

La névrose hypocondriaque a-t-elle droit de cité ?

par M. TIMSIT, J.C. DUGARDIN, A. ADAM et J. SABATIER

Département de Psychologie médicale et de Médecine psychosomatique
et Centre de calcul et de traitement de l'information
(applications médicales)
Université de Liège

Lorsqu'on prétend aborder l'étude de l'hypocondrie, on ne peut manquer d'emblée d'être frappé par une série d'*ambiguïtés*, dont la moindre n'est certes pas celle qui est relative à l'usage que l'on fait du terme. Il y a en effet un contraste frappant entre, d'une part, la permanence et la constance avec laquelle on s'en sert depuis des millénaires — alors que la plupart des vocables utilisés depuis l'antiquité classique ont disparu en psychiatrie ou ont vu leur signification radicalement changer (c'est le cas par exemple de la mélancolie, de la manie, de l'hystérie et de la paranoïa) — et, d'autre part, l'imprécision qui entoure toujours les définitions qu'on en donne.

Introduisant un ouvrage récent et fort documenté sur la question, Ladee (1966) se risque à écrire qu'il lui paraîtrait anachronique d'intituler sa monographie « L'Hypocondrie » alors qu'il est bien conscient que ce terme est communément utilisé de nos jours. Chrzanowski (1959), traitant de la neurasthénie et de l'hypocondrie dans l'*American Handbook of Psychiatry*, critique ces « concepts consacrés par le temps, qui ont une qualité très peu dynamique et qui, d'un point de vue opérationnel, sont maladroit et constituent autant d'antiques pièces de garniture, bonnes à rien... ». On n'a pu encore trancher la question de savoir effectivement si l'on devait fondamentalement se référer au substantif « hypocondrie », au substantif « hypocondriaque » ou encore plus simplement à l'adjectif « hypocondriaque ». C'est à cette dernière formule que se range Ladee quand il fait encore remarquer que dans le but d'éviter de prendre l'hypocondrie pour une entité nosologique, on tourne la difficulté en suggérant que le terme traditionnel soit seulement utilisé comme adjectif. Ce serait la seule façon de procéder si l'on veut éviter le piège de la diversité des pathogénies et des étiquettes diagnostiques qui peuvent être accolées à ce concept. En réalité, la question se pose encore de savoir si, même dans cette acception, le terme hypocondriaque connote toujours

quelque chose qui soit assez évocateur pour que son emploi reste légitime. Il ne fait pas de doute en effet qu'il est tellement répandu et généralisé hors du champ psychopathologique, qu'il a été galvaudé dans le langage courant et qu'il peut paraître aussi redondant que le terme d'anxieux ou que celui de déprimé. On peut même s'interroger sur la question de savoir quand on est autorisé à le situer dans le champ psychiatrique.

L'histoire de l'hypocondrie au XX^e siècle a été marquée par plusieurs congrès au cours desquels on s'est en vain efforcé de résoudre cette question épineuse, quels qu'aient été les thèmes abordés : fondement somatique et sensibilité cénesthésique à Rennes en 1905, aspects psychogénétiques à Londres en 1928, notion de prédisposition constitutionnelle à Lima en 1939. Récemment, en 1959, au cours de la LXXV^e Séance des Neurologues et Psychiatres de l'Allemagne du Sud-Ouest à Baden-Baden, l'intérêt était centré, non plus tellement sur le diagnostic différentiel et la définition même de l'hypocondrie, mais plutôt sur ses aspects phénoménologiques et, en particulier, sur les expériences vécues par les hypocondriaques et l'image du monde qui était le leur.

Puisque nous sommes encore incapables de savoir si l'on doit ou non considérer l'hypocondrie comme une entité morbide, précise Ladee, il semble plus simple de parler de « développement hypocondriaque » plutôt que d'hypocondrie idiopathique, dans la mesure où cette expression ne préjuge pas des théories explicatives qui pourraient être avancées à partir des options les plus diverses — disposition constitutionnelle, aspects psychodynamiques spécifiques ou non-spécifiques, structure psychotique sous-jacente à des tableaux névrotiques etc... Parler de « développement hypocondriaque *sui generis* » est ainsi moins susceptible de provoquer des polémiques sur les appellations antérieures et permet, en tout cas, d'aborder l'étude des tableaux hypocondriaques les plus divers. C'est une position analogue, fait remarquer cet auteur, qui a été adoptée à propos de la paranoïa kraepelinienne, mais aussi de la dépersonnalisation, laquelle à bien des égards occupe dans la nosologie psychiatrique une place semblable à celle de l'hypocondrie, puisqu'aussi bien, comme elle, elle peut représenter une manière d'être névrotique et psychotique et qu'elle peut s'observer tout autant comme un symptôme très marginal que comme un syndrome assez intense — pour dominer largement le tableau clinique.

Comme Ladee, Mirouze (1967) met également l'accent sur l'imprécision des frontières qui séparent cette hypocondrie névrotique du domaine psychosomatique, des états mineurs de dépersonnalisation et de l'angoisse courante. Reprenant la définition que Seglas (1895) donne de cette affection — « état psychopathique caractérisé par des préoccupations exagérées sur l'état de santé en rapport avec les sensations subjec-

tives que le malade cherche à interpréter d'une manière *plus ou moins* raisonnable » — il fait à juste titre remarquer que cet écart « plus ou moins raisonnable » couvre en fait tout le champ psychiatrique, allant du délire le plus fantastique jusqu'au symptôme hypocondriaque le plus anodin. Pichot (1969), dans une perspective bien différente, montre aussi en étudiant les dimensions des dépressions que l'hypocondrie en sature tous les groupes. D'une manière paradoxale, c'est en se fondant sur le même argument — le caractère très ancien de la maladie — que certains auteurs la répudient tandis que d'autres la revendiquent. Ainsi, Redlich en 1902 la rejetait-il en termes catégoriques « comme un vestige de la période préhistorique de la psychiatrie », alors que Mirouze (1967) soutient que « bien qu'on ait du mal à la situer nosologiquement (elle) correspond assurément à une réalité clinique par sa fréquence et l'uniformité de son symptôme... Ne serait-ce que parce qu'il s'agit d'une des plus vieilles maladies de l'homme... ».

On doit d'ailleurs reconnaître que ces ambiguïtés n'ont pas épargné la théorie psychanalytique : la situation nosologique de la névrose hypocondriaque est aussi peu précise que celle des autres névroses « actuelles », la neurasthénie et la névrose d'angoisse. Dans l'étude qu'il leur a consacrée, Mirouze (1967) fait encore remarquer « qu'alors que le mouvement psychanalytique sut, dans sa tendance structurale, donner aux névroses de transfert une organisation cohérente, il eut beaucoup moins de difficultés à clarifier les entités cliniques ». En fait, en dépit des contributions importantes que Ferenczi (1912) et Stekel (1908) ont apportées à la compréhension de la névrose hypocondriaque, ce n'est que tout récemment qu'un courant s'est dessiné pour assigner à ces névroses actuelles une place à part entre les psychoses et les névroses de transfert. Nous pensons en particulier au schéma séduisant que Bergeret (1970) a avancé à propos des états-limites : les regroupant ainsi que les névroses actuelles, les psychopathies et certaines maladies psychosomatiques dans un même cadre intermédiaire, il tend à réhabiliter la troisième voie que Freud n'avait pu qu'esquisser de son vivant.

Le diagnostic de névrose hypocondriaque est, au demeurant, peu souvent porté. Kenyon (1964) après une étude systématique conduite pendant dix ans, de 1951 à 1961, au Maudsley-Hospital en situe le taux à 1 % seulement de la population consultante. Les 37 cas dont il sera question dans le cadre de cette communication ne représentent également que 2 % de l'ensemble des observations codées du Département de Psychologie Médicale. Sans doute pourrait-on être tenté d'attribuer cette faible fréquence à la méfiance légitime qu'inspire au psychiatre une maladie dont les pièges ne sont plus à dénoncer. Il arrive trop souvent que cet hypocondriaque anxieux, obsédé, polarisé sur telle partie de son

corps, « organique » comme Abadie l'avait surnommé, en faisant référence au célèbre personnage de Molière, soit tout compte fait un *authentique organique* dont la lésion cachée ne sera découverte qu'à l'autopsie. Peut-être cette faible fréquence est-elle due aussi au fait que les psychiatres répugnent généralement à poser ce diagnostic dans la mesure où, comme le souligne Henri Ey (1950), « il est peut-être difficile à un médecin qui s'est dépouillé par ses études et sa profession même des troubles qu'engendre chez tous les hommes le mystère du corps, de retrouver l'angoisse hypocondriaque qui touche aux viscères, aux fonctions organiques, aux actes médicaux, à cette réalité qui est pour chacun de nous celle qui demeure la plus intime et la plus secrète, éveille chez tous les hommes un vif émoi, profonde résonance du narcissisme le plus primitif... ».

