

de trouble et de gêne pénible, c'est comme si une main invisible mettait un miroir devant mes yeux et si quelqu'un disait : Regarde-toi, comme tu es beau, comme tu es ridicule et stupide ! Dans ces moments-là, je me vois, je vois ma figure grimaçante, mes mouvements gauches, comme je me vois dans la situation de GUILLAUME, de CARNOT, essayant de sourire et échouant. Bref, je crois qu'il y a toujours ou presque toujours, dans l'obsession, ce troisième élément, distinct des deux autres, que j'ai nommé hallucination représentative. L'image en elle-même n'a naturellement rien d'anormal, mais toujours renouvelée, elle devient une vision, une hallucination interne. Elle peut être absolument claire, ou plus ou moins voilée jusqu'au degré où elle se perd dans l'inconscience ; alors il n'y a plus de représentation, il n'y a qu'excitation des centres inférieurs, mais cette excitation remplace l'image. »

Ces hallucinations ou pseudo-hallucinations s'observent surtout dans les obsessions phobiques et peuvent, chez certains sujets, contribuer pour beaucoup à l'existence d'un état de dépersonnalisation et de possession (RAYMOND et JANET).

3° Troubles de la conscience, de la personnalité, de la volonté dans l'obsession. — Une des caractéristiques de l'obsession, c'est de s'imposer de vive force à l'individu, par une sorte d'« effraction de la volonté » (SÉGLAS). A ce point de vue, il n'est pas douteux que l'obsession soit un trouble non seulement de l'émotivité, mais aussi de la *volonté* et ARNAUD a raison d'insister à cet égard.

Ce caractère de l'obsession a forcément pour conséquence, ainsi que P. JANET et SÉGLAS l'ont démontré, de créer à côté de la synthèse mentale principale, une ou plusieurs synthèses secondaires, automatiques, en un mot de dissocier, de fragmenter la *personnalité* de l'individu qui, très souvent, a la sensation, la conscience de ce dédoublement de lui-même et la traduit par des expressions aussi curieuses que variées. Nous reviendrons sur ces symptômes de l'obsession en parlant, plus loin, des troubles de la conscience et de la personnalité dans les psychoses.

Il résulte naturellement de cet état, non seulement un trouble

intellectuel qui peut aller, dans les crises aiguës, jusqu'à la confusion même de l'idéation et de la conscience, mais aussi une révolte de la volonté contre l'idée parasite et un effort plus ou moins grand de sa part pour la repousser. Il y a donc dans toute obsession un conflit de deux forces opposées, une *lutte*. Malheureusement, le plus clair résultat de cette lutte, c'est de concentrer davantage l'attention sur l'idée à chasser, par suite de la rendre plus vive et plus nette dans la conscience (SÉGLAS), d'où accroissement de l'anxiété ou plutôt d'où addition à l'anxiété primitive, origine même de l'obsession, d'une anxiété secondaire ou concomitante, résultant d'un conflit douloureux de la volonté contre cette idée.

4° Moyens de défense des obsédés. — L'idée obsédante tend naturellement à se traduire en mouvement, en acte et c'est là l'*obsession impulsive* que nous étudierons plus loin, à l'article : *impulsions*. Quant à la volonté, elle résiste du mieux qu'elle peut, tantôt directement, tantôt par une série de procédés détournés que nous avons spécialement étudiés, avec notre élève BELLET, sous le nom de « *moyens de défense des obsédés* », en les divisant en plusieurs catégories suivant qu'ils ont pour but : 1° de prévenir les accès obsédants ; 2° de dominer ces accès quand ils éclatent ; 3° d'en atténuer les effets émotifs ou de les dissimuler. Bornons-nous à signaler, sans entrer dans le détail, quelques-uns des moyens les plus fréquents et les plus typiques de la dernière catégorie. Les obsédés du doute paient deux fois un objet quand ils ne peuvent s'assurer s'ils l'ont ou non soldé. Beaucoup d'obsédés de la contamination portent constamment des gants et en changent tous les jours ; ils se préoccupent sans cesse de leurs vêtements et de leur linge de corps, veillant avec le plus grand soin, la nuit, à ce qu'ils reposent pliés avec art sur un dossier de chaise méticuleusement propre ; ils font enfin des lavages de mains perpétuels. Le lavage des mains joue, comme on sait, un rôle important chez les obsédés, surtout chez ceux atteints de la crainte anxieuse, non seulement de la souillure matérielle, mais encore de la souillure morale où il intervient dès lors comme un acte de purification symbolique,

à la façon des ablutions des rites religieux. Citons enfin la répétition plus ou moins fréquente des actes chez les obsédés qui, souvent, les recommencent jusqu'à ce qu'ils soient certains que leur exécution est parfaite à leur gré ou qu'elle est contemporaine d'une idée favorable, salutaire, et non d'une idée mauvaise, fâcheuse.

