théories sur le conditionnement.

Les perspectives réflexologies expliquent ainsi l'acquisition du symptôme phobique, la peur est d'abord considérée comme une « réponse » mais elle peut également se comporter comme une force motivante qui explique l'apprentissage de nouvelles réponses (14)

Dans le cas classique du petit HANS, Freud a souligné que la phobie des chevaux nous restitue la trame oedipienne de l'angoisse (15)

Il y a conflit entre les sentiments tendres à l'égard du père et de l'agressivité à l'encontre de celui-ci en tant qu'obstacle aux relations avec la mère.

L'angoisse de castration connectée par la peur intense d'être puni, est travestie et subit un déplacement en une crainte phobique d'être mordu par un cheval (16).

La projection vers un danger extérieur, alibi s'est substituée à un danger intérieur.

Au niveau phobique, on n'assiste plus à la sécurité de l'hystérique par la conversion, ni aux « astuces » et aux « acrobaties du déplacement obsessionnel ». Il s'agit d'un mécanisme simple mais inachevé intermédiaire comme disait FREUD :

Le refoulement est incomplet et l'angoisse névrotique y est présente presque à l'état pur (17).

En tout cas, il suffit que le sujet se trouve hors de la portée de l'objet phobogène pour continuer à coexister avec les objets parentaux et leurs signifiants, objets premiers à son désir.

Il apparaît que le symbolisme alibi est très variable et cache souvent les pulsions sexuelles ou agressives non tolérables.

Ainsi l'agoraphobie pourrait traduire la représentation d'une rue comme occasion de rencontre sexuelle (« faire le trottoir ») la crainte que l'on puisse être attaqué, la peur qu'une personne de la famille vienne chez soi pendant son absence.

Il est alors possible de substituer au terme objet, celui d'image phobique, ou de situation imaginaire.

Pour FREUD, les phobies ne doivent pas être uniquement exprimées en termes de libido objectale mais aussi, ou plutôt au terme de libido narcissique, l'image phobique est une projection du Moi imaginaire et pas seulement le résultat d'un remplacement objectal.

De ce fait, Freud pense que la question qui se pose davantage au petit HANS est « en devenant cheval », suis-je « garçon ou fille » (18)

En ce sens, la phobie exprime paradoxalement tout autant le désir que la crainte de la castration. La phobie surgit quand la place du sujet dans la situation oedipienne est remise en question à l'occasion d'un événement réel.(19)

Pour Freud, l'angoisse de castration est le ressort de la mécanique de la phobie. Lors de l'apparition de celle-ci (et du fantasme qui lui correspond), le sujet ne peut pas élaborer symboliquement la perte de l'objet oedipien (la mère). Il reste pris dans une forme de jouissance première avec la mère qui est en elle-même source d'angoisse.

Il ne constitue pas le père réel en tant qu'agent de la castration, en tant que tiers, se maintenant dans une position imaginaire où il pourrait combler le manque de la mère, être son phallus.

La force de la menace imaginaire dans la phobie (crainte de la castration) masque en ce sens la difficile élaboration symbolique de la perte et un achoppement dans la constitution des identifications secondaires.

1.5. ASPECTS ÉVOLUTIFS

Ils sont très variables d'une forme à l'autre.

L'évolution sur un mode chronique, le symptôme restant le même est moins fréquente qu'une évolution par poussées avec des aggravations ou des rémissions parfois en relation avec des événements vécus porteurs de sens pour le sujet.

On rappellera seulement à cet égard la panique homosexuelle présentée par certaines jeunes recrues (militaire) à l'orientation sexuelle encore indécise et placée brusquement dans une collectivité masculine (20).

Des périodes dépressives émaillent fréquemment l'évolution (dépression névrotique au sens classique du terme).

Dans les formes à évolution péjorative, le malade peut restreindre progressivement les sorties à un trajet, puis une rue, voire se confiner progressivement à la chambre ou au lit.

La recherche des bénéfices secondaires peut contribuer à fixer la condition névrotique.

Des stabilisations spontanées ne sont pas cependant exceptionnelles et parmi les névroses dites structurées, c'est la névrose phobique qui est la plus accessible à la thérapeutique.

Un problème particulier se pose chez l'enfant où les phobies extrêmement fréquentes régressent le plus souvent en quelques mois ou années surtout à l'âge préscolaire. Elles surviennent principalement à l'endormissement (peur de l'obscurité, peur d'animaux dévorant).

On rencontre plus tard les phobies à thème sexuel (centré sur la masturbation) et à thème religieux, les phobies scolaires plus tardives sont d'un pronostic plus réservé.

Elles traduisent une angoisse profonde souvent entretenue par la névrose familiale, plus volontiers maternelle.

C'est surtout dans cette dernière éventualité que les manifestations phobiques peuvent se restituer ou resurgir à l'âge adulte.

Il sera rappelé seulement que l'on a décrit des « phobies pré-génitales » (Mélanie Klein) diffuses, envahissantes, se déroulant souvent dans le cadre d'étrangeté témoignant de fixations archaïques, orales, importantes (par les thèmes, l'appétence toxicophilique et aussi par la structure oro-narcissique du Moi) (21)

Il semble en fait s'agir plutôt d'état limite voisin de la psychose, fréquemment observé sous un aspect critique, on rappellera aussi que pour Mélanie Klein, c'est la névrose obsessionnelle qui représenterait la forme cicatricielle de ces « angoisses paranoïdes » de l'enfance (22)

1.6. ASPECTS THERAPEUTIQUES

Ils sont le plus souvent favorables, on utilise la chimiothérapie pour diminuer la tension anxieuse (anxiolytique, neuroleptique dans les cas sévères) et pour atténuer les rituels envahissants (anti-dépresseur).

La psychothérapie prend une place importante dans la prise en charge des névroses phobiques. Le thérapeute est volontiers vécu comme un appui idéal, propre à donner la sécurité, ce qui implique des modalités de transfert qui faciliteront l'abord psychothérapique.

Celui-ci pourra être mené de différentes façons :

- Psychothérapie de soutien dans les cas où l'organisation névrotique n'apparaît pas trop profonde.

- Psychothérapie de déconditionnement, surtout lorsque la névrose apparaît proche d'un pôle réactionnel,
- Psychothérapie d'inspiration analytique enfin, qui constitue le traitement de choix.
- La psychothérapie orthodoxe est réservée aux cas graves car elle est longue, non exempte des dangers chez un malade au Moi structuré.
- La psychothérapie en face à face permet d'aider utilement les malades. (23)

DEUXIEME PARTIE
ETUDE PROPREMENT DITE

II^e partie : Etude proprement dite

2.1. Méthodologie :

2.1.1. Population source

Notre étude a été faite parmi les malades vus en consultation psychiatrique au Centre Hospitalier de Soavinandriana durant six ans.