On en vient à se demander si le flou qui entoure encore cette affection ne trouve pas en grande partie son origine dans cette difficulté qu'a paradoxalement le médecin à s'identifier à l'hypocondriaque et, par voie de conséquence, dans la tendance à en rejeter plus ou moins le diagnostic.

Populations et méthodes

La névrose hypocondriaque a-t-elle donc droit de cité dans la nosologie ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons pensé recourir à une approche statistique, en tentant de tirer parti des immenses possibilités que nous offre actuellement l'utilisation des ordinateurs. Les principes de cette méthode nous sont désormais bien connus et ils ont été rappelés à l'occasion d'une étude spéciale qui a été publiée dans cette même revue et à laquelle nous renvoyons le lecteur (Timsit et Sabatier, 1973).

Les difficultés ont surgi cependant quand il s'est agi de choisir les populations. A quelles catégories cliniques devons-nous comparer les 37 cas de névrose hypocondriaque dont nous disposons ? Etions-nous, d'autre part, en mesure de regrouper les très nombreuses variables qui feront l'objet d'une analyse systématique ? En nous référant aux ambiguïtés qui marquent la situation nosologique de la névrose hypocondriaque et que nous avons rappelées dans notre introduction, nous avons pensé qu'il convenait de placer notre étude dans une double perspective :

- d'une part, celle d'un regroupement syndromique dans la mesure où l'on peut considérer que la symptomatologie essentielle de la névrose hypocondriaque tient à la présence simultanée des manifestations psychosomatiques, d'anxiété, de dépression ;

— d'autre part, celle d'une valorisation de la relation médecin-malade puisqu'aussi bien, comme nous l'avons mentionné plus haut en citant Henri Ey, ce diagnostic est étroitement lié à la problématique du psychiatre.

Dans ces conditions, nous avons retenu trois groupes d'affections susceptibles d'être comparées au groupe expérimental :

— le premier, marqué par la prévalence du processus de somatisation, qui comprend 72 sujets atteints d'hystérie de conversion et 132 malades psychosomatiques ;

TABLEAU I

Ensemble de la population

Catégories	Nombre de sujets	Sexe		
		M.	F.	Signif. statist.
Névroses hypocondriaques	37	21	16	seuil à .05
Conversion	72	20	52	.01
Maladies psychosomatiques	132	59	73	N.S.
Névroses phobiques	72	29	43	N.S.
Névroses d'angoisse	84	45	39	N.S.
Dépansions réactives hystériques	338	77	261	.001
Dépansions « simples »	91	41	50	N.S.
Dépansions mélancoliques	42	20	22	N.S.

— le deuxième, caractérisé par la prépondérance de l'angoisse, est composé de 72 phobiques et 84 patients souffrant de névrose d'angoisse ;

— le troisième enfin, centré par la dépression, compte 338 déprimés hystériques, 91 déprimés « simples » et 42 mélancoliques.

En retenant la seconde perspective, nous avons été amenés au cours de cette étude comparative à considérer successivement, outre les paramètres fondamentaux, les données qui pouvaient se concevoir du « point de vue du médecin » et celles qui devaient être rapportées au « point de vue du malade ».

A la lumière des premiers résultats de cette étude d'ensemble, nous n'avons pas manqué de nous poser la question de savoir si certains facteurs tels que l'âge, le sexe et l'appartenance ethnique ne pouvaient intervenir d'une manière déterminante pour faire apparaître entre les divers groupes des différences statistiquement significatives, ce qui nous a amenés à essayer d'homogénéiser nos groupes. Notre recherche s'est donc déroulée en deux étapes :

- une première qui a consisté dans une étude de corrélations portant sur l'ensemble des cas (tabl. I) ;
- une seconde plus circonscrite qui a porté sur des groupes restreints après élimination des sujets âgés de plus de 30 ans et des transplantés, et exclusion des catégories nosologiques où une différence significative était apparue en fonction du sexe — dépression réactionnelle hystérique et névrose phobique — (tabl. II et III)*.

TABLEAU II
Sujets de plus de 30 ans

Catégories	Nombre de sujets	Tranches d'âge					Sexe		
		3	4	5	6	Signif. statist.	M.	F.	Signif. statist.
Névroses hypocondriaques	30	7	12	8	3	seuil à .05	14	16	seuil à .05
Conversion	41	16	11	12	2	N.S.	10	29	N.S.
Maladies psychosomatiques	121	45	49	25	2	N.S.	53	68	N.S.
Névroses phobiques	45	27	12	5	1	> .02	19	26	N.S.
Névroses d'angoisse	59	29	21	6	3	N.S.	34	25	N.S.
Dépressions réactives hystériques	253	107	95	35	16	N.S.	56	196	> .01
Dépressions « simples »	63	21	19	16	7	N.S.	28	34	N.S.
Mélancolie	42	5	12	16	9	N.S.	20	22	N.S.

TABLEAU III
Sujets de plus de 30 ans (à l'exclusion des transplantés)

Catégories	Nombre de sujets	Tranches d'âge					Sexe		
		3	4	5	6	Signif. statist.	M.	F.	Signif. statist.
Névroses hypocondriaques	25	7	10	5	3	seuil - .05	12	13	seuil - .05
Conversion	38	15	10	11	2	N.S.	7	29	S. à .05
Maladies psychosomatiques	116	43	47	24	2	N.S.	50	66	N.S.
Névroses d'angoisse	57	28	20	6	3	N.S.	34	23	N.S.
Dépressions « simples »	59	20	17	15	7	N.S.	27	31	N.S.
Mélancolie	40	4	11	16	9	N.S.	20	20	N.S.

Résultats

1. Paramètres fondamentaux et données étiopathogéniques.

A. L'âge.

L'âge moyen de nos 37 hypocondriaques est relativement élevé puisqu'il atteint 45,7 ans. Il est certes plus bas que celui des mélancoliques

* Nous avons néanmoins conservé le lot des sujets atteints de névrose de conversion.

(52,1 ans), mais il est nettement supérieur à celui des patients qui présentent une névrose de conversion (31,2), une névrose phobique (32,7) ou une névrose d'angoisse (34,8) (fig. 1).

Les différences sont encore plus marquées lorsqu'on étudie la répartition par tranches d'âge. Dans le groupe des hypocondriaques, seul un sujet a moins de 30 ans alors que 19 % d'entre eux ont de 30 à 39 ans,

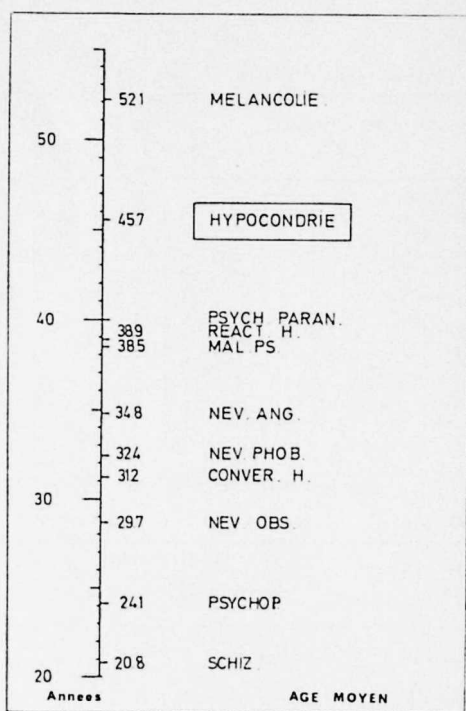


FIG. 1. — Graphique de répartition des sujets du groupe expérimental et des groupes témoins en fonction des classes d'âge.