5° Division des obsessions. — On a depuis longtemps distingué et décrit à part quelques-unes des obsessions idéatives, par exemple : la *folie du doute avec délire du toucher* (J. FALRET, MOREL, LEGRAND DU SAULLE); la *maladie du scrupule* (P. JANET); l'*onomatomanie* (CHARCOT et MAGNAN), etc., etc. Ces descriptions isolées qui ont le mérite de faire ressortir dans tous leurs détails les particularités cliniques d'une obsession ont, par conséquent, leur raison d'être et leur intérêt, et c'est ce que nous avons fait nous-mêmes, PITRES et moi, en décrivant l'*éreuthophobie* ou obsession de la rougeur; mais à la double condition qu'on n'en fasse pas des maladies distinctes, et qu'on ne leur applique pas une dénomination susceptible d'induire en erreur à ce point de vue, comme : *folie du doute avec délire du toucher* (il ne s'agit là ni de folie ni de délire), ou *maladie du scrupule* (il ne s'agit pas là d'une maladie spéciale).

En réalité, toutes les obsessions idéatives, quelles qu'elles soient, représentent de simples variétés d'un seul et même syndrome dans lequel l'idée, variable et changeante d'ailleurs, n'est que la traduction intellectuelle, le revêtement extérieur de l'anxiété psychique. Et même, lorsqu'on examine les choses de près, on s'aperçoit que la plupart des idées qu'on observe dans les obsessions ne sont, avec toutes les variantes que comporte la pensée humaine, que des idées d'hésitation, d'irrésolution, de perplexité, pour tout dire en un mot, de *doute*: si bien qu'on peut dire, sans crainte de se tromper, que le *doute anxieux* est à la base de la plupart, sinon de toutes les obsessions.

Il n'y a donc pas lieu de passer successivement en revue chaque obsession idéative, les caractères généraux que nous venons d'indiquer s'appliquant exactement à chacune d'elles. Peut-être pourrait-on, comme nous l'avons fait pour les phobies,

et simplement en vue de la commodité de l'étude, établir parmi elles une sorte de classement ou de division par analogie d'idées morbides et admettre, par exemple : 1° les *obsessions du doute proprement dit*; 2° les *obsessions du scrupule*; 3° les *obsessions du mot, du chiffre, du langage*; 4° les *obsessions des sentiments et affections*; 5° les *obsessions nosophobiques, etc., etc.* Mais, ainsi que nous l'avons dit pour les phobies, ce n'est là qu'une nomenclature artificielle, une obsession pouvant rentrer à la fois dans plusieurs de ces catégories.

6° Étiologie, évolution, terminaison des obsessions. — Les obsessions, phobiques ou idéatives, constituent un syndrome très commun et que, par suite, le praticien doit bien connaître. Elles sont plus fréquentes chez la *femme* que chez l'*homme* dans la proportion d'un tiers. Elles débutent, dans plus de la moitié des cas, dans l'*enfance* ou dans l'*adolescence*, avant la fin de la quinzième année, et dans plus des trois quarts des cas, avant la fin de la trentième.

L'*hérédité*, souvent *similaire*, joue dans leur production un rôle de tout premier ordre. Les *causes occasionnelles* principales sont d'abord les *chocs émotionnels*, puis les *états maladifs* à action déprimante (infections aiguës et chroniques, intoxications externes ou internes, opérations chirurgicales, maladies vénériennes, puberté, grossesse, accouchement, ménopause, etc.) Souvent la forme des obsessions est en rapport avec leur étiologie. FREUD a émis cette idée que les phobies et les obsessions, symptômes essentiels de ce qu'il appelle la « *névrose d'anxiété ou d'angoisse* », étaient *d'origine sexuelle* et que « leur étiologie spécifique résidait dans l'accumulation de la tension génésique provoquée par l'abstinence ou l'irritation génésique fruste », c'est-à-dire par la continence forcée ou les pratiques incomplètes ou irrégulières de l'acte vénérien. Cette théorie, adoptée par quelques auteurs, combattue par la plupart, est en réalité beaucoup trop exclusive et beaucoup trop absolue.

