

**ZIOUI Abla**

Maitre de conférences, Département de Psychologie,  
Université d'Alger2  
Psychologue clinicienne, Centre d'Aide Psychologique  
Universitaire, Université d'Alger 2  
Membre chercheur, Laboratoire de Psychologie Clinique et  
Métrique, Université d'Alger 2

**الملخص:** يبدو، إستنادا إلى أدبيات التحليل النفسي أنّ س. فرويد لم يتطرق إلى توهم المرض إلا بطريقة غير مباشرة، حيث أدخله ضمن العصاب الآبي. إذ تؤدي المخاوف المرتبطة بالجسد إلى تدهور علاقة الفرد مع الواقع، مما يجعل العلاج النفسي صعبا في بعض الحالات. فعندما يكون توهم المرض مؤقتا و يرتبط بالتنظيم العصائبي، يسمح باستعمال نموذج التكوين التوافقي كعامل ضروري لتطوره، غير أنه عندما يأخذ شكل خطير، يدخل في إطار الطب العقلي و يصعب بذلك العلاج النفسي. انطلاقا من هذا التنظير، تقترح كاتبة المقال دراسة إشكالية التوظيف النفسي للفرد الذي يعاني من توهم المرض من خلال عرض حالتين بهدف مناقشة مسألة الصعوبات التي يلتقيها المعالج النفسي. **الكلمات المفتاحية:** توهم المرض، العصاب الآبي، العصاب التحويلي، العلاج النفسي.

**RESUME:** Il semblerait, selon la littérature psychanalytique, que Sigmund Freud n'aborda l'hypocondrie qu'à travers des aperçus fragmentaires l'inscrivant dans le registre de la névrose actuelle. Les craintes, liées au corps qui se multiplient, mettent souvent en péril la relation du sujet souffrant avec la réalité, ce qui rend sa prise en charge difficile.

Lorsque l'hypocondrie est temporaire et s'associe à une organisation œdipienne, elle permet d'utiliser le modèle d'une formation de compromis, élément favorable pour son évolution. Cependant, quand l'hypocondrie prend une forme grave, elle se rencontre dans les services de psychiatrie et sa prise en charge ne devient alors nullement évidente.

A partir de ce paradigme théorique, l'auteure se propose d'aborder la question du fonctionnement psychique du sujet hypocondriaque à travers deux présentations de cas cliniques hypocondriaques dans le but de discuter la question des difficultés que le psychothérapeute rencontre dans la prise en charge du sujet hypocondriaque.

**Mots clés:** Hypocondrie, névrose actuelle, névrose de transfert, psychothérapie.

**TEXTE**

*Eternel retour du son  
En chaîne*

*Glissant les rêveries*  
*Lieu des souples caresses*  
*Mais l'œil est privé*  
*Du regard*  
*Il se consume en saccades*  
 (B. Hadj Ali, 1985, p 297)

## **INTRODUCTION**

Ayant longtemps suscité l'intérêt des écrivains et philosophes, les plaintes somatiques sous forme de préoccupation envahissante ou de crainte d'une atteinte ou d'une maladie grave n'ont cessé de faire l'objet de nombreuses études scientifiques entrant dans ce qu'on appelle depuis Hippocrate : l'hypocondrie.

(F. Lamotte, J.- L. Goeb, 2006)

Cependant, grâce à Molière, l'univers hypocondriaque a été savamment illustré à travers des comédies qui représentaient le théâtre français du Moyen Age, et la peur incessante de la mort qu'éprouvaient ces personnages.

En effet, alors qu'il jouait le rôle d'Argan dans « Le malade imaginaire », en 1673 Jean- Baptiste Poquelin, connu sous le nom de Molière, devenait mourant, s'évanouissant une fois les rideaux fermés et décéda quelques heures après que les médecins l'emmenèrent chez lui.

Auparavant, et depuis 1646, il écrivit quelques petites comédies « Le docteur amoureux », « Le médecin volant » et bien d'autres de genres variés tel que « Le médecin malgré lui ».

Au XXe siècle, Henri Ey définissait l'hypocondrie comme une estimation péjorative de l'état de l'intégrité ou de la santé du corps, soutenant ainsi le modèle organo- dynamisme qui entend protéger la psychiatrie comme branche de la médecine d'une psychanalyse considérée comme négligeant l'ancrage dans l'organisme des troubles psychiques.