Il s'agit d'une étude rétrospective. La période d'étude allant du 1^{er} Janvier 1998 au 31 Décembre 2003 a été choisie par commodité.

2.1.2. Critère d'inclusion

Ont été choisis pour cette étude, les patients diagnostiqués comme présentant une organisation névrotique dont le symptôme prévalent est la phobie.

2.1.3. Critère d'exclusion

Ont été exclus de cette étude les patients vus en consultation psychiatrique dépourvus des symptômes phobiques prévalents.

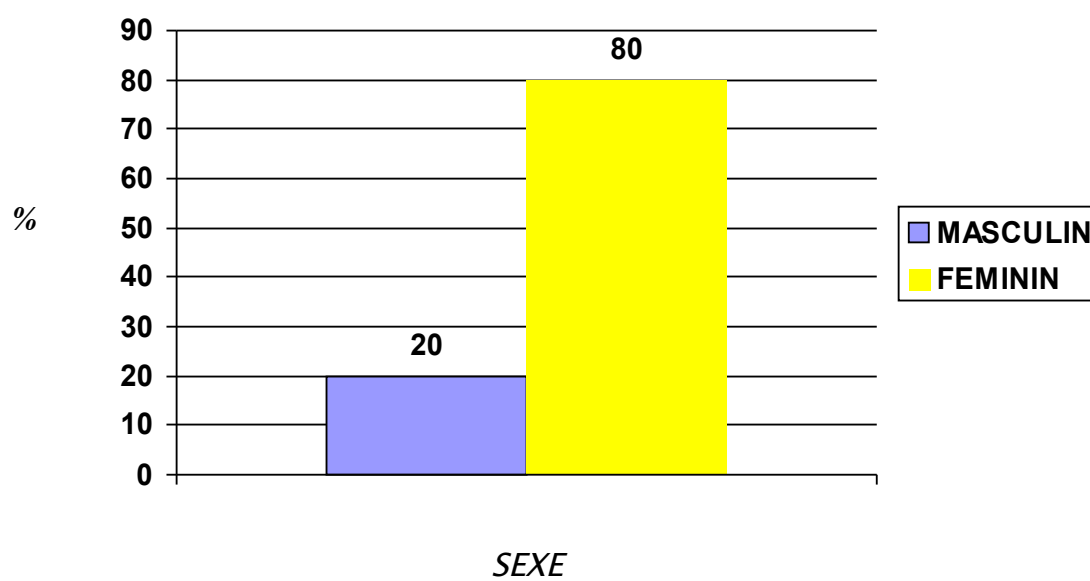
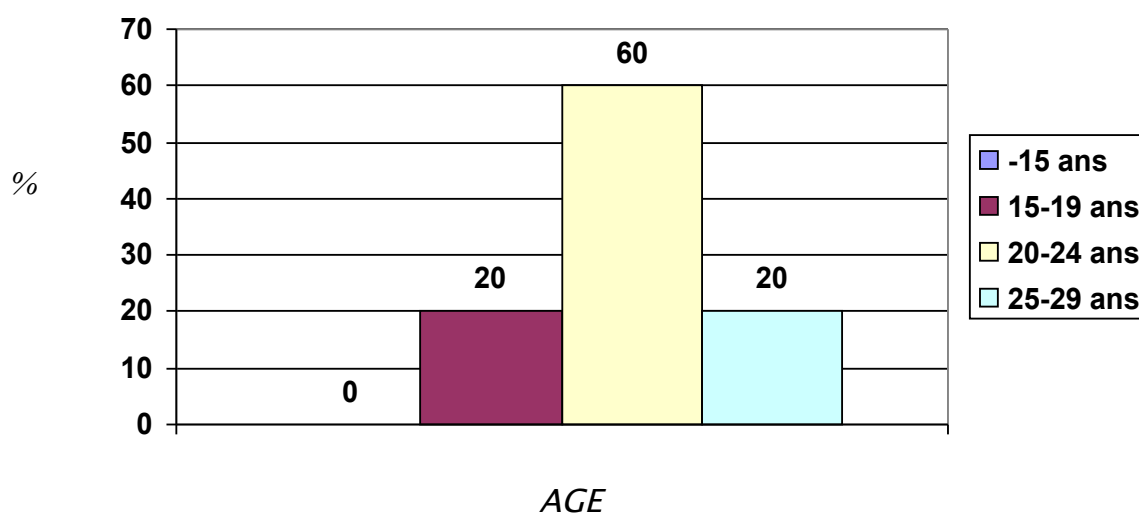
2.2. Résultat :

Du 1^{er} Janvier 1998 au 31 Décembre 2003, il a été enregistré dans les registres de consultation du service du Neuro-psychiatrique du Centre Hospitalier de Soavinandriana (735) dont 5 (cinq) ont été retenus pour l'étude. Les autres présentaient tous une symptomatologie sans syndrome phobique prévalent.

Les cinq malades sont répartis comme suit : (voir figure 1)

- 4 sont des sexes féminins
- 1 de sexe masculin (sexo-ratio : 1/5)

Ils sont âgés de 19 à 27 ans avec une moyenne d'âge égale à 23 ans. (voir figure 2)

Figure 1**Figure 2**

OBSERVATIONS*Cas clinique n°1*

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans, que nous avons suivie pendant plusieurs mois.

Elle travaille dans un salon de coiffure, et était en arrêt de travail depuis trois mois.

Elle nous a été emmenée par ses parents sur le conseil d'un médecin généraliste.

La maladie aurait débuté, il y a trois mois.

La patiente se plaint d'une perte de la force musculaire avec des sensations vertigineuses qui la fait hésiter à marcher seule, et par conséquent, elle évite de sortir de la maison.

Une série d'éléments phobiques l'empêche de sortir et les parents pensaient à une ensorcellement ou à une possession par le démon, ce qui les emmènent à faire appel à un exorciste religieux « Mpiandry », qui les a orientés dans l'interprétation de la maladie.

A leur grande surprise, l'état de la patiente reste toujours stationnaire. Les parents pensant alors à une déception sentimentale ont décidé de faire appel à un médecin, celui-ci nous a adressé la patiente pour trouble du comportement.

Mademoiselle R.B. est la deuxième d'une fratrie de trois, l'aînée est une fille, et le dernier un garçon, ils vivent tous avec leurs parents.

Ayant obtenu son Baccalauréat série A1 à 20 ans, elle s'est lancée dans une formation coiffure et esthétique qu'elle a suivie sans problème.

Quand nous l'avons vue la première fois, elle était accompagnée de ses parents et de son petit chien coton de Tuléar.