L'obsession affecte d'habitude le *type paroxystique* et il est rare qu'elle soit *continue*. En tout cas, dans l'intervalle des crises et même durant les crises, lorsqu'elles ne sont pas trop

intenses, les sujets peuvent continuer de se livrer aux travaux de leur profession. D'habitude, ils cachent leur état et se concentrent en eux-mêmes, évitant d'en parler, même à leurs proches. Ce n'est que lorsqu'ils sont à bout de lutter ou trop tourmentés, qu'ils vont s'ouvrir au médecin, puisant dans cette confession, comme les neurasthéniques, un soulagement momentané.

L'obsession est *aiguë*, ce qui a lieu de préférence dans la forme accidentelle, lorsqu'elle succède par exemple à un épuisement passager de l'organisme sous l'influence d'une infection ou d'une intoxication, ou *chronique*, ce qui est plus fréquent, surtout dans la forme constitutionnelle. Elle est de plus *intermittente* (phobies), *rémittente* (phobies obsédantes) ou *continue* (obsessions idéatives).

Sa *terminaison* est variable. Elle peut guérir soit définitivement, soit pour un temps plus ou moins long, se reproduisant alors sous la même forme ou sous une forme différente; elle peut persister indéfiniment, déterminant chez le malade un dédoublement de plus en plus complet qui, à côté de sa personnalité propre, crée une personnalité seconde, hétérogène, tournant toujours dans le même cercle d'idées et accomplissant pour ainsi dire automatiquement les mêmes actes, avec un accompagnement émotionnel réduit au minimum; elle peut enfin verser dans la *folie*, particulièrement dans la *mélancolie anxieuse* et dans le *délire systématisé*, suivant qu'elle était surtout anxieuse ou idéative.

7° Diagnostic des obsessions. — L'obsession doit être distinguée de certains états physiologiques outrés, presque morbides et d'apparence similaire, tels que les *idées fixes* et les *passions*. Ainsi que nous l'avons déjà dit, l'idée fixe des travailleurs et des compositeurs est voulue, au moins à son origine, et ne rompt en rien par son intervention l'unité psychique de l'individu, tandis que l'idée fixe des obsédés est involontaire, automatique et discordante avec le cours régulier des pensées. Il en est de même de la passion qui, tout en ayant souvent de nombreux traits de ressemblance avec l'obsession, s'en sépare à la fois par ce que son intensité, sa durée, ses conséquences

émotives sont légitimées par des causes déterminantes suffisantes et surtout par ce qu'elle s'incorpore à l'individu sans dissocier sa personnalité, sans la dédoubler. A ce point de vue, elle ressemble davantage à l'idée fixe pathologique et c'est avec raison que Ribot l'a appelée, dans une formule heureuse, « l'équivalent affectif de l'idée fixe. »

L'obsession doit être également distinguée du délire de certaines psychoses : la *mélancolie anxieuse*, la *mélancolie simple*, le *délire systématisé raisonnant*.

Entre la *névrose anxieuse* et la *psychose anxieuse* la confusion est d'autant plus facile que ces deux états se ressemblent avec de simples différences d'intensité et même qu'ils peuvent s'associer en proportions diverses, pour former des sortes d'états mixtes, c'est-à-dire des *neuro-psychozes*. Toutefois, en outre des symptômes physiques de la neurasthénie ou de l'hystérie, si fréquents dans les obsessions, on trouve dans celles-ci une intelligence absolument intacte, sans la moindre trace d'idée délirante. Tout se borne à des idées parasites sagement appréciées avec, le plus souvent, des tentations émotives diverses contre lesquelles lutte la volonté. Dans la *mélancolie*, au contraire, même avec conscience, l'intelligence est plus ou moins troublée.