Détermination de l'âge moyen pour chaque catégorie nosologique.

41 % de 40 à 49 ans et 36 % plus de 50 ans. Il n'en va pas de même chez les hystériques de conversion où 60 % des sujets ont moins de 30 ans et chez les malades atteints de névrose phobique ou de névrose d'angoisse (leurs courbes se superposent étroitement) puisque près de 80 % des cas respectifs se situent entre 20 et 40 ans. Il ne nous est malheureusement pas possible d'analyser dans le cadre de cette simple communication tous les chiffres que nous avons obtenus. Quelques résultats nous paraissent néanmoins appeler certains commentaires : on constate que

les hypocondriaques se situent dans une zone d'âge voisine de celle des mélancoliques ; on ne doit toutefois pas oublier que l'âge de début de l'affection est sans doute bien plus précoce, mais que pour plusieurs raisons le diagnostic n'est porté que tardivement. En effet, d'une part, les patients n'ont recours au psychiatre qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la médecine interne et des différentes spécialités et, d'autre part, les psychiatres eux-mêmes, comme nous l'avons mentionné plus haut, se décident difficilement à porter un diagnostic aussi lourd de signification. Sans doute, les habitudes médicales interviennent-elles d'une façon importante puisque, si l'on se réfère à la statistique de Kenyon (1964), on constate que les différences sont assez sensibles : au Maudsley Hospital, sur les 512 cas étudiés (avec 235 cas d'hypocondrie primaire), les pics d'âge se situent à 30 et 39 ans.

Lorsqu'on décide de ne considérer que les sujets de plus de 30 ans, le groupe des phobiques continue à différer de manière statistiquement significative de celui des hypocondriaques, ce qui nous a conduits à l'écartier (tabl. II).

B. *Le sexe.*

Il y a une plus grande proportion d'hommes que de femmes parmi les hypocondriaques (21/37) ; mais en comparant ce groupe avec celui des autres catégories nosologiques, nous ne relevons de différence statistiquement significative qu'avec l'hystérie de conversion (.01) et surtout avec la dépression réactionnelle hystérique (.001), différence qui se retrouve chez les sujets de plus de 30 ans.

C. *Autres paramètres.*

Il n'est pas sans intérêt de relever que, dans les *limites permises par notre système de codage*, rien ne distingue le groupe expérimental des autres catégories, tant en ce qui concerne le statut professionnel que l'habitat, le rang dans la fratrie, la constellation familiale et la nature des relations parentales dans l'enfance.

Les seules différences statistiquement significatives apparaissent dans l'étude des *antécédents*, dans la mesure où les hypocondriaques se distinguent des malades psychosomatiques (.01) chez lesquels on retrouve des antécédents familiaux et personnels de l'affection psychosomatique, et des mélancoliques (.01) chez lesquels on relève de même des antécédents personnels psychotiques.

L'étude des antécédents immédiats permet également de constater que, de manière significative, des événements *récents* (deuils, difficultés conjugales et familiales etc...) se retrouvaient chez les patients atteints de névrose d'angoisse et chez les déprimés réactionnels hystériques tandis qu'ils seraient absents chez les hypocondriaques. Ces deux groupes té-

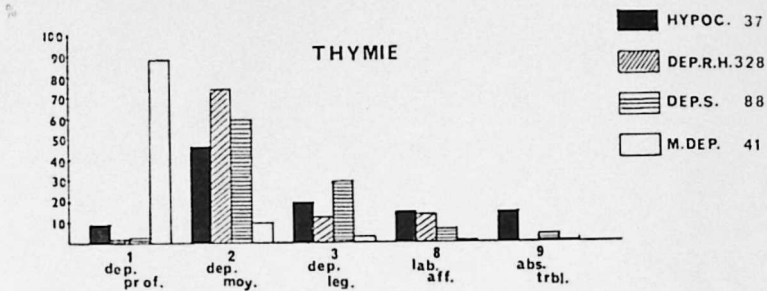
moins sembleraient donc avoir à première vue un caractère plus « réactionnel ». En fait, lorsqu'on reprend en détail l'étude du dossier de nos sujets hypocondriaques, on constate que, dans un nombre non négligeable de cas, on retrouve également un événement déclenchant qui prend le plus souvent le caractère d'une atteinte somatique, mais dont la survenue se situe à un moment beaucoup plus reculé de leur curriculum.

2. Le point de vue du médecin.

Il est incontestable que dans le système de codage que nous employons, à l'exception de certains paramètres fondamentaux tels que l'âge, le sexe, l'état civil etc..., il entre dans la détermination des autres variables une part plus ou moins importante de subjectivité de l'examineur. Nous avons pensé que cette influence était prépondérante dans l'estimation de certains indices attribués aux patients tels que l'émotivité, l'immaturité, leur agressivité, voire même leur anxiété, leur état thymique et leur structure de personnalité. Nous convenons volontiers qu'il s'agit là d'une position assez arbitraire et schématique, mais elle nous paraît offrir l'avantage de donner un aperçu de la façon dont ces sujets sont « vécus » par le médecin.

Ainsi peut-on remarquer que si l'on ne relève aucune différence statistiquement significative en ce qui concerne l'estimation du niveau intellectuel et de l'agressivité ouverte, en revanche les hypocondriaques sont crédités d'une immaturité franche beaucoup plus nettement que tous les autres groupes (.05 et .001). Ils paraissent également avoir une agressivité contenue plus marquée que les hystériques de conversion et les malades psychosomatiques (.02) et une émotivité moindre que les hystériques (.02). Il n'est pas sans intérêt de relever que lorsqu'on lui demande d'évaluer l'anxiété du patient sur une échelle en trois points, le médecin estime que les hypocondriaques ne se distinguent en rien des hystériques de conversion, des psychosomatiques et des déprimés simples et mélancoliques — tout en relevant qu'ils sont moins anxieux que les patients atteints de névrose d'angoisse, ce qui répond à une évidence (.05). Il y a là, nous semble-t-il, un certain décalage entre ce type d'appréciation et l'importance des plaintes qui sont alléguées par le malade mais qui peuvent être conçues comme une somatisation de leur angoisse. On pourrait dans ces conditions formuler l'hypothèse que ce décalage traduirait, d'une certaine manière, l'attitude de rejet inconscient que nous avons évoquée dans notre introduction.

L'appréciation de l'état thymique est évidemment chose malaisée si l'on se fonde sur les points de repère utilisés dans notre système de codage et nécessairement restreints en raison du souci que nous avons eu d'éviter une trop grande dispersion des variables. On constate cependant



VARIABLES V		77 5	77 7	VARIABLES V		77 6	77 7
VAR. H	TOTAUX			VAR. H	TOTAUX		
12 1	8	5	3	12 1	5	2	3
		62.5	37.5			40.0	60.0
12 2	258	241	17	12 2	69	52	17
		93.4	6.6			75.4	24.6
12 3	45	38	7	12 3	33	26	7
		84.4	15.6			78.8	21.2
12 8	46	41	5	12 8	10	5	5
		89.1	10.9			50.0	50.0
12 9	8	3	5	12 9	8	3	5
		37.5	62.5			37.5	62.5
	TOTAUX	328	37		TOTAUX	88	37

S > .001

S .05

DEGRE DE LIBERTE	4
CHI CARRE	35.697082520
COEF. ASS. DE CRAMER	0.037800195

DEGRE DE LIBERTE	4
CHI CARRE	10.299444199
COEF. ASS. DE CRAMER	0.032395554

VARIABLES V		77 7	77 9
VAR. H	TOTAUX		
12 1	39	3	36
		7.7	92.3
12 2	21	17	4
		81.0	19.0
12 3	8	7	1
		87.5	12.5
12 8	5	5	0
		100.0	0.0
12 9	5	5	0
		100.0	0.0
	TOTAUX	37	41

S > .001

DEGRE DE LIBERTE	4
CHI CARRE	50.397811890
COEF. ASS. DE CRAMER	0.646125793

FIG. 2. — Histogramme de répartition des sujets du groupe expérimental et des groupes témoins (dépressifs) en fonction de leur état thymique.