Lors du premier entretien, ce sont les parents, qui répondent aux questions. Nous avons l'impression que la patiente prend une attitude rassurante en caressant son chien qu'elle tient sur ses genoux.

Un traitement anxiolytique est prescrit, la patiente adhère au traitement, apparemment pour pouvoir rentrer à la maison, mais pas pour se faire soigner.

Pour elle, selon les dires de ses parents, elle ne sera jamais guérie.

Au cours du deuxième entretien qui se passe trois jours après, la patiente commence à parler.

La plainte principale c'est la fatigue avec une sensation de perte de la force musculaire, et des sensations vertigineuses.

Elle ajoute « Je sens quelque chose me bloquer, j'ai peur de sortir, je n'arrive pas à regarder les gens dans les yeux ».

Un psychologue travaillant avec nous a dit que la famille dans son ensemble nécessite une prise en charge psychologique et a proposé dix séances de psychothérapie.

Une prise en charge psychothérapique associée à une chimiothérapie (anxiolytique) a été entreprise. Nous avons conseillé à la patiente la pratique du sport collectif (Volley Ball, Basket Ball)

La patiente était réticente au départ mais elle a fini par accepter la prise en charge.

La patiente se questionne toujours sur l'activité de la psychothérapie.

A chaque séance, elle répète la même question « Je ne me sens pas tout à fait guérie, donc, je reviens, mais qu'est-ce que je fais là ? Et comment ça marche ? »

L'évolution a été favorable, et la patiente a fini par reprendre ses activités professionnelles, tout en poursuivant la psychothérapie.

Cas clinique n° 2

Jeune homme de 22 ans, originaire de Mananjary emmené par ses parents sur le conseil d'un curé, suite à une longue série d'échecs thérapeutiques, aussi bien avec les exorcistes religieux (Mpiandry) qu'avec des marabouts.

C'est le père qui expose le problème : son fils est un garçon intelligent et studieux. Le trouble a commencé par une diminution du rendement scolaire attribué au fait qu'il s'absente trop.

Chaque matin ; il se réveille toujours angoissé : l'idée d'aller à l'école est présente mais apparemment tout se passe comme si un obstacle se mettait, systématiquement sur sa route et il n'y parvient pas.

Les troubles se sont aggravés par la suite, il a du mal à sortir de la maison et prend une attitude bizarre.

Quand il entend un chien aboyer, il tremble et se cache sous le lit ou dans l'armoire. Même à la maison il se promène avec un bâton qu'il prend comme un objet rassurant. Si par hasard il arrive à toucher un tissu velouté il a la chair de poule croyant que c'est un chien.

Il nous a fallu creuser dans l'interrogatoire des parents pour soutirer une idée à l'origine de cette « phobies des chiens ».

Le jeune B appartient à une ethnie qui considère le chien comme un animal néfaste dont l'élevage est interdit.

Vers l'âge de 17 ans, le hasard d'une promenade l'a emmené à voir une chienne mettre bas dans un lieu sacré « Tranobe ».

Ce qui provoque un traumatisme psychique important pour le jeune B d'autant plus que le « Tranobe » est un lieu où se passent les cérémonies rituelles (circoncision collective, funérailles etc...)

Les parents n'ont pas pensé à une relation entre ce spectacle qui s'est passé deux ans auparavant et l'apparition des troubles.

Lors de la première consultation, on remarque que le jeune B est très angoissé avec des sueurs, le front plissé dans une expression d'indicible souffrance.

Il se présente avec une attitude repliée sur lui-même, la respiration haletante, la déglutition bruyante et pénible. Le père explique qu'il n'était pas comme ça à l'arrivée mais le fait qu'il a vu un gros chien passer devant le service au moment où il arrive l'a mis dans cet état.

Le jeune B n'a pas d'antécédent particulier, en dehors de cette phobie des chiens il se comporte bien.

Trois semaines de traitement anxiolytique anti-dépresseur et neuroleptique n'ont apporté aucune amélioration.

Il en est de même pour les séances de psychothérapie faites chez un psychologue privé.

Lors de la dernière consultation le patient explose : se met même en colère et vocifère ; « je vois que je n'ai rien à faire ici, je ne supporte pas qu'on me parle de chien, c'est moi qui suis malade pourquoi on me parle toujours de chien ».

De même lors de la dernière séance chez le psychologue :

Il a posé la question ; est-ce qu'il faut, pour que je guérisse, qu'on parle de chien ?

Cas clinique n°3

Une jeune femme de 23 ans, qui travaille dans une agence de téléphone mobile nous a été adressée vers 11h du soir pour un état d'agitation psychomotrice.

Cette patiente a été déjà hospitalisée à deux reprises dans un service de médecine de la côte (Vatomandry) pour le même motif.

A son arrivée, elle se présente avec un plâtre sur la cheville droite, en effet il y a deux jours en sautant du lit pour avoir vu une petite salamandre sur le mur, elle s'est tordue le pied droit en atterrissant.

La patiente, très angoissée explique elle-même, le début de ses troubles : elle a dormi dans un hôtel à Vatomandry avec une moustiquaire, et une petite salamandre verte est tombée du plafond sur la moustiquaire, comme si elle tombait directement sur elle. Cette scène a constitué pour elle un événement traumatisant.

Depuis, elle a peur d'aller dans un endroit où elle pense rencontrer ce petit animal.

Les deux hospitalisations survenues à Vatomandry sont motivées par une agitation, croyant qu'il y a une petite salamandre à l'endroit où elle se trouve.

Elle crie, s'agite, s'accroche à n'importe qui à côté d'elle. Cette dernière fois, ce n'était pas une petite salamandre mais, un bruit de cafard sur des papiers qu'elle a pris pour la petite bête dont elle a peur.

Selon des dires de son frère, elle n'arrive plus à se concentrer aussi bien à la maison qu'au travail.

La nuit, elle n'arrive pas à dormir sans somnifère c'est une crainte bizarre qui est venue la perturber depuis qu'elle est en vacances.

Un traitement antidépresseur et anxiolytique a été prescrit en plus nous lui avons proposé une psychothérapie chez un psychologue privé.

Elle était ambivalente au départ, par rapport à cette drôle de méthode de traitement que nous avons proposée qui était de « parler avec un psychologue »

Plus tard, l'évolution des troubles a donné un autre tableau, la peur de voir une petite salamandre persiste, mais la patiente, toujours sous l'empire de l'angoisse n'arrive plus à sortir seule de la maison.

Lors de l'entretien individuel, elle a avoué qu'elle fait souvent des cauchemars, parfois répétitifs, dans lesquels l'angoisse traumatique revient, où elle est replacée dans des scénarios de poursuite par le petit animal effrayant. Elle éprouve le sentiment d'un danger vague, d'une menace.