En 1987, Guelfi l'avait rangé dans les pathologies émotionnelles à traduction somatique. (D. Wintrebert, 2009)

Actuellement, les classifications descriptives internationales (CIM, DSM) en font un des «troubles somatoformes», et la définissent comme une préoccupation ou une crainte d'être atteint d'une maladie grave fondée sur une fausse interprétation

du sujet de ces symptômes physiques ; cette préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié rassurant, ce qui engendre une immense souffrance clinique qui altère la vie sociale et/ ou professionnelle, ainsi que d'autres domaines. (APA, 2013)

### **Le point de vue psychanalytique**

Après avoir considéré l'histoire de l'hypocondrie, nous lui proposons à présent une lecture psychopathologique à la lumière de la conception freudienne ce qui nous permettra par la suite d'appréhender les caractéristiques du fonctionnement psychique du sujet hypocondriaque.

Dans l'introduction d'une « Névrose démoniaque au XVIIe siècle », Sigmund Freud écrivait: « Ne nous étonnons pas si les névroses de ces temps éloignés se présentent sous un vêtement démonologique, tandis que celles de notre temps présent, qui est si peu psychologique, assument, déguisées en maladies organiques, une allure hypocondriaque ». (S. Freud, 1923, p 5)

La théorie démonologique de ces temps avait raison sur toutes les interprétations purement somatiques, mais les possessions peuvent être expliquées en faisant appel aux forces psychiques, les démons sont donc des désirs réprouvés, découlant d'impulsions repoussées.

Le thème de l'hypocondrie n'a été vraiment abordé par Sigmund Freud qu'en 1914, dans « Pour introduire le narcissisme », soulignant que dans les névroses actuelles, nous ne retrouvons pas l'actualisation d'une problématique historiquement déterminée, mais seulement l'actualité d'une expérience somatique qu'on ne peut connoter à des contenus significatifs et à des surdéterminations inconscientes.

L'hypocondrie est donc une névrose actuelle, parce qu'elle est liée à une impossibilité actuelle de parvenir à la satisfaction libidinale par suite d'une frustration. Il en résulte une stase de la libido, avec son cortège d'inquiétudes somatiques, puis éventuellement un retrait narcissique qui court-circuite la possibilité d'élaborer une névrose de transfert, hystérique ou obsessionnelle. (S. Freud, 1914)

A partir de ce paradigme théorique, nous tenterons dans ce qui suit, d'aborder la question du fonctionnement psychique du sujet hypocondriaque ainsi que les difficultés que le psychothérapeute rencontre dans le travail de prise en charge à travers deux illustrations cliniques d'hypocondriaques et leur prise en charge.

## ILLUSTRATIONS CLINIQUES

### PREMIERE ILLUSTRATION CLINIQUE

Le patient que nous présenterons désormais a été convaincu dès les débuts de sa prise en charge des bienfaits de la décharge sexuelle, et de l'importance de l'investissement objectal pour rompre le lien illusoire avec son narcissisme, à travers l'expression de son envie et besoin de se marier afin de mettre fin à l'activité masturbatoire qui s'est mise en place depuis le décès de son père.

Persuadé des bienfaits du mariage, il était juste question pour lui qu'il se décide de faire ce pas, si difficile pour lui, car il disait être enfermé dans des préoccupations hypocondriaques dont il ne trouvait pas l'issue.

La consultation elle-même devait nous mettre face à des difficultés techniques qui surgissaient lorsque nous tentions de trouver le niveau d'articulation entre l'actuel et les expériences infantiles. Pour nous, il était question d'aider Monsieur H à retrouver, en-deçà de ses préoccupations hypocondriaques, un sens à travers les conflits qui l'ont mené dans cette impasse.

#### La prise en charge

Monsieur H, âgé de 40 ans, vient nous consulter au Centre de Santé Mentale de Sidi M'hamed, après un échec thérapeutique psychologique et psychiatrique pour ce qu'il nomme un surmenage qui lui provoquait des douleurs au niveau du côlon, du système gastrique et des crises épileptiques diagnostiquées par le médecin neurologue ; toute cette symptomatologie était accompagnée d'une grande peur de mourir.

Pourtant, à maintes reprises, il avait fait des examens médicaux, qui ont révélé à chaque fois l'inexistence d'une affection. Épuisé et dépressif, il a fini par consulter un psychiatre qu'il déteste maintenant, le décrivant comme étant la cause de tous ses ennuis,

notamment avec son père, car il l'encourageait à s'opposer à ce dernier, et à continuer la masturbation.