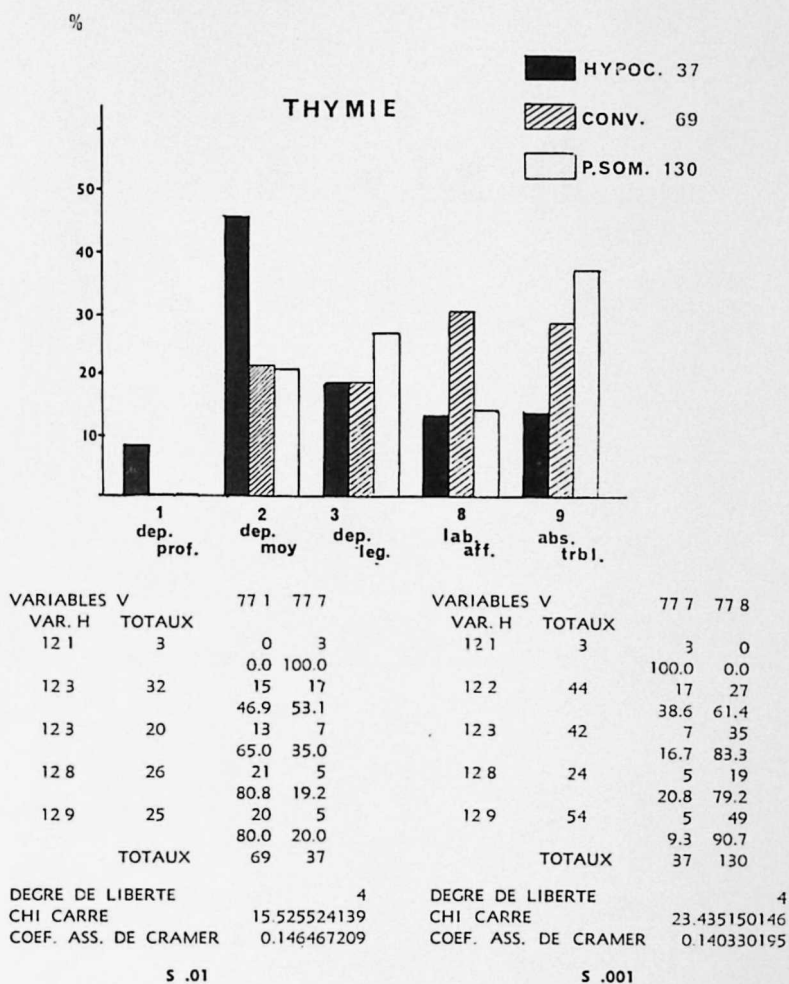


FIG. 3. — Histogramme de répartition des sujets du groupe expérimental et des groupes témoins (névrose de conversion et maladies psychosomatiques) en fonction également de leur état thymique.

l'existence de différences statistiquement significatives entre le groupe expérimental et les groupes témoins : néanmoins ces différences nous paraissent étroitement *dépendantes de l'âge* des sujets. Ainsi, au premier passage intéressant l'ensemble des cas, on relève que près de la moitié des hypocondriaques (17/37) sont considérés comme présentant une dépression d'ordre névrotique et ainsi leur groupe se distingue-t-il nettement, d'une part, de celui des déprimés (mélancoliques, déprimés simples et déprimés réactionnels hystériques) dont la composante dépressive est manifestement plus accusée et, d'autre part, dans le sens contraire, du groupe des hystéries de conversion, des psychosomatiques, des névroses d'angoisse et des névroses phobiques. Au second passage en revanche, après exclusion des sujets de moins de 30 ans, ces différences s'atténuent considérablement : les hypocondriaques se distinguent toujours d'une façon très nette des mélancoliques et un peu moins des déprimés simples (.001) et, dans l'autre sens, des psychosomatiques (.01) ; mais, du point de vue du médecin, leur état thymique est analogue à celui des malades atteints de névrose d'angoisse ou de conversion hystérique (fig. 2 et 3).

Des traits de personnalité obsessionnelle prévalente sont trouvés une fois sur trois chez les hypocondriaques, polarité relative qu'ils partagent avec les psychosomatiques et les mélancoliques, mais qui les distingue des hystériques présentant une névrose de conversion ou une dépression réactionnelle.

3. Le point de vue du malade.

Nous pensons qu'il s'exprime avant tout au travers de ses *plaintes*, car celles-ci, à la différence des autres variables dont nous venons de passer la revue, ne paraissent pas susceptibles d'être modifiées par la projection de l'« équation personnelle » du médecin. Une approche détaillée et analytique des résultats de leur traitement statistique risque, dans le cadre de cette communication, de devenir très vite fastidieuse. Aussi nous a-t-il semblé préférable d'en faire figurer les résultats dans une série d'histogrammes (fig. 4, 5 et 6).

Ces résultats ont été obtenus à partir de l'étude comparée des sujets de plus de 30 ans, mais pour l'essentiel ils recourent ceux que nous avons obtenus pour l'ensemble des cas, hormis quelques variables sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

D'une façon générale, on constate que les névrosés hypocondriaques :

- partagent avec les hystériques de conversion une plus grande propension à se plaindre de *nausées*, notamment lorsqu'on les compare aux déprimés (.02) ;

- partagent avec les sujets atteints de névrose d'angoisse la sensation d'*oppression thoracique* et de *gêne respiratoire*, ce qui les distingue des autres catégories (.05 et .01) ;
- partagent avec les mélancoliques deux sortes de troubles fonctionnels psychosomatiques qui nous paraissent revêtir ici une grande

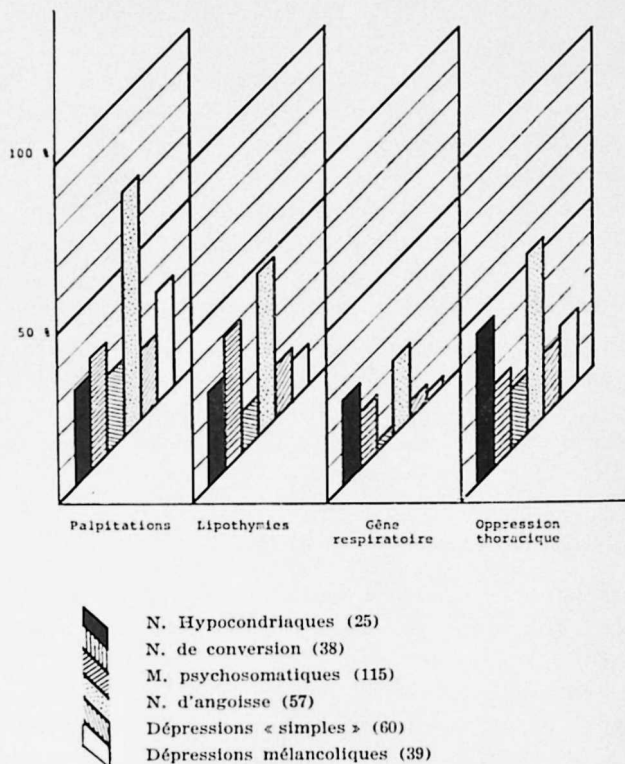


FIG. 4.

Histogrammes de répartition des sujets du groupe expérimental et des groupes témoins, sujets âgés de plus de 30 ans, en fonction des plaintes alléguées.

importance : la *constipation* et l'*atteinte du système ostéo-musculaire* au travers de *courbatures* et de *lombalgies*, ce qui les distingue d'une manière très significative de toutes les autres catégories (.001, .01 et .02) ;

- présentent avec une faible fréquence, à l'instar des sujets atteints de névrose de conversion, des psychosomatiques et des déprimés,

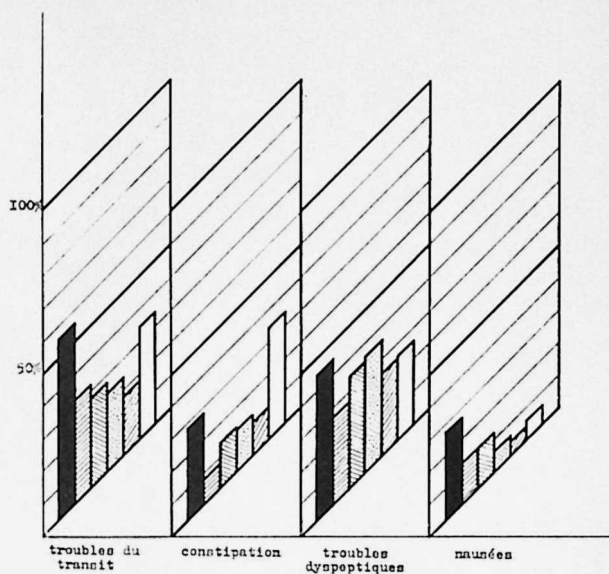


FIG. 5. — Voir légende de la figure 4.