Nous lui avons expliqué que c'est l'angoisse qui est la source de ces cauchemars

L'évolution a été favorable après un mois de prise en charge, la patiente a pu reprendre ses activités professionnelles, mais elle porte un parapluie comme objet sécurisant.

Cas clinique n°4

Une jeune femme de 27 ans nous a été adressée par le médecin du Ministère là où elle travaille pour « instabilité et plaintes multiples » après plusieurs consultations, et une série d'examens complémentaires qui n'a montré rien de spécial.

En effet, les troubles ont évolué depuis plusieurs mois (elle arrive en retard, présente des attitudes bizarres au bureau) ce que son ancien chef de service a bien toléré. Des nouveaux éléments sont apparus après le changement du Chef de service.

Lors de la première consultation, le contact était difficile, la patiente répond à peine aux questions, soit par des hochements de tête, soit par des phrases courtes.

Elle se plaint d'avoir des nuits agitées en raison d'une insomnie rebelle au traitement.

Son visage est marqué par une profonde angoisse.

Nous l'avons mise en confiance, tout en lui expliquant que nous sommes là pour l'aider, car elle a un problème et risque de perdre son emploi si elle n'est pas traitée.

C'est lors du deuxième entretien que nous avons appris qu'une série d'éléments phobiques l'empêchent de prendre sa voiture ou le transport en commun, ce qui explique son retard à répétition.

Ce qui a frappé son nouveau Chef de service c'est qu'elle a toujours une tendance à se cacher dans l'armoire.

La patiente a été confiée à un psychologue privé

Nous l'avons revue six semaines après suite à un accident sur la voie publique ; elle a été renversée par une voiture alors qu'elle roulait en mobylette en allant au travail.

Elle se plaint d'avoir un sentiment bizarre, une angoisse quand elle voit une moto, elle a peur de monter sur sa mobylette.

Elle nous a décrit le souvenir qu'elle a de cet accident « j'ai été projetée en l'air, et du haut de ma trajectoire, j'ai vu la terre et je me suis sentie très loin de la terre et puis je suis retombée à plat ventre.

Je me suis relevée au bout de quelques minutes ; j'ai vu des gens inquiets autour de moi, et qui voulaient m'emmener à l'hôpital.

J'ai dit « c'est rien du tout », et je n'avais pas consulté un médecin.

Elle a bien accepté de continuer la prise en charge avec le psychologue qui était d'accord avec nous pour le diagnostic d'une phobie dans un contexte de névrose traumatique.

Cas clinique n°5

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, étudiante à la faculté des lettres, qui a été adressée dans le service de psychiatrie après un séjour de trois jours dans un service de médecine, situé au quatrième étage, pour un malaise à répétition sans substratum anatomique avec anorexie.

Une série d'examens biologiques et radiologiques a été faite durant son hospitalisation mais n'a montré rien de spécial.

Lors de l'épreuve d'entretien la patiente qualifie son problème de « maladie ridicule », elle a même tenté de trouver une explication :

« Au début j'ai employé toute les ruses pour dissimuler mon problème, j'ai essayé de me contrôler ; On m'a mis au quatrième étage, c'était une dure épreuve pour moi »

En fait la patiente présente une phobie de hauteur, elle a peur de l'escalier, elle a même avoué qu'elle a peur de sortir de la maison parce qu'elle habite à l'étage.

Un traitement anti-dépresseur et anxiolytique a été entrepris, en plus elle a été confiée à un psychologue tout en restant dans le service de psychiatrie.

Le lendemain après son arrivée, la patiente est venue voir le psychiatre pour demander à se faire soigner chez un exorciste religieux. « Je prie le bon Dieu pour me rendre la liberté. Mon problème interfère dans ma vie, avec mon copain et ma vie familiale ».

L'évolution a été favorable, après une semaine, la patiente se sent avoir retrouvée sa capacité à se contrôler mais elle a encore peur de replonger dans sa phobie de hauteur. La famille aussi était fébrile quant à son retour à la maison.

La sortie de l'hôpital a été progressive ; la sortie définitive a été décidée après quelques essais de sorties positives.

La patiente est devenue fumeuse, elle prend des cigarettes pour cacher ses angoisses.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES 5 OBSERVATIONS

Cas	Age (ans)	Sexe (M=masculin F=féminin)	Manifestation s phobiques	Personnalité phobique	Traitement et évolution
1	24	F	Agoraphobie	-	-Anxiolytique -Psychothérapie -Evolution favorable
2	22	M	Zoophobie	-	-Anxiolytique -Antidépresseur -Neuroleptique -Psychothérapie -Evolution défavorable
3	23	F	Zoophobie	-	-Antidépresseur -Anxiolytique -Psychothérapie -Evolution favorable
4	27	F	Claustrophobie	-	-Psychothérapie -Evolution inconnue
5	19	F	Agoraphobie	-	-Antidépresseur -Anxiolytique -Psychothérapie -Exorcisme -Evolution favorable

2.2. Discussion :

Elle sera :

- Séméiologique et
- Thérapeutique

2.2.1 Sur le plan séméiologique :

La névrose phobique :

- Cette affection est peu fréquente et est l'apanage de sexe féminin (1)
- Peut survenir aussi bien à l'âge jeune qu'à l'âge adulte (4)

Les différentes caractéristiques sont retrouvées dans notre matériel d'étude. En effet :

- Seuls cinq cas sont relevés parmi les consultations psychiatriques durant cinq ans (de 1 998 à 2 003)
- Le sexe féminin prédomine (4 sur 5) et
- L'âge des malades varie de 17 à 29 ans.

Cette affection a deux traductions possibles :

- Les manifestations phobiques et
- La personnalité phobique

a)- Les manifestations phobiques :

La plupart des auteurs modernes limitent leur description à six espèces aussi fréquentes que significatives

* L'agoraphobie est en principe, dans la dimension horizontale, l'homologue de vertige des lieux élevés. Le sujet ressent une panique à l'idée d'affronter l'espace. Il sent ses jambes se dérober, son cœur s'affoler. Il sent qu'il va s'évanouir ou perdre le contrôle de lui-même.

L'investissement phobique d'un malaise lipothymique semble très fréquent dans la forme. Le monde extérieur jusque là inerte, inanimé, prend subitement la signification d'une scène dans laquelle peut se jouer, par exemple, le drame de la mort affrontée dans la solitude.