De même l'obsession, surtout dans sa forme scrupuleuse, peut être confondue avec la *mélancolie simple* accompagnée de *délire de culpabilité*. En dehors des caractères généraux propres à l'obsession, le diagnostic s'établit par ce fait que l'idée scrupuleuse de l'obsession ne dépasse pas les limites de l'incertitude, du doute et ne va jamais jusqu'à la conviction, jusqu'au délire de culpabilité de la *mélancolie*. D'autre part, les tendances morbides de la *mélancolie*, la tendance au suicide par exemple, se retrouvent presque toujours dans l'obsession sous forme de *crainces repoussées* plutôt que sous forme d'*entraînements consentis*. La distinction est la même entre certaines obsessions idéatives et le *délire systématisé raisonnant* hypocondriaque, jaloux, de persécution. Ici encore, la distinction se tire de ce fait que, dans l'obsession idéative, en plus des symptômes d'anxiété, des paroxysmes et de l'état général, qui font défaut dans le délire.

il y a connaissance complète de la nature pathologique de l'idée et de ses caractères automatiques et discordants.

Les obsessions doivent être séparées des *idées fixes hystériques*, caractérisées par l'absence de crises anxieuses et leur subconscience (JANET); des *idées fixes neurasthéniques*, en particulier des *idées fixes hypocondriaques*, très voisines des obsessions, mais ne présentant pas comme celles-ci ce caractère fondamental d'être des idées parasites et en discordance avec le moi; enfin des *idées fixes épileptiques*, dans lesquelles l'idéation, la conscience sont plus obscures, l'émotivité et la lutte moins marquées et dont la soudaineté et l'impulsivité sont tout à fait typiques.

Les obsessions sont enfin à différencier les unes des autres.

Les *obsessions constitutionnelles* diffèrent surtout des *obsessions accidentelles* par leur origine héréditaire, souvent dégénérative, leur précocité, leur forme plutôt intellectualisée, leur chronicité, leur curabilité moindre, leur inaccessibilité à la suggestion hypnotique.

Le point le plus important, en pratique, est de distinguer les *obsessions hystériques* et les *obsessions neurasthéniques*.

Les *obsessions hystériques* débutent plus ou moins brusquement à la suite d'un choc moral, d'une émotion vive. Elles revêtent très souvent la forme de phobie diffuse ou systématisée, avec reviviscence parfois hallucinatoire de l'émotion première. Elles ont des rapports fréquents avec les rêves dont elles peuvent émaner ou par l'intermédiaire desquels elles se renforcent. Elles coexistent avec des stigmates ou des accidents hystériques et ont un caractère plus ou moins subconscient. Elles sont curables par suggestion.

Les *obsessions neurasthéniques* surviennent plus lentement, très fréquemment à l'occasion d'un état d'épuisement, d'infection, de surmenage ou d'un accès aigu de neurasthénie. Elles peuvent revêtir toutes les formes mais sont basées en général sur un fond d'inquiétude causée et entretenue par des sensations subjectives réelles. Elles s'accompagnent de stigmates neurasthéniques: céphalée, rachialgie, troubles digestifs, etc. Elles sont curables, mais à un moindre degré que les hystériques

et habituellement réfractaires à la suggestion hypnotique.

8° Nature de l'obsession. — L'obsession ne doit pas être considérée comme une maladie, une entité morbide. C'est simplement un *symptôme*, ou plutôt un *syndrome*, au même titre que l'hallucination, le délire ou l'impulsion. La meilleure preuve qu'on en puisse donner, c'est que l'obsession n'est jamais isolée, indépendante; elle est toujours liée à un substratum sur lequel elle est pour ainsi dire implantée et au caractère duquel elle participe. Les plus fréquents de ces états pathologiques qui servent de fondement à l'obsession sont: la *dégénérescence*, l'*épilepsie* (CULLERRE), l'*hystérie*, la *neurasthénie*, l'*alcoolisme*, etc. De toutes les obsessions, les plus communes sont celles des *neurasthéniques*, d'abord, puis celles des *hystériques*.

L'obsession est à la fois un trouble mental et un trouble nerveux, c'est-à-dire un état mixte, *neuro-psychopathique*, intermédiaire pour ainsi dire entre la névrose et la psychose et représentant une sorte de transition entre les deux. Dans sa forme élémentaire, la phobie diffuse, l'obsession anxieuse est une pure névrose; dans la phobie systématisée, mais surtout dans l'obsession idéative ou impulsive, c'est déjà un état mixte, *neuro-psychopathique*.

Quant à la *pathogénie* de l'obsession, elle reste encore à préciser. Peut-être MOREL avait-il raison d'en faire une névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral, car, ainsi qu'il l'a montré le premier, les symptômes vaso-moteurs sont très marqués dans l'obsession, quelquefois même absolument prépondérants. L'obsession de la rougeur en est l'exemple le plus frappant. Mais si ces phénomènes semblent indiquer un trouble dans les fonctions du grand sympathique, rien ne nous autorise à penser que cet appareil, qui joue peut-être un rôle plus marqué qu'on ne pense dans les névroses et les psychoses, est altéré primitivement.