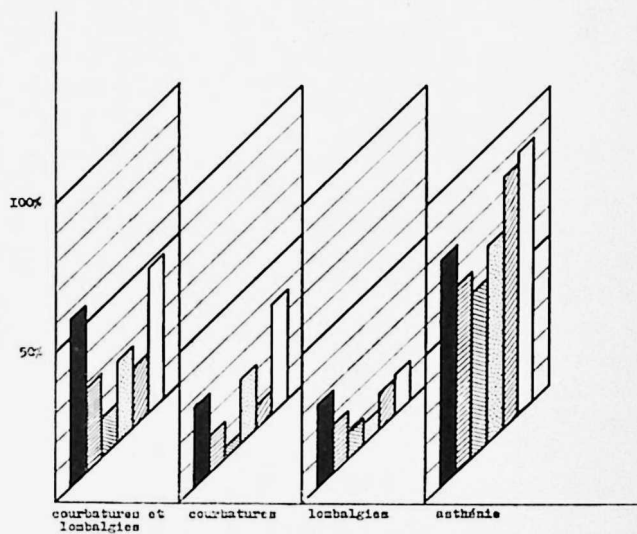


FIG. 6. — Voir légende de la figure 4.

des *palpitations*, symptôme qui semble bien être l'apanage des malades présentant une névrose d'angoisse (la différence entre les névroses hypocondriaques et les malades atteints de névrose d'angoisse est statistiquement significative à .001) ;

- présentent également avec une fréquence relativement faible des *lipothymies*, au même titre que les malades atteints de maladies psychosomatiques et les déprimés, à la différence des sujets présentant une névrose de conversion ou une névrose d'angoisse, chez lesquels on observe plus volontiers ce symptôme (.001).

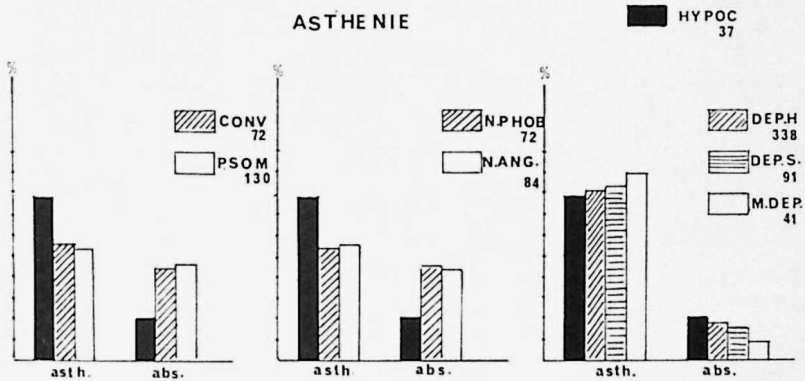


FIG. 7. — Histogrammes de répartition des sujets du groupe expérimental et des groupes témoins en fonction de leur asthénie.

Les mêmes corrélations sont trouvées lorsqu'on étudie l'ensemble des cas, et il apparaît que la configuration phobique se rapproche du *pattern* de la névrose d'angoisse, tandis que les déprimés hystériques présentent les mêmes plaintes que les déprimés simples. La seule variable qui se modifie de manière sensible est l'*asthénie* : en effet, la différence statistiquement significative que l'on relève en faveur du groupe des hypocondriaques lorsqu'on le compare à ceux des conversions, des maladies psychosomatiques, des névroses phobiques et des névroses d'angoisse (.01 et .02) dans l'étude qui porte sur l'ensemble des cas n'est plus retrouvée après l'exclusion des sujets de moins de 30 ans (fig. 7).

On est amené à se demander dans ces conditions si cette variable n'est pas également liée à l'âge, et si la névrose de conversion, la névrose phobique, la névrose d'angoisse et les maladies psychosomatiques ne deviennent pas tout aussi asthéniantes que les dépressions et l'hypocondrie chez les sujets âgés de plus de 30 ans.

Discussion

Dans quelle mesure ces résultats peuvent-ils contribuer à nous éclairer et à nous aider à répondre à la question « du droit de cité » de la névrose hypocondriaque dans la nosologie ?

Des milliers de corrélations traitées, il reste peu de choses, au demeurant ; mais, s'agissant d'une affection qui a suscité tant de controverses pendant des siècles, le contraire eût été étonnant. Peut-on aller jusqu'à prétendre poser le diagnostic de névrose hypocondriaque à partir de cette simple équation : *nausées — constipation — oppression thoracique — gêne respiratoire — courbatures et lombalgies, sans lipothymies ni palpitations chez un sujet d'un certain âge qui serait perçu par un examinateur comme immature, modérément déprimé et anxieux, et contenant son agressivité ?* A première vue, cela paraîtrait sans doute hasardeux et l'on courrait le risque de voir le cadre de cette affection s'élargir dans des proportions considérables, ce qui lui ferait perdre toute signification.

Pour que ce schéma ait une valeur opérationnelle quelconque, il est bien évident qu'il faudrait lui ajouter un argument d'ordre évolutif — l'ancienneté de l'affection et sa ténacité — qui ne pouvait apparaître au travers du système de codage que nous avons utilisé.

A bien y regarder cependant, si l'on décide de ne plus se cantonner dans cette seule approche statistique, on découvre que ces formules, ainsi regroupées, sont susceptibles de receler, derrière leur sécheresse apparente, un sens dont le déchiffrement nous permettrait peut-être d'accéder en partie à la problématique de l'hypocondrie, telle du moins qu'ont pu l'appréhender certains travaux d'ordre psychanalytique et phénoménologique. Certes, nous n'irons pas jusqu'à avancer que nos sujets hypocondriaques se situent « à mi-chemin » des anxieux et des dépressifs parce que leur âge moyen le suggère ou parce qu'ils empruntent certains traits cliniques aux uns et aux autres. Nous utiliserions ainsi un mode de raisonnement analogique que nous répudions résolument. Il n'en reste pas moins que l'on est tenté de faire, à partir de certaines relations statistiquement significatives, un rapprochement entre le groupe des hypocondriaques et celui des mélancoliques. Nombre d'auteurs ont déjà souligné cette parenté. Ainsi, d'après Veith (1972), Smollius dès 1610 avait mis l'accent sur la prédominance étiologique, indubitable dans la névrose hypocondriaque, des viscères abdominaux et particulièrement de la rate (spleen). Or, comme le souligne Veith, il est bien connu que ce terme de spleen est resté synonyme d'hypocondrie jusqu'au XX^e siècle et, précise-t-elle également, dans la seconde moitié du XVIII^e siècle le mot s'est intégré dans la langue française pour désigner quelque chose comme une tristesse morose ou quelque sorte de mélancolie.