Il se crée ainsi la notion essentielle de la parade de l'accompagnateur ; tel patient se sent parfaitement en sécurité s'il est accompagné, ne serait ce que par un enfant ou une personne âgée, voire même un animal (15)

Une agoraphobie est retrouvée dans les observations faisant objet de notre étude (cas clinique 1 et 5)

* La claustrophobie se caractérise par le fait qu'une « peur » saisit le sujet qui est enfermé dans une pièce. Le patient se tranquillise lorsqu'il n'est pas seul, il a manifestement peur de la mort, et la chambre, le wagon de train, l'ascenseur paraissent préfigurer pour lui le cercueil, le tombeau (4)

Une claustrophobie est notée dans notre matériel d'étude (cas clinique 4).

La phobie de transports a marqué la vie de Freud. En effet, ce dernier était atteint de la phobie de train.

Il l'a expliqué par la transplantation effectuée par sa famille alors qu'il avait trois ans. Il a été guéri de cette phobie vraisemblablement par l'auto-analyse.(3)

La phobie de transports n'a pas été retrouvée dans nos observations personnelles.

* Les nosophobies (non retrouvées dans notre matériel d'étude) constituent un phénomène fréquent dont l'importance pour le médecin ne saurait être surestimée.

Un certain nombre d'affections font l'objet de craintes phobiques (cancer, leucémie, infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, syphilis, SIDA, « blocage rénal », « folie », « paralysie ») à partir de la constatation d'une symptomatologie en réalité banale telle que précordialgie d'origine anxieuse, ganglion, kyste, ulcération, fatigue, lumbago, lipothymie....

En d'autres termes, la phobie se déclenche à la suite de la crainte du danger interne qui est lui-même cristallisé, ici, en une affection (10).

* La phobie d'impulsion se rapproche de la famille des obsessions mais s'en dégage par le fait qu'elle est liée à un facteur extérieur évitable et ainsi qu'elle présente une parenté avec le vertige.

Deux exemples sont classiques :

- « phobie » d'impulsion des jeunes mères voyant un couteau
- « phobie » de défenestration (5)

Notre matériel d'étude ne comporte aucun cas de phobie d'impulsion.

* L'éreutophobie apparaît surtout au moment de l'adolescence et traduit selon PERRIER et CONTE, un malaise intersubjectif.

Celui qui rougit est deviné dans son trouble, l'érythème qui l'inonde traduit sa culpabilité, sa timidité, et, partant son infériorité.

D'autres variantes existent ; phobie de transpiration, de la mauvaise odeur, de lâchage sphinctérien (3)

Aucun cas rappelant une éreutrophobie n'est retrouvé dans les observations qui font l'objet de notre étude.

Par contre, deux cas de phobie des animaux y sont relatés.

La phobie semble dévoiler le statut socioculturel particulier du sujet (cas 2 et 3)

a)- La personnalité phobique :

La personnalité phobique semble moins affirmée, moins nettement délimitée que les personnalités hystériques et obsessionnelles. MICHAUX et COLL doutent de son existence. Henri EY et COLL pensent qu'elle se cristallise autour de deux pôles.

-L'un fait de démission, de repli, de résignation devant l'inhibition.

-L'autre au contraire fait de défi, de dépassement permanent, à soi-même imposé, de ses appréhensions (14)

Notre matériel d'étude ne fait pas mention de personnalité phobique mais ce fait ne nous semble pas pouvoir constituer une grosse lacune dans cette étude.

En effet, nous faisons nôtres, les avis des auteurs qui, à la réflexion, se posent la question suivante : une réaction en une situation subie peut elle être qualifiée de « personnalité »

2.2.2 Du point de vue thérapeutique

En principe, la névrose phobique constitue une bonne indication de la psychanalyse (23).

Les observations faisant l'objet de notre étude ne font pas mention de cure analytique.

Il ne s'agit pas là d'une omission.

L'absence de psychanalyste à Madagascar, le niveau économique et le statut socio-culturel Malagasy pourraient expliquer ce fait.

Les auteurs occidentaux soulignent d'ailleurs qu'en pratique pour des raisons de lieu, de temps, de niveau culturel, de moyens matériels, la psychanalyse n'est pas souvent possible (24),(25),(26).

-Attitude psychothérapeutique du médecin traitant.

Le médecin peut et doit rassurer son patient, tenter d'établir avec lui une relation de sorte qu'il puisse être l'antidote naturel de la phobie. Autrement dit, il doit éviter de le traiter de malade imaginaire, définir une politique, dont les investigations notamment en cas de nosophobie.

-Il ne faut pas hésiter à pratiquer un examen utile en sachant ce qu'on peut en attendre (électrocardiogramme, électroencéphalogramme, examen hématologique) mais il ne convient pas de recourir à des examens invraisemblables que rien ne justifie (un résultat paranormal et donc ininterprétable en absence d'un contexte clinique convaincant risque de fixer le phobique dans sa conviction)

Le médecin essayera prudemment et non systématiquement de faire admettre (et non de faire comprendre) au sujet que le danger est interne et non externe (22)

Une attitude psychothérapique est adoptée dans les cinq observations qui font l'objet de notre étude.

CHIMIOOTHERAPIE

Elle est toujours délicate chez les sujets phobiques qui en état d'alerte permanent, se veut toujours hypervigilant et supporte mal toute thérapeutique sédative. Les antidépresseurs à dose modérée, parfois associés à de petites doses de tranquillisant benzodiazépinique constituent la meilleure aide médicamenteuse (23)

Une chimiothérapie de ce genre est retrouvée dans notre matériel d'étude (elle comporte éventuellement un neuroleptique sédatif).

Elle est associée autant que possible à une psychothérapie assurée par des psychologues, psychiatres.

HOSPITALISATION, PSYCHANALYSE

Dans les cas rebelles, l'escalade peut être envisagée dans deux directions.

-L'hospitalisation est tentante lorsque le médecin est débordé, elle peut l'être moins pour le sujet phobique.

En effet, l'hospitalisation risque de déclencher la phobie (nouvelle) de la folie des électrochocs, de l'évitement. On parlera de « cure de sommeil » (terme populaire, donc rassurant) en utilisant :

- Une telle cure seulement dans les formes intensément anxieuses.
- Une cure (modérée) de neuroleptiques sédatifs, d'anxiolytiques et d'antidépresseurs (par voie, parentérale), plus rarement des électrochocs (qu'on tiendra à baptiser pudiquement électronarcoses) (24).

Bien que la cure psychanalytique n'est pas encore prise en compte à Madagascar.

Le terme de psychanalyse, comporte dans son usage courant, plusieurs significations diverses. On peut globalement retenir, trois acceptions :

1)-La psychanalyse désigne une certaine méthode d'investigation du psychisme inconscient, terme clé de la psychanalyse liée à une certaine conception de la sexualité que la notion de libido (énergie) et celles de complexe d'oedipe viennent fonder.

2)-Mais la psychanalyse renvoie aussi à une certaine thérapeutique ou méthode de traitement, on dit en ce sens « faire une psychanalyse ». Il s'agit de la cure qui porte ce nom.