Monsieur H expliquait que suite au décès de son père, des suites d'un cancer du côlon, il éprouvait une grande culpabilité, qui l'empêchait même de réfléchir, de travailler, de dormir ; il était hanté par des remords liés aux derniers comportements qu'il avait adoptés vis-à-vis de son père ; il s'agissait d'attitudes opposées et de révoltes incessantes.

Cette déroute vers le corporel, plus ou moins psychisée, avait une fonction, fixant le mal à un endroit précis du corps, afin de faire assumer à l'organe la fonction mélancolique d'un deuil car, comme le souligne Pierre Fédida (1995), l'hypocondriaque comme l'endeuillé déploie une dépression originaire, ou celle de prendre le corps comme lieu de projection, c'est-à-dire de la diriger vers un objet intérieur ; ce qui a probablement permis à notre patient de se protéger d'une mélancolie, voire même d'une psychose paranoïaque. (D. Wintrebert, 2009)

En effet, au cours des séances de prise en charge, Monsieur H tentait de faire le lien entre cette peur de l'atteinte du système gastrique et des douleurs ressenties au côlon, et il arrivait à comprendre qu'il s'agissait peut être d'une identification à l'image d'un père malade, mourant ; mais sa peur de mourir n'était apparemment pas vécue comme une souffrance, puisqu'elle lui permettait en quelque sorte de faire taire sa culpabilité, et ses tendances masochistes qu'il arrivait à associer à des souvenirs d'enfance.

Son corps était porteur d'une souffrance, trainée depuis son enfance, Monsieur H nous raconte comment son père qu'il a toujours considéré comme un grand homme 'كان هو كلكش', l'humiliait devant les autres 'ييهذلك قدام الناس', il le décourageait, ce qui a nourri chez lui des sentiments d'infériorité 'نحقر روحي، نقرا النقص', de dépendance et d'incapacité. 'موسوس بزاف'

Ainsi, face au sadisme du père, Monsieur H occupait une position masochiste, mais après que le père devint malade et mourut, la situation se renversait. Par identification au père, c'est bel et bien Monsieur H qui persécutait son père ; c'est pour

s'aider à dépasser cette situation si difficile, que Monsieur H recourait au mécanisme de l'identification, en s'appropriant toute l'agressivité de son père.

En ce qui concerne la genèse du masochisme de Monsieur H, tout d'abord, il semble important de rappeler ici que le masochisme provient d'un retournement du sadisme contre la personne propre, la transformation du sadisme en masochisme paraît avoir lieu sous l'influence de la conscience de culpabilité liée à une régression au stade antérieur sadique-anal, transformant le sadisme de ce stade en masochisme dans un niveau narcissique ; la conscience de culpabilité animée par le sadisme et par le choix d'objets incestueux mais aussi par la masturbation porteuse du fantasme « être battu » par le père exprimé par notre patient d'abord à travers les crises épileptiques comme tentative pour satisfaire les désirs sexuels dans un contexte de fixation de libido à un état précoce, mais qui disparaissaient par la suite, pour laisser place aux associations liées à des souvenirs infantiles qui ressurgissaient, où son père le punissait parce qu'il voulait qu'il soit parfait. (A. Polard 2004)

L'interprétation que fait Léopold Szondi (1948) de l'hypocondrie est envisagée ici sous l'aspect d'une forte angoisse de punition et de soumission conjointe aux exigences de l'Idéal du Moi. (H. Demolder, 1958)

En effet, chez notre patient, il était question de parler de ses multiples frustrations, notamment celles qui concernaient le mariage de son frère aîné avec lequel il se sentait complice 'مانيشما من خويا مزوج'.

Il nous raconte par exemple, qu'étant jeune, il faisait beaucoup de cauchemars qui le faisaient pleurer parce qu'ils avaient comme contenu le mariage de son frère.

Après une prise en charge qui a duré deux années, Monsieur H arrivait enfin à afficher sa haine vis-à-vis de sa belle-sœur, qu'il décrivait comme une femme moche, artificielle, pas du tout comme celle que son père lui aurait choisie ; elle est également bizarre, nous dit-il, lui inspirant la sorcellerie. D'ailleurs, c'est la seule explication qui lui permet de comprendre le choix de son frère.