Si l'on s'adresse encore à un autre registre, celui du signifiant, et que l'on se demande à quelles attitudes renvoient les traits renfermés dans cette formule, on peut émettre l'hypothèse qu'elle se résumerait en trois termes : contenir, retenir, se tenir (l'association constipation, courbatures, lombalgies nous paraît assez évocatrice à cet égard). On est naturellement amené à penser à l'hypothèse avancée par Ferenczi en 1912 sur l'importance de l'*érotisme anal* dans l'hypocondrie. On sait que, pour cet auteur, il existe une relation étroite entre érotisme anal, homosexualité, paranoïa et hypocondrie. Une opinion analogue avait été reprise par Gillespie (1966) qui mettait aussi l'accent sur l'importance des racines homosexuelles connectées avec cet érotisme anal et faisait intervenir un sentiment de culpabilité profondément enraciné, sentiment qui, pour cet auteur, ne devenait manifeste et conscient que dans les formes psychotiques — ce qui nous semble nous rapprocher encore davantage des formes mélancoliques avec auto-accusation. Kehrer (1966), pour sa part, notait fort justement dès 1929 que les tableaux cliniques de l'hypocondrie apparaissent avec une fréquence étonnante chez les gens qui gardent une façon de penser primitive et archaïque mais continuent à croire dans la tradition, le folklore et les influences animistes sur les maladies, même s'ils ont reçu une instruction suffisante. Ladee (1966) fait précisément remarquer à ce propos qu'il existe en quelque sorte une relation inversement proportionnelle chez les primitifs entre l'incidence des sentiments de culpabilité et de dévalorisation de soi et celle des délires hypocondriaques et paranoïaques. Cette notion est désormais bien établie en psychiatrie trans-culturelle : on sait que les syndromes hypocondriaques sont plus fréquents chez les Orientaux que chez les Non-Orientaux et Pichot (1969) le rappelait encore récemment. L'un de nous, dans une étude entreprise avec Melon (1971), avait également relevé la prévalence de cet investissement corporel chez les immigrés de la région liégeoise. Sans doute ce « retour au corps » peut-il être envisagé comme défense contre la dépersonnalisation ; c'est ainsi que Almeida* l'a envisagé à partir de recherches prolongées sur la pathologie des travailleurs portugais de la région parisienne. C'est ainsi également que l'on convient d'interpréter comme l'expression de processus de restaurations, les manifestations hypocondriaques observées après des cures de neuroleptiques chez les schizophrènes.

La fréquence relative et statistiquement significative des lombalgies dans notre groupe d'hypocondriaques nous amène enfin à évoquer les conclusions d'auteurs qui se sont attachés à les décrire comme des manifestations psychosomatiques, tels Bergouignan et Demangeat (1960) et

* Almeida Z. Communication personnelle.

Sapir et Canet (1967). Il est intéressant de relever qu'ils ont signalé leur survenue fréquente sur un terrain « neurasthénique » avec « inquiétude hypocondriaque, état dépressif, cénesthopathies multiples ». Pour Bergouignan et Demangeat, en outre, la zone lombaire paraît être une zone clé, une sorte de centre subtil riche en correspondances secrètes, chargée de signification et de relations inconscientes. Elle joue un rôle moteur important dans la marche, l'acte sexuel, le soulèvement des poids. Elle assure cette station debout qui représente pour l'homme l'affirmation de soi, l'audace, la prestance. Elle interviendrait comme le point nodal de certains schémas d'attitude servant à la vie de relation qui trouveraient entre autres leur expression dans cette dialectique s'opposer-maintenir ou au contraire plier-céder. On ne peut s'empêcher d'évoquer, à partir de ces rapprochements, le préjugé tenace si souvent exprimé par les « neurasthéniques » — dont on peut penser que nombre d'entre eux sont d'authentiques hypocondriaques — sur la « masturbation qui épuise parce qu'elle vide la moelle épinière de sa substance ».

Telles sont les réflexions que nous ont suggérées les résultats de cette approche statistique. Nous pensons qu'elles peuvent être illustrées par l'observation de Monsieur B.

Monsieur B. est un homme de 52 ans, très soigné dans sa présentation, logorrhéique, donnant l'impression de réciter une leçon. Il s'exprime sur un ton à la fois sentencieux et déclamatoire, déclarant en guise de conclusion : « Puis-je espérer une amélioration ? ».

Neuf mois plus tôt, Monsieur B., qui est brigadier dans une grande usine métallurgique des environs, glisse en descendant d'une machine, alors qu'il tenait quelque chose en mains. Il parvient cependant à garder son équilibre et à ne pas tomber sur le sol. Il affirme avoir ressenti à ce moment « une impression de coup de bélier dans les parties, le sang affluant vers la verge, puis refluant vers la région hépatique et rénale, avant de refluer à nouveau vers la verge ». Ayant continué à travailler après cet incident, il ressent alors « une sensation de palpitation périnéale répercutée au cerveau ». Peu après, il constate qu'il a du sang dans les selles et que ses urines ont une teinte rosée. Il se découvre impuissant et accuse une certaine asthénie. Enervé, de plus en plus anxieux, il arrête le travail et se trouve en congé de maladie. Une analyse hématologique décèlerait une légère anémie et il reçoit dès lors des injections de Durabolin et de Pernaemon. Une exploration radiologique du tube digestif s'avère négative. Le patient consulte alors un neuropsychiatre qui prescrit du Seresta, du Priamide et de l'Halopéridol ; par ailleurs un EEG s'avère normal.

Trois mois et demi plus tard, il se sent relativement moins anxieux et reprend progressivement le travail, faisant les équipes de quatorze à vingt-deux heures. Il dort mal malgré un cachet contenant 400 mg de meproamate,

150 mg de Séconal, 150 mg d'Amytal et 25 mg de chlorpromazine. Il redevient anxieux, se plaignant particulièrement de sensations de constriction gastrique et même d'impossibilité d'avaler ses tartines au travail. Finalement, le 1^{er} septembre, « se sentant à bout de forces » et extrêmement préoccupé d'être passé de 63 à 61 kilos, il arrête le travail s'estimant « surmené par l'emploi ».

On ne relève pas d'antécédents psychopathologiques dans la famille. Le père, batelier devenu magasinier, est décédé à 77 ans d'un accident vasculaire cérébral. La mère est décédée à l'âge de 88 ans, durant la nuit qui a précédé la consultation de notre patient, dans une maison de repos où elle séjournait à la suite également d'un accident vasculaire cérébral. Le frère aîné est mort à 59 ans, deux ans auparavant.

Après une enfance apparemment sans problèmes, B. termine ses études dans une école de mécanique industrielle, puis il suit des cours du soir jusqu'à l'âge de 19 ans, pour commencer ensuite à travailler. Mobilisé en 1940, il n'est pas fait prisonnier et dès 1944 il entre dans l'entreprise métallurgique où il est encore occupé actuellement. En 1942, à 26 ans, il s'était marié. Son épouse avait à l'époque 23 ans. Elle est enceinte au début du mariage, mais une malformation du bassin rend tout accouchement impossible, à tel point que l'on avait dû pratiquer une craniotomie. Depuis lors, les époux suivent la méthode Ogino, pratiquant en outre le coïtus interruptus. *Le patient se demande si cela n'a pas eu un retentissement sur son psychisme.* Il estime cependant que l'entente de son ménage est « parfaite, sans problème ».

Il se décrit comme étant plutôt anxieux, émotif, ordonné, méticuleux dans son travail, habituellement sûr de lui, nerveux intérieurement, irritable mais inhibant son agressivité. D'un naturel anxieux, il admet avoir tendance à s'observer de près, mais trouve que « ce n'est pas exagéré ». Sa santé physique est apparemment satisfaisante, mais il se plaint de palpitations, de céphalées au vertex avec « crispation musculaire et raideur des cheveux ». Il y a quelques années, il avait consulté un spécialiste en endocrinologie à la suite « de sensations d'excitation de la verge pendant le sommeil, avec érection », ce qui, selon lui, entraînait une accumulation de spermatozoïdes qui le contraignait « à avoir des rapports contrairement à ses intentions ». Il y a deux ans, il avait fait réaliser un bilan complet (clinique et biologique) qui s'était avéré très satisfaisant. Cependant la différence, d'ailleurs insignifiante, qui existait entre deux résultats de tests hépatiques le préoccupa énormément.

Tout cela a constitué pour Monsieur B. autant de sources de préoccupations et de méditations, entretenues par des lectures diverses et des conversations auxquelles il attribue la plus grande importance. En ce qui concerne sa polarisation vers son foie, il faut peut-être retenir qu'une de ses belles-sœurs a présenté une dégénérescence hépatique. Par ailleurs, il est connu dans son quartier pour aller chercher de l'eau à une source dépourvue de calcaire, et cela parce qu'une de ses cousines a elle-même souffert de lithiase rénale. Il attache énormément d'importance aux remarques tout à fait générales qu'un guérisseur de la région a faites à sa femme, qui lui avait apporté une de ses photos.

Il s'astreint donc à un régime et à un mode de vie extrêmement régulier.

Un mois avant qu'il ne vienne nous consulter, il devient plus anxieux, sans facteur déclenchant précis, et il dort seulement cinq heures par nuit. Il se dit persuadé que « sa maladie sera lente à guérir ». Il souhaite reprendre le travail, mais il voudrait un emploi qui l'écarte du personnel dont le comportement l'énerve. Il se sent mal à l'aise devant les ouvriers.