3)-La psychanalyse désigne au-delà une conception psychologique générale qui touche à la conception même de l'homme. C'est donc à la fois une méthode psychologique, une méthode de traitement et une discipline spécifique qui a sa place dans le savoir de l'homme.

Les psychiatres ou les médecins à vocations psychiatriques peuvent, dans les séances de psychothérapie employer la méthodologie des concepts de la psychanalyse.

L'hospitalisation n'est retrouvée que dans un de nos cinq observations personnelles. De toutes les façons, l'éventuel effet favorable de l'hospitalisation psychiatrique a comme préalable, de bonnes conditions matérielles et morales.

La psychanalyse doit être préparée (par le médecin) et acceptée par le patient.

Les thérapeutiques comportementales (d'autant plus efficaces qu'il s'agit de phobie isolée) consistent à exposer le malade à l'objet ou à la situation phobogène

(selon les procédés divers) et à lui apprendre à maîtriser son comportement phobique et son angoisse dans cette situation.

La relaxation aide utilement en atténuant voire supprimant l'angoisse.

Les techniques de déconditionnement requièrent généralement vingt à trente séances (27).

La psychanalyse, probablement pour des raisons déjà énoncées (cf supra), n'est pas retrouvée dans les observations qui font l'objet de notre étude.

TROISIEME PARTIE
PROPOSITIONS ET SUGGESTIONS

PROPOSITIONS ET SUGGESTIONS

3. Au terme de cette étude, quelques notions mériteraient d'être soulignées pour la pratique

3.1. Caractéristiques de la névrose phobique

La névrose phobique est une névrose structurée comportant deux caractéristiques :

- La phobie
- L'évitement

3.1.1. La phobie, trouble dont le sujet a conscience et qui se définit comme étant :

- Selon SUTTER « la crainte ou la répulsion angoissante spécifiquement liée, pour un sujet déterminée, à la présence d'un être, d'un objet, ou à une certaine situation dont les caractères ne justifient pas une telle émotion » (28)

- Tout simplement, la crainte angoissante excessive et non justifiée provoquée par certaines situations, objets ou personnes etc ...

3.1.2. L'évitement qui est un comportement destiné à échapper à l'objet ou à la situation phobogène :

- Soit d'une manière réelle en évitant d'être confronté physiquement à cet objet : c'est la réaction de fuite.

42

- Soit d'une façon magique, à l'aide d'un objet ou d'une personne jouant un rôle contra phobique ayant une valeur conjuratoire, l'angoisse est ainsi maintenue à distance.

- Soit paradoxalement, par la fuite en avant, c'est à dire par défi ou par bravade, le sujet affronte délibérément l'objet phobogène.

3.2. Sémiologie de la névrose phobique

On distingue dans la sémiologie de la névrose phobique deux éléments :

- Les manifestations phobiques
- La personnalité phobique

3.2.1. Les manifestations phobiques

Certes les auteurs du XIXème siècle ont dénombré quelques 180 variétés de phobies, mais trois espèces aussi fréquentes que significatives nous paraissent importantes à retenir.

- L'agoraphobie
- La phobie sociale
- La phobie simple

a) L'agoraphobie sans antécédents de troubles paniques

C'est la peur des espaces découverts, c'est-à-dire la peur de se retrouver à l'extérieur dans un endroit d'où il serait difficile de s'échapper ou d'être secourue en cas de malaise. Le sujet redoute des malaises à types de :

- Perte de connaissance
- Mauvais contrôle sphinctérien.
- Accident cardiovasculaire.
- Vomissement, etc ...

Des situations connues :

- Dans une foule des files d'attente des grands magasins.
- Des transports en commun.
- Un pont, un tunnel, une autoroute, etc...

On utilise la parade de l'accompagnateur, le sujet se sent parfaitement en sécurité s'il est accompagné, ne serait-ce que par un enfant ou une personne âgée voire un animal.

b) La phobie sociale

C'est la peur reconnue comme non justifiée du regard de l'autre dans une situation sociale où le sujet se sent exposé et se trouve dans une situation humiliante ou embarrassante.

Elle accompagne régulièrement des comportements d'évitement mais l'angoisse anticipatoire apparaît lorsque l'événement est impossible à éviter.

On distingue de nombreuses formes de phobie sociale dont :

La peur de parler ou de se produire en public. Trac, phobie des examens

La peur de manger, boire, écrire devant les autres.

La peur d'utiliser des toilettes⁴⁴ publiques quand cela est su par d'autres personnes.

La peur de rougir en public : c'est l'éreutrophobie.

En général, la peur de rater une épreuve ou un acte du fait du regard de l'autre. Angoisse de performance dans le domaine sexuel, sportif ou professionnel.

c) La phobie simple

C'est la crainte anxieuse déclenchée par un objet ou une situation spécifique.

Le handicap varie selon le cas.

Diverses formes de phobie simple peuvent s'observer :

- Zoophobie : peur des animaux (chien, souris, insecte, serpent, vers, etc...)
- Claustrophobie : phobie des lieux clos avec une sensation d'étouffement.
- Acrophobie : phobie des lieux élevés (faux vertige avec peur de l'attirance vers le vide).
- Phobie d'un moyen de transport précis (train, avion), en réalité souvent dans le cadre d'une agoraphobie.
- Nosophobie : l'épisode phobique se développe à partir d'un cas de maladie observé dans l'entourage ou d'une symptomatologie d'affection, en réalité banale et se présente sous divers aspects. Ainsi, la constatation d'un ganglion, d'un kyste, d'une ulcération ou d'une

fatigue fera naître la crainte d'un cancer, d'une leucémie, d'un syphilis ou du SIDA. 45

- Un banal lumbago devient, selon le cas, une menace de « blocage rénal » ou de paralysie.
- Une lipothymie, un état passager de dépersonnalisation fait naître la crainte d'une folie.

Une expression somatique d'angoisse fait ressentir des signes d'affections vasculaires (infarctus, accidents vasculaires cérébraux).

Phobie de défenestration : elle est liée à un facteur extérieur évitable et à une parenté avec le vertige.

La phobie de défenestration s'intègre dans le cadre général des phobies d'impulsion ou peut être l'essence de certaines claustrophobies.

3.2.2 La personnalité phobique

Certains auteurs comme Henri Ey pensent que la personnalité phobique se cristallise autour de deux pôles.

L'un fait de dépression, de repli, de résignation devant l'inhibition, l'autre au contraire de défi, de dépassement permanent de ses appréhensions exigées à soi-même (29)

D'autres auxquels nous nous associons hésitent à qualifier de « personnalité », ce qui n'est qu'une réaction à une situation subie.