Nous sommes en droit de penser que la régression va jusqu'à changer les circonstances dans l'inconscient, il s'agit du fantasme masochiste d'être battu par le père. Et l'on ne manque pas d'indices montrant que le refoulement n'a atteint son dessein que très imparfaitement. Notre patient a voulu échapper au choix d'objet homosexuel, se sent pourtant une femme dans ses fantasmes 'حمامة تنحليها جناحتها'; c'est ainsi que notre patient se décrivait depuis la mort de son père.

Les séances de prise en charge permettaient à Monsieur H de situer son agressivité dans un registre objectal, il nous parlait de sa peur de mourir d'un arrêt cardiaque comme sa mère, décrite comme une femme soumise, passive, vivant sa nervosité dans le silence absolu ; il fallait donc amener notre patient à comprendre l'utilité de ses préoccupations hypocondriaques.

Après deux ans de prise en charge, notre patient venait nous parler de ses projets de construction. En effet, il avait décidé avec ses frères d'élargir leur bâtisse, cela l'occupait, nous dit-il, et lui permettait de prendre conscience qu'il était capable d'avancer et de passer à autre chose. Il nous parlait également d'une fille qu'il avait dernièrement rencontrée, et qu'il envisageait de demander en mariage. Les séances ont été suspendues à cause de notre changement de lieu de travail, mais quelques mois après, Monsieur H s'est présenté à notre consultation afin de nous annoncer qu'il s'est marié et qu'il se sentait mieux.

Cette première illustration clinique nous a montré que la tentative d'associer les craintes hypocondriaques à une période antérieure pouvait être utile dans la gestion des pressions fantasmatiques.

En effet, et comme nous pouvons le constater dans sa lettre à Carl Gustav Jung écrite en 1907, Sigmund Freud a rapproché l'hypocondrie de la psychose paranoïaque. Le retour de la libido vers le moi s'accompagne toujours de sensations pénibles, ce qu'il affirme à travers l'analyse du cas Schreber (1911), soulignant que les symptômes hypocondriaques font clairement partie du tableau caractéristique de la paranoïa et indiquant

qu'aucune théorie de la paranoïa n'est valable si elle n'inclurait pas les symptômes hypocondriaques dans cette psychose.

(D. Wintrebert, 2009)

Cependant, lorsque l'hypocondrie est temporaire, elle permet d'utiliser le modèle d'une formation de compromis comme élément favorable pour son évolution ; ce que nous allons tenter de démontrer à travers notre deuxième illustration clinique.

### **DEUXIEME ILLUSTRATION CLINIQUE**

Nous présenterons dans ce qui suit une des patientes que nous avons prise en charge au sein du Centre d'Aide Psychologique durant huit mois.

Melle L, âgée de 25 ans, nous a été adressée par son médecin pour des crises d'anxiété et des plaintes hypocondriaques fréquentes qui nécessitaient à chaque fois une hospitalisation en urgence ce qui influait négativement sur son cursus universitaire.

Melle L est une jeune fille inscrite en dernière année universitaire, elle prépare un diplôme pour devenir enseignante, une profession qu'elle déteste, car, l'enseignement est stressant, dit-elle, surtout que sa tante maternelle souffre d'une maladie oculaire et d'un rhumatisme, que sa mère est asthmatique, et que toutes les deux ont occupé cette profession.

D'ailleurs, ses craintes d'être atteinte d'une maladie organique se sont multipliées depuis qu'elle a commencé son stage, pourtant une fois dans la classe elle se dit être très à l'aise avec les élèves car, elle maîtrise la technique et la méthode de présenter ses cours. Actuellement, elle réside dans une cité universitaire.

Elle nous rapporte également, qu'elle avait plus d'amis garçons, mais, depuis qu'elle a rencontré son copain, qu'elle connaît depuis presque cinq ans, elle n'a plus le droit d'avoir des contacts avec eux, car, ce dernier, les lui a interdits.

Mais elle se sent très bien avec lui, même si elle se dit indifférente et pas soucieuse du sort de cette relation, soulignant que c'est lui qui cherche plus après elle.

C'est aussi avec indifférence qu'elle parle des réactions de ses proches lorsque ses crises apparaissent, s'exprimant à ce sujet



tout en souriant : 'خويا ' : et ajoute 'باصاوبيا la famille', 'قلقت قاع الغاشي', 'تلقبي فيها', 'يقولي تبهللي

Melle L nous dit que c'est surtout la nuit avant de dormir que la crise survient. Aucune pensée ne précède sa crise qui débute par une difficulté respiratoire suivie d'une tachycardie, une sensation d'étouffement qui finit par un évanouissement, les examens médicaux éliminent l'existence d'une maladie organique.