En résumé, l'obsession peut-être considérée comme un état morbide intermédiaire entre la névropathie et la psychopathie ou plutôt comme un des éléments constitutifs d'un syndrome émotif-spécial, le *syndrome d'anxiété* ou *d'angoisse*, susceptible

de se présenter, à des degrés et sous des formes variables, dans diverses névroses et psychoses. Pour nous, la meilleure façon de concevoir l'obsession est là, et non dans l'opinion de FREUD qui considère « la névrose d'angoisse » comme une entité morbide, ou dans celle de SERGE SOUKHANOF pour qui l'obsession est le produit d'une constitution spéciale qu'il appelle la « constitution idéo-obsessive ».

ARTICLE IV

TROUBLES DE LA CONSCIENCE
ET DE LA PERSONNALITÉ

Les troubles de la *conscience* et de la *personnalité* jouent dans les psychoses comme dans les névroses un rôle des plus importants. Aussi les signalerons-nous ici, après avoir essayé d'indiquer brièvement en quoi ils consistent.

La psychologie n'étant pas encore parvenue à définir avec précision la conscience et la personnalité, il est difficile, par cela même, de définir exactement les altérations morbides qu'elles peuvent subir.

1° Conscience et personnalité. — La meilleure idée qu'on puisse se faire de la *conscience*, c'est de la considérer, avec TH. RIBOT et son école, comme un phénomène d'origine organique, dans la constitution duquel entrent comme éléments principaux : la *perception exacte*, l'*appropriation personnelle* et le *classement mnémonique* de nos sensations.

Une sensation pourvue de ces attributs est une *sensation consciente* ; une sensation qui n'est pas normalement perçue, rapportée au *moi* ou introduite à son rang dans la chaîne des souvenirs n'est pas une sensation consciente.

Une *sensation consciente* représente l'expression la plus simple d'un état de conscience, un état de conscience rudimentaire. Cet état rudimentaire se lie à d'autres états similaires pour former des agrégats ou des *synthèses de conscience*. Enfin la *conscience*

totale est la synthèse de ces synthèses, c'est-à-dire « l'ensemble de tous les états de conscience existants à la fois chez l'individu ».

Cette conscience totale varie donc nécessairement suivant les sujets et, chez le même sujet, suivant l'âge et le moment.

La *personnalité* ne doit pas être confondue, comme cela a lieu souvent, avec la conscience.

La personnalité, en effet, est plus que l'ensemble des états de conscience ; elle comprend aussi les états d'inconscience et de sous-conscience. Si bien qu'en fin de compte on en arrive à conclure que la personnalité est l'individu lui-même, dans sa totalité, dans sa continuité, dans son unité psycho-organique, tandis que la conscience est simplement la partie éclairée, à chaque instant changeante, de cette individualité.

« Si je pouvais, dit excellemment J. MAXWELL, faire une comparaison grossière entre les phénomènes de la vie psychique et les faits de notre expérience commune, je comparerais l'inconscient à une immense salle contenant une infinité d'objets. Cette salle est obscure ; pour apercevoir ce qu'elle contient, nous n'avons qu'une lanterne sourde, munie d'une lentille qui en projette les rayons en un faisceau conique, d'autant moins éclairant qu'il s'étend sur une plus grande surface ; pour reconnaître un objet, nous devons en approcher la lampe afin d'y diriger une lumière plus concentrée et plus vive. Mais nous ne pouvons pas voir les objets qui sont en dehors du cercle lumineux de la lampe. Les objets qu'elle éclaire sont nos souvenirs. Plus notre lampe sera puissante, plus le champ qu'elle éclaire sera vaste, plus nous pourrons voir à la fois d'objets dans notre salle ; de même, plus notre conscience active sera développée, plus elle embrassera de souvenirs dans l'immense réserve de l'inconscient.

« Mais, comme les lampes, les consciences n'ont pas la même puissance, les lampes elles-mêmes peuvent être munies de foyers très divers et nous concevons fort bien qu'une lentille de quelques millimètres de distance focale ne nous donne qu'un champ fort étroit. Dans la vie psychique, si la conscience active est comme la lampe, l'attention est comme la lentille. Si l'attention n'a