3.3 Evolution de la névrose phobique

La phobie, fait du déplacement de l'angoisse, était en elle même le résultat d'une première défense.

46

Cette défense s'est révélée finalement inefficace parce que l'angoisse éclate, le phobique ne la combat pas avec des procédés magiques, mais a recours soit à un accompagnateur (30) qui est une figure parentale et signifie la régression c'est à dire la défaite, soit à l'évitement (parade la plus caractéristique).

La vie redevient possible sous cette parade, et on se rapproche de l'existence normale qui, dans une certaine mesure, connaît ses phobies et ses évitements.

Mais parfois, l'évitement, pour être efficace, prend une ampleur telle qu'il devient une maladie sociale en soi.

Ainsi, des agoraphobes seront cloués chez eux, incapables de travailler et voire même de faire leurs courses, et des claustrophobes empêchent leur conjoint ou leurs enfants de vaquer à leurs occupations.

La névrose phobique prend ses racines dans l'enfance, peut se manifester dès cet âge, puis après une période d'accalmie, elle réapparaît souvent dans la 3^{ème} et 4^{ème} décennie de la vie.

Elle peut : - passer à la chronicité

- évoluer par poussées entrecoupées de rémissions

3.4. Diagnostic différentiel (31)

On éliminera :

3.4.1. Dans un premier temps et facilement des affections organiques, notamment :

- Une épilepsie psycho-motrice (valeur d'antécédents de manifestations convulsives, et de perturbations évocatrices de l'électro-encéphalogramme).
- Une hypoglycémie.

3.4.2. Les autres névroses

- La névrose d'angoisse, où l'angoisse « flottante » survient indépendamment des circonstances extérieures.
- La névrose obsessionnelle, où peuvent se poser les difficultés devant un symptôme particulier, de saisir si on a affaire à une phobie d'impulsion ou à une obsession impulsive.

Schématiquement, la phobie est toujours contemporaine d'un objet ou d'une situation déterminée, et dans la névrose obsessionnelle, la crainte n'est pas supprimée par l'éloignement de l'objet ou de la situation.

3.4.3. Les autres affections psychiatriques

La phobie peut n'être qu'un symptôme d'une affection psychiatrique autre qu'une névrose.

L'état délirant peut se traduire par une nosophobie (ce qui n'est qu'une crainte susceptible d'être influencée favorablement par l'argumentation médicale), peut devenir une conviction délirante et inébranlable ou une éreutophobie (on me regarde, ou devine mes pensées).

3.5. Traitement de la névrose phobique

En principe, la névrose phobique constitue une bonne indication de la psychanalyse, mais à Madagascar, pour des raisons de lieu, de temps, de niveau culturel, de moyens culturels et techniques, le modèle de cure analytique type n'est pas possible.

Force est donc de s'adresser à des moyens médicamenteux et à une attitude psychothérapeutique (qui peut s'inspirer de la psychanalyse).

3.5.1 La chimiothérapie

- Les anxiolytiques sont largement utilisés en raison de la fréquence des phénomènes anxieux, mais le risque est la constitution d'une dépendance à leur égard voire celui d'un usage abusif.
- Les antidépresseurs tricycliques sérotoninergiques ou IRS sont employés surtout en cas de trouble panique associé à une agoraphobie.
- Les bêtabloquants sont une bonne indication pour les phobies sociales, mais il faut :
 - respecter les contre-indications : asthme, insuffisance cardiaque, bloc auriculo-ventriculaire, syndrome de Raynaud
 - éviter absolument l'usage au long cours.

En pratique, néanmoins, la chimiothérapie est toujours délicate chez les sujets phobiques qui, en état d'alerte permanente, se veulent toujours hypervigilants, et supportent mal toute thérapeutique sédatrice.

Ainsi, les antidépresseurs à dose modérée, quelquefois associés à de petites doses de tranquillisants benzodiazépiniques, constituent la meilleure aide médicamenteuse.

3.5.2 Attitude psychothérapeutique

Le médecin doit rassurer son malade, essayer d'établir avec lui une relation telle qu'il puisse être l'antidote naturel de la phobie.

En d'autres termes, il doit à la fois :

- Ne pas traiter le sujet de malade imaginaire.
- Démystifier la maladie
- Doser les investigations.

C O N C L U S I O N

CONCLUSION

Classiquement, la névrose phobique

- a un terrain de prédilection : le sexe féminin
- se traduit par une peur anxieuse : dont le sujet est conscient, n'existant qu'en présence de facteurs phobogènes :
 - personnes
 - situation ou
 - objet
- Entraîne un comportement d'évitement,
- se traite par
 - une psychanalyse et éventuellement de faibles doses d'antidépresseurs associé à :
 - ❖ un anxiolytique ou
 - ❖ un neuroleptique sédatif,

A Madagascar, la prise en charge psychothérapique peut s'inspirer de la psychanalyse en privilégiant :

- La parole du patient, afin de produire des associations libres d'une part,

- En évitant que le thérapeute ne se mette en position d'objet contra-phobique dans la réalité d'autre part.

Les projections du patient sur lui, notamment la projection des figures parentales doivent être favorisées par le dispositif.

Le sujet sera alors à même de questionner sa dépendance, (transfert à l'égard du thérapeute), ses réactions (y compris ses manifestations d'angoisse) et de revenir sur ses liens avec ses parents.

Le fait de susciter la parole du névrosé phobique a pour effet de le mettre en position d'acteur de son désir.

Le dispositif de parole concourt au retour du refoulé responsable de la phobie.

La représentation anxiogène, l'image de castration de la mère et celle de la castration du sujet (chez la femme), d'une telle menace (chez l'homme) se voit refoulée.

La phobie s'origine alors du déplacement de l'affect (l'angoisse) sur l'objet substitutif.

Parler amène le sujet à intégrer ses propres limites (ses défenses) et son propre destin (ne pouvoir échapper ni aux contraintes de la réalité ni aux contraintes de ses désirs infantiles).

Il s'agit par la même de favoriser une reprise à l'élaboration oedipienne qui permette au sujet de renoncer à être le phallus de sa mère.

La névrose phobique est un arrêt pathologique dans ce passage vers une position de sujet (qui n'est pas le phallus) mais qui peut l'avoir aux travers d'objets substitutifs.

BIBLIOGRAPHIE

1-OULES J. Les névroses du troisième âge. Confront. Psychiat., 5, P 83-111, 1970

2-Ey H., BERNARD P et BRISSET ch. Manuel de psychiatrie. Masson, Paris 1978

3-FREUD. S : Analyse d'une phobie chez un petit garçon de cinq ans : le petit Hans (1909), in cinq psychanalyses, P 94-198. PUF, Paris 1954.