### Les tests projectifs

L'examen psychologique a été réalisé par nous-même, après des séances consacrées pour la prise de contact, l'anamnèse et le contrat thérapeutique.

Nous avons donc informé notre patiente, que les résultats des tests psychologiques nous aideront à mieux appréhender son fonctionnement psychique puisqu'ils nous permettront de souligner ses fragilités et ses ressources.

### Le protocole du Rorschach

Le protocole se caractérise par une productivité moyenne. En effet, l'inhibition et le retrait soulignent plutôt le travail de rétention qui s'affiche à travers la condensation sous forme de mise en scène.

Le privilège accordé à l'approche globale renvoie à l'effort de maintenir le rapport à la réalité externe en raison de la pression fantasmagique.

Les réponses globales sont inscrites dans un registre simple et banal témoignant de la capacité du Moi à fournir des perceptions adaptées ; elles sont aussi liées majoritairement à des représentations chargées d'expressions pulsionnelles : planche II : 'زوج دراري صغار', 'يشطحو', 'deux éléphants', 'balançoire'. Cependant, grâce au travail du déplacement notamment sur le contenu animal, de la formation réactionnelle (planche III : 'زوج يتعاونو', le Moi arrive à se libérer de la pression fantasmagique porteuse de l'investissement de la face postérieure du corps : planche V : 'بانلي خفاش يجري شغل راه يطير هامليك جواختيه هذا راسو هذا', 'لاصق في الكعالة تع الهيدورة papillon هذا', 'الكعالةتاعو الزعكة

### Le protocole de T.A.T

Le protocole met en évidence une utilisation importante des procédés rigides. En effet, l'attachement aux détails ainsi que l'intérêt accordé au travail intrapsychique sont accompagnés de procédés qui relèvent du registre labile à travers les mises en scènes et l'érotisation des relations qui traduisent la possibilité de la symbolisation.

Mais en général, le discours frappe par le recours intensif à l'inhibition, notamment l'anonymat des personnages : planche 9GF 'هاذية وحادوحراتي، هاذي راي 2' ، هاذي كاشما كانت تدير و أي هاربة' 9GF qui s'accroît face au débordement pulsionnel en bloquant la pensée par le travail du refoulement. La culpabilité : planche 3BM ' راي تبكي كاشما ندمت على ' ، هو راو يقولها ديري حاجة ' 6GF ' كاش حاجة، شغل دارت حاجة و ندمت sinon خافية' ، engendrée par les fantasmes incestueux : planche 9GF ' باينة دارت حاجة ماشي مليح ' ، entraîne des difficultés défensives ce qui affaiblit par moments les limites du Moi.

### La prise en charge

Melle L arrivait à se souvenir, par exemple, que depuis son enfance, elle a toujours eu peur, alors que ses crises ont cessé, voilà qu'elles réapparaissent, elle associe cela au fait qu'elle a passé toutes ses vacances pratiquement à rendre visite à son copain au service des brûlés, suite à un grave accident de travail, elle s'est souvenue qu'elle-même a été brûlée à l'âge de 5 ans lorsqu'elle prenait une douche avec sa tante maternelle, cette dernière s'est trompée et lui avait rinçait ses mains et pieds, dit – elle, avec de l'eau brûlante.

Melle L qui nous disait que le lien qu'elle faisait entre ce souvenir infantile et la réapparition de ses crises la soulageait, puisqu'il lui permettait d'estomper ses dernières.

Melle L nous parlait également de la réapparition de la vie onirique sous forme de cauchemars, parmi lesquels elle nous raconte celui où elle se voyait marcher dans un couloir très étroit, qui l'a menée à une chambre où elle trouvait des serpents et des chiens, elle nous raconte que le couloir était celui de la maison

où elle vivait avec ses parents durant les cinq premières années de sa vie, ça lui rappelle pourtant de bons souvenirs, car, elle grimait sur ce mur en jouant avec son père.