Tout au long de l'entretien, il s'appuie sur quelques rapports médicaux antérieurs et sur des résultats d'analyses. Il se demande si son état n'est pas dû « à une mauvaise assimilation » dont il se pose la question de savoir si la responsabilité en incombe au foie, aux reins ou aux intestins. L'insomnie pourrait résulter « d'une destruction des cellules du sommeil, à la suite de la crispation entre l'anus et la prostate ». Ces interprétations ne sont guère ébranlées par des arguments raisonnables.

Ainsi, ce patient de 52 ans est-il un anxieux de longue date, constamment préoccupé par sa santé. Inquiet, pessimiste, il porte toute son attention sur son corps et plus particulièrement sur ses organes génitaux. Sans doute l'accident de travail — au demeurant relativement bénin puisqu'il n'a entraîné aucun dommage décelable — doit-il être incriminé dans l'exacerbation de cette tension anxieuse et sa polarisation hypocondriaque.

Nous sommes là en présence d'une névrose « actuelle » traumatique, qui prend d'abord le caractère d'une névrose d'angoisse (palpitations) pour évoluer ensuite insensiblement sur le mode d'une *névrose hypocondriaque franche*.

L'observation ultérieure, qui s'étend sur plus de deux ans, confirme cette impression. Le traitement anxiolytique prescrit dès le début, comme d'ailleurs les anti-dépresseurs (amitryptiline) donnés en raison de l'existence d'une composante dépressive, restent sans effet. L'influence de l'attitude du psychothérapeute est tout aussi inopérante, qu'il fasse remarquer au patient que son état somatique peut être considéré comme satisfaisant d'un point de vue médical et qu'il ne s'agit que de « troubles fonctionnels », ou qu'il essaie d'entrer dans le jeu de ses interprétations sub-délirantes et de ses revendications.

Chaque tentative de reprise du travail s'accompagne immédiatement d'un état d'asthénie majeure avec nausées et sensations que le patient interprète ainsi : « Si je travaille, mes selles flottent, car la fatigue retombe sur le foie ; autrement, elles tombent ». L'impuissance reste complète avec disparition de tout appétit sexuel.

Ce n'est pas le moindre intérêt de cette observation que de montrer la coexistence de cette impuissance sexuelle et de la localisation des troubles à la moitié inférieure du tronc (périnée et côlon) après un accident de travail intéressant cette région.

RESUME

Il est peu de termes qui aient survécu avec autant de constance aux vicissitudes de la nosologie psychiatrique à travers les âges que celui d'hypocondrie et d'hypocondriaque, et pourtant la question de savoir si l'on peut considérer l'hypocondrie idiopathique comme une entité morbide autonome n'a

pas encore été résolue. En raison des ambiguïtés qui recouvrent toujours ce concept, les auteurs entreprennent d'étudier, à l'aide d'une méthode de traitement statistique par ordinateurs, des informations issues des dossiers cliniques — méthode dont les principes ont été exposés au cours de communications antérieures — de 37 cas pour lesquels on avait été amené à porter le diagnostic de « Névrose hypocondriaque ». A cet effet, ils comparent ce lot à ceux de patients atteints d'affections se traduisant d'une façon privilégiée par un investissement somatique (névroses de conversion et maladies psychosomatiques), par des manifestations anxieuses (névrose phobique et névrose d'angoisse) ou par un état dépressif (dépressions réactionnelles hystériques, dépressions « constitutionnelles », mélancolies). Les corrélations statistiquement significatives obtenues, tant par une approche globale qu'après élimination de l'influence des variables liées à l'âge, au sexe et à l'appartenance ethnique, permettent de dégager un *profil particulier* qui inciterait à conférer une place distincte à cette affection. Dans l'exposé des résultats, l'accent est mis sur les aspects du tableau clinique qui paraissent caractéristiques : importance relative de l'immaturité affective et de l'agressivité contenue, polarisation des plaintes somatiques sur le système ostéomusculaire (courbatures et lombalgies) et sur l'appareil digestif, expression de l'angoisse sur un mode fonctionnel.

SAMENVATTING

Mag men nog spreken van hypochondrische neurose ?

Weinig termen hebben zo bestendig de wisselvalligheden van de psychiatrische nosologie, doorheen de tijd, overleefd als deze van Hypochondrie en Hypochondrisch, terwijl men nog steeds niet weet of de ideopathische hypochondrie als autonoom ziektebeeld voorkomt. Wegens die dubbelzinnigheid hebben de auteurs, met de statistische mogelijkheden van een ordinator, de gegevens bestudeerd van klinische bundels. De principes van de werkwijze werden reeds in vroegere mededelingen uitvoerig toegelicht. Bedoelde bundels beschrijven 37 gevallen, waar men de diagnose gesteld had op « Hypochondrische neurose ». De gegevens van die bundels worden vergeleken met deze van patiënten bij wie de diagnose gesteld was op aandoeningen : met bevoorrechte somatische investering (conversie neurose en psycho-somatische ziekten), met angstverschijnselen (phobie en angstneurose) of met depressie (hysterische reaktionele depressie, constitutionele depressie, melancolie). De statistisch belangrijke correlaties, gevonden zowel bij het globaal behandelen van de gegevens, als na het wegwerken van bijzonderheden gebonden aan de ouderdom, het geslacht of de etnische groepen, geven een *bezonder profiel*, wat erop zou wijzen dat deze aandoening een wel omschreven plaats moet behouden. Bij de uiteenzetting werd de klemtoon gelegd op kenmerkende gegevens van het klinisch beeld : de relatief belangrijke affectieve onrijpheid, de ingehouden agressiviteit, de polarisatie van de somatische klachten rond het dwarsgestreepte spierstelsel (stijfheid en lendenpijn) en rond het spijsverteringsstelsel, die functionele uitdrukkingen zijn van angst.

SUMMARY

What does a diagnosis of hypochondriacal neurosis mean ?

Very few psychiatric expressions are still surviving with such constancy. Still the question stays open to know whether or not hypochondriacal neurosis has to be considered as a pathological entity of his own.

Therefore the authors have studied 37 cases with this diagnosis. The principles of their statistical method with computer treatment of clinical data have previously been outlined. They compare these 37 cases with patients suffering respectively of somatic symptoms (conversion neurosis and psychosomatic illness), anxiety reactions (phobic neurosis and anxiety neurosis) or of a depressive state (depressive reaction in hysteria, constitutionnal depressive state, melancholia).

The significant correlations obtained globally or after eliminating influence of age, sex and ethnic factors lead to a personality profile that inclines the authors to maintain this diagnosis as distinct.

From a clinical point of view the main characteristics are the relative importance of the emotionnal immaturity and of the restrained aggressivity, the existence of somatic complaints mainly muscular (backache) or gastrointestinal which are functional expressions of anxiety.

ZUSAMMENFASSUNG

Hat die hypochondrische Neurose noch Bürgerrecht ?

Es gibt wohl kaum Begriffe, die den Wechsel in der psychiatrischen Nosiologie im Lauf der Zeit mit solcher Hartnäckigkeit überlebt haben, wie die der Hypochondrie und des Hypochonders, obwohl die Frage, ob die idiopathische hypochondrie als ein autonomes Krankheitsbild angesehen werden kann, noch nicht gelöst ist. Wegen der Unklarheiten, die diese Begriffe noch immer belasten, entschlossen sich die Verfasser dazu, 37 Fälle, die als « hypochondrische Neurose » diagnostiziert wurden, zu untersuchen, und zwar mittels einer statistischen EDV-Bearbeitung der sich aus den klinischen Unterlagen ergebenden Informationen. Diese Methode wurde in vorgehenden Berichten erläutert. Diese Informationen wurden dann mit denen anderer Patienten verglichen, deren Erkrankung sich vorwiegend in folgender Weise äussert: Umwandlung in somatische Symptome (Konversionsneurosen und psychosomatische Krankheiten), Ängstlichkeitsäusserungen (Phobie- und Ängstlichkeitsneurosen) oder depressive Zustände (reaktionelle hysterische Depressionen, « konstitutionelle » Depressionen, Melancholie). Die bei der Gesamtbewertung sowie nach Ausschaltung der variablen, von Alter, Geschlecht und ethischer Zugehörigkeit abhängigen Faktoren, ergeben sich statistisch bedeutsame Wechselbeziehungen, aus denen sich ein spezifisches Profil herauschälen lässt, das

dieser Erkrankung einen eigenen und gesonderten Platz zuweisen könnte. Bei der Darlegung und Auswertung der Ergebnisse wurde der Akzent auf die als charakteristisch erscheinenden Aspekte des klinischen Bildes gelegt: relative Bedeutung der affektiven Unreife und der Aggressivität, Polarisation der somatischen Beschwerden und Klagen auf die quergestreifte Muskulatur (Muskelkater und Lumbago) und auf den Verdauungstrakt, funktioneller Ausdruck der Angst.