4-HAJATIANA A.-Les malades psychiatriques à propos de 218 cas. Thèse Médecine, Antananarivo, 2 002, 6621.

5-ANDRIANAIVOMAMONJISOA H.H. Démence révélatrice d'un toxoplasmosis à propos d'un cas. Thèse Médecine Antananarivo 2 002.

6-FREUD. S. Obsessions et phobies. Rev.neurol., 3, P 33-38, 1895.

7-MALLET J. Contribution à l'étude des phobies. Rev.franç. Psychanal., 20, P 237-282, 1956.

8-EY H. hypocondrie. In Etudes psychiatriques, vol. 2, P 453-482. Desclée de Brouwer, Paris, 1950

9-COTTRAUX J. Le comportement hypocondriaque et sa signification. Psychol.Med.,11, P 987-992, 1979.

10-PERRIER F. Psychanalyse de l' hypocondriaque. Evolut.psychiat.,3, P 413-433, 1959.

11-RAMAVOARISOA F.O. La consommation cannabique vue à l'Hôpital Psychiatrique d'Anjanamasina et au Service Central des Stupéfiants Anosy de 1 994 à 1 996. Thèse Médecine Antananarivo 2 000, 5373.

12-BEGOIN J. La notion d'asthénie psychique. Entretiens psychiat., 5, P 73-111, 1960.

13-EY H Etudes psychiatriques. Structure des psychoses aiguës et déstructurations de la conscience. Etude 27, P 653-760. Desclée de Brouwer, Paris, 1954.

14-L'ENCEPHALE Le Concept d'inhibition en psychiatrie. Encéphale (numéro spécial), 4, P 397-615, 1978.

15-FREUD. S. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa, le président Schreber, 1911. In Cinq psychanalyses P 263-324. PUF, Paris 1954.

16-HARTMAN H., Kris E. et LOEWENSTEIN R. La psychologie psychoanalytique. Rev. Franç.Psychanal., 30, P 775-793, 1966.

17-ALBAY J.M. et FERRERI P. La relation médecin-malade chez l'adulte. In Flammarion, L'étudiant à l'hôpital, P 31-44, M. Huguier et M. Herman, Paris, 1976.

18-KOUPERNIK C, CUCHE H. Psychiatrie In : Traité de Médecine. Flammarion Paris 1 987 : 3157-3204.

19-RANDRIA M.J.D. Les troubles psychosomatiques dans un service hospitalier de Médecine Interne . Thèse Médecine Antananarivo 1 996, 4126.

20-DENIKER P. Le traitement biologique des dérèglements de l'humeur. Confront. Psychiat., 14,P 229-263, 1976.

21-ANDRY A.T. Aspects Cliniques du cannabisme. Thèse Médecine Antananarivo 1 999, 5235.

22-JANET P. Les Obsessions et la psychasthénie, 2 vol, P 764 et 743. p.Alcan, Paris, 1908.

23-PELICIER Y. La chimiothérapie des névroses. Psychopharmacologie, P 371-375. Litec Médecine, Paris 1971.

24-RATSIMBALISON A.F.O. L'Anorexie mentale à propos d'un cas. Thèse Médecine Antananarivo 2 003

25-SAHONDRANIAINA Z.L. Les violences à Madagascar de 1 999 à 2 000. Thèse Médecine Antananarivo, 2 001, 5960.

26-FOUCAULT Michel. Maladie mentale et psychologie. PUF-coll Quadrige. 2 002.

27-EHRENBERG, ALAIN et LOVELL, ANNE. La maladie mentale en mutation, psychiatrie et société. Odile Jacob. 2 001.

28-ARVEILLER J.P. Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la croix, Marne. Eres, Toulouse 2 002.

29-FOUCAULT Michel. Naissance de la clinique. PUF-coll Quadrige. 2 000.

30-RENNEVILLE Marc. Crime et Folie.Fayard 2 002.

31-ZARIFIAN Edouard. Les jardiniers de la folie. Odile Jacob. Poches, 2 000.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qu'il s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrais pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception, même sous la menace, je n'admettrai de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE
Le Président de thèse

Signé : Professeur ANDRIAMBAO Damasy Seth

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Signé : Professeur **RAJAONARIVELO Paul**

Name and First name: RABODOARISEHENO Yvonne

Title of the thesis: “PHOBIC NEVROSIS RELATED TO FIVE CASES”

Heading: Medecine

Number of pages: 51 **Number of tables :** 01

Number of figures : 01 **Number of references bibliographies :** 31

SUMMARY

Phobic nevrosis has been submitted to a retrospective study

Five cases have been colligated from patients who have been recorded from 1998 to 2003 within the Neuro – Psychiatric department at the Hospital Center of Soavinandriana.

This work had led to

- the discovery of a classical data, this disease affecting chiefly feminine gender
- this affection in reality includes peculiar and symptomatic triad like
 - ✱ phobia –gen factor
 - ✱ anxiety
 - ✱ distressing behaviour
- as well as to infer that now, psychoanalytic remedy restricted to the doctor’s psychotherapeutic attitude

Key- words : Phobia –gen factor. Anxiety. Distressing behaviour . Reinsurance attitudes. Psychoanalysis

Director of thesis : Professor RABETALIANA Désiré
Assisted by: Doctor SAMBANY
Adress : lot 1981, 2 bis 67 Ha Nord –Est Antananarivo 101

Nom et Prénom : RABODOARISEHENO Yvonne

Titre de la thèse : « LA NEVROSE PHOBIQUE A PROPOS DE 5 CAS A
MADAGASCAR».

RUBRIQUE : Médecine.

Nombre de pages : 51 **Nombre de tableaux :** 01

Nombre de figures : 01 **Nombre de références bibliographiques :** 31

RESUME

La névrose phobique a fait l'objet d'une étude rétrospective.

Les 5 cas ont été colligés à partir des patients vus de 1998 à 2003 dans le service de Neuro-psychiatrie au Centre Hospitalier de Soavinandriana.

Cette étude a permis :

- de retrouver une donnée classique ; cette maladie frappe essentiellement le sexe féminin,
- de souligner qu'en pratique, cette affection comporte une triade symptomatique caractéristique

* facteur(s) phobogène(s)

* crainte anxieuse

* conduite(s) contraphobique(s)

-et de dégager qu'à Madagascar, à l'heure actuelle, la cure psychanalytique se réduit à une attitude psychothérapeutique du médecin

Mots clés : Facteur phobogène. Crainte anxieuse. Conduites d'évitement. Conduites de réassurance. Psychanalyse.

Directeur de thèse : Professeur RABETALIANA Désiré

Rapporteur de thèse : Docteur SAMBANY

Adresse de l'auteur : Logt 1981, 2 bis 67 Ha Nord Est. Antananarivo (101)