En effet, le rapprochement que Melle L avait avec son père, alors que sa mère nous dit- elle était sérieuse et distante, avait nourri chez elle des désirs interdits, représentés dans le rêve par la menace de sanction et de punition apparues à travers la chambre qui contient les serpents et les chiens, instance surmoïque source d'angoisses. Cette capacité à déplacer et à psychiser les souffrances a soulagé notre patiente de ses craintes hypocondriaques. Elle prenait conscience que le travail de liaison et d'association lui permettait d'atténuer ses angoisses.

Avec Melle L, nous avons tenté, à travers les séances de prise en charge, de donner un sens à ses craintes hypocondriaques, sachant que ce n'était donc pas la présence seule d'un symptôme en tant que tel, que spécifie le registre hypocondriaque, mais sa relation avec la problématique ; aussi l'évaluation clinique nous a permis de voir que le retrait narcissique peut intervenir suite à une pression fantasmatique difficilement gérable par les défenses mentales.

Melle L nous parlait elle-même de ses craintes et essayait de trouver les liens avec son histoire personnelle.

La dernière séance a eu lieu avant la fin de l'année universitaire. Melle L est venue nous annoncer qu'elle avait réussi à obtenir une bonne moyenne, et qu'elle ne pourra plus poursuivre sa prise en charge, car, elle doit rejoindre ses parents qui habitent hors d'Alger.

## **CONCLUSION**

Nous avons vu que lorsque les craintes liées au corps se multiplient et mettent en péril la relation du sujet souffrant avec la réalité, elles s'inscrivent dans une problématique antérieure à l'œdipe, et rend sa prise en charge difficile, ce que nous avons constaté à travers notre première illustration clinique avec laquelle nous avons tenté de trouver un lien entre l'actuel et les expériences infantiles, ce qui lui a permis de psychiser ses plaintes.

Néanmoins, Sigmund Freud avait également noté concernant l'hypocondrie, que des symptômes identiques peuvent appartenir dans différents registres, ce que nous avons tenté de démontrer à travers notre deuxième illustration clinique, en soulignant que même une organisation névrotique peut être remise en cause par l'accumulation d'une excitation non élaborable psychiquement et qui dévie sur le champs somatique. Ceci est bien le cas de la deuxième illustration.

Le suivi psychologique des patients, dits hypocondriaques, nous a finalement conduits à nous poser une question fondamentale, à savoir: L'hypocondriaque existe t- il ?

En effet, la clinique de l'hypocondrie est complexe, et les limites nosologiques restent difficiles à préciser et évoquent souvent une prise en charge laborieuse.

L'hypocondriaque aux fondements psychopathologiques complexes, amène le praticien à reconsidérer sa pratique, à travers une relation praticien- sujet hypocondriaque singulière.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

1. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION** (2013): «DSM- V», Washington, American Psychiatric Publishing.
2. **DEMOLDER. H** (1958): «La théorie pulsionnelle du Dr. L. Szondi. De la destinée- contrainte à la destinée- choix », in Revue Philosophique de Louvain, Troisième série, Tome 56, n° 51, pp. 429-478.
3. **FEDIDA. P** (1995): « L'hypocondriaque médecin », in L'hypocondrie, Paris, PUF, pp. 113- 136.
4. **FREUD. S** (1911): « Le président Schreber. Un cas de paranoïa » Paris, Payot, 2011.
5. **FREUD. S** (1914): «Pour introduire le narcissisme », tr. Fr. in La vie sexuelle, Paris, PUF, 1985, pp. 81- 105.
6. **FREUD. S** (1923): «Une névrose démoniaque », tr. Fr. Paris, Gallimard, 1971.
7. **HADJ- ALI. B** (1985): «Entre la tendresse et les volcans », in Œuvre poétique, 2004.
8. **LAMOTTE. F, GOEB. J.- L** (2006): « L'hypocondrie au fil des siècles. Aspects historiques, clinique et thérapeutique », in Annales Médico- Psychologiques, volume 164, n°8, pp. 703- 715.
9. **MOLIERE** (1673): «Le malade imaginaire », Vienne, Jean Pierre Van Ghelen (Imprimeur de la Cour de la Majesté Impériale er Royale).

- 
10. POLARD. A (2004): «L'épilepsie du sujet, études psychanalytiques», Paris, l'Harmattan.
  11. WINTREBERT. D (2009): «L'hypocondrie entre croyance et certitude», in l'Information Psychiatrique, volume 85, n° 01, pp. 43-49.

**Femmes souffrantes en Algérie : entre exigences du monde moderne et pesanteurs socio -culturelles.**