RIASSUNTO

Ha la nevrosi ipocondriaca diritto di cittadinanza ?

Sono pochi i termini che siano sopravvissuti con pari costanza alle vicissitudini della nosologia psichiatrica lungo gli anni quanto quello di Ipocondria e di Ipocondriaco, e tuttavia se l'Ipocondria Idiopatica possa venir considerata un'entità patologica a sé stante resta nel dubbio. Proprio per l'ambiguità che aleggia attorno a tale concetto gli autori intraprendono lo studio, mediante una metodica statistica poggiatesi sulla raccolta delle informazioni, mediante ordinatori, delle cartelle cliniche-metodica esposta nei suoi principi in precedenti comunicazioni, 37 casi diagnosticati come « Nevrosi Ipocondriaca ». Per ciò gli autori confrontano questo gruppo con quelli di pazienti colpiti da sintomatologia a prevalente espressione somatica (nevrosi di conversione e malattie psicosomatiche), manifestazioni ansiose (nevrosi fobica e nevrosi d'angoscia), a stato depressivo (depressioni reattive isteriche, depressioni « costituzionali », melancolia). Le correlazioni ottenute statisticamente significative, sia attraverso un approccio globale sia dopo eliminazione dell'influenza di variabili connesse con l'età, con il sesso e l'appartenenza etnica, consentono di inferire un *profilo particolare* che spingerebbe a conferire a questa affezione un'entità distinta. Nell'esposizione dei risultati, l'accento é collocato sugli aspetti clinici che apparivano caratteristici: importanza relativa dell'immaturità affettiva e dell'aggressività contenuta, polarizzazione del lato somatico sul sistema muscolo-striato (reumatalgie e lombalgie), e sull'apparato digerente, espressione dell'angoscia con modalità funzionale.

RESUMEN

Debe citarse la neurosis hipocondriaca ?

No hay muchos terminos que hayan sobrevivido con tanta constancia a las vicisitudes de la nosología psiquiátrica a través del tiempo como el de hipocondria o hipocondriaca, y aun así la cuestión de saber si se puede considerar la hipocondria idiopática como una entidad morbida autónoma no se ha resultado todavía. Teniendo en cuenta las ambigüedades que recubren siempre este concepto, los autores emprenden el estudio con el auxilio de un método de tratamiento estadístico por ordenadores de informaciones sacadas de los dossiers clínicos: método del que los principios han sido expuestos en el curso de comu-

nicaciones anteriores, 37 casos que se habían diagnosticado de « Neurosis Hipocondriacas ». A este efecto, comparan este lote al de los pacientes con afecciones que se traducen de una manera privilegiada por una predilección somática (neurosis de conversión y enfermedades psicósomáticas), manifestaciones ansiosas (neurosis fóbica y neurosis de angustia) o un estado depresivo (depresiones reaccionales hísticas, depresiones « constitucionales », melancolias). Las correlaciones significativas obtenidas estadísticamente, permiten separar un *perfil particular* que incitaría a conferir a esta afección un puesto distinto ; tanto por una aproximación global, que después de la eliminación de la influencia de variables ligadas a la edad, al sexo y a la pertenencia étnica. En la narración de los resultados, se puso el acento sobre el aspecto del cuadro clínico que parece característico : la importancia relativa de la inmadurez afectiva y de la agresividad contenida, polarización de quejas somáticas sobre el sistema musculoesquelético (curbaturas y lumbagos) y sobre el aparato digestivo, expresión de la angustia de una manera funcional.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE J. Cité par Ey H. In : « *Hypocondrie* ». *Etudes psychiatriques*. Paris, Desclée de Brouwer, 1950, vol. II, p. 459.
- ADRIAENS G. Psychodynamique de l'hypocondrie. *Feuilles Psychiatriques de Liège*, 1971, 4, 213-220.
- BERGERET J. Les Etats-Limites. *Encycl. Méd. Chir.-Psychiatrie*, 1970, fasc. 37395 A 10.
- BERGOUIGNAN M., DEMANGEAT M. Les lombalgies. Perspectives psychosomatiques. *Rev. Méd. psychosom.*, 1960, 2, 71-76.
- CHRZANOWSKI G. Neurasthenia and hypochondriasis. In : *American handbook of psychiatry*. New York, Basic Book, 1959, vol. I, pp. 258-271.
- DUPRE E., CAMUS P. Les cénesthopathies. *Encéphale*, 1907, 2, 616-631.
- EY H. *Hypocondrie*. *Etudes psychiatriques*. Paris, Desclée de Brouwer, 1950, vol. II, pp. 453-482.
- FERENCZI S. From the 4th of the published letters to Freud, March 16th, 1912. In : Ladee G.A., *Hypochondriacal syndromes*. Elsevier, 1966, p. 38.
- FREUD S. Pour introduire le narcissisme. In : *La vie sexuelle*. Paris, PUF, 1970, 160 pages.
- GILLESPIE R.D. Hypochondria. In : Ladee G.A., *Hypochondriacal syndromes*. Amsterdam, Elsevier, 1966.
- KEHRER H.E. Der Hydrocephalus internus und externus. Seine klinische Diagnose und Therapie. In : Ladee G.A., *Hypochondriacal syndromes*. Elsevier, 1966.
- KENYON F.E. Hypochondriasis : a clinical study. *Brit. J. psychiat. soc. Work*, 1964, 110, 478-488.
- LADÉE G.A. *Hypochondriacal syndromes*. Amsterdam, Elsevier, 1966, 424 pages.
- MELON J., TIMSIT M. Etude statistique sur la psychopathologie des immigrés. *Acta psychiat. belg.*, 1971, 71, 98-120.
- MIROUZE R. Névroses « actuelles ». Neurasthénie, névrose d'angoisse, hypocondrie névrotique, névroses traumatiques. *Encycl. Méd. Chir.-Psychiatrie*, 1967, fasc. 37330 A 10.
- PICHOT P. Les dimensions des dépressions. *Evolut. psychiat.*, 1969, 34, 297-312.
- REDLICH E. Über Psychosen bei Neurasthenikern, Berlin, 1902. In : Ladee G.A., *Hypochondriacal Syndromes*. Amsterdam, Elsevier, 1966, p. 38.
- SAPIR M., CANET L. Aspects psychosomatiques de la rhumatologie. *Encycl. Méd. Chir.-Psychiatrie*, 1967, fasc. 37480 A 10.
- SEGLAS J. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris, Salpêtr., 1895.
- SELVINI M. Psychopathologie du Vécu Corporel. *Evolut. psychiat.*, 1967, 32, 147-171.
- STEKEL W. Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. 4th edit. Berlin-Vienne, 1908, 1924. In : Ladee G.A., *Hypochondriacal Syndromes*. Amsterdam, Elsevier, 1966.

TIMSIT M., SABATIER J. L'emploi des ordinateurs en clinique psychiatrique. *Acta psychiat. belg.*, 1973, 73, 272-301.
 VEITH I. *Histoire de l'hystérie*. Paris, Seghers, 1972, 285 pages.

Discussion

M. P. Ch. Van REETH (Bruxelles). — Pourriez-vous préciser la répartition des sexes parmi les patients qui ont reçu la diagnostic d'hypocondrie ? Ma question a pour but de mettre en évidence le caractère souvent « projectif » du diagnostic posé par un psychiatre.

M. M. TIMSIT. — Dans l'ensemble, nous avons une population à peu près égale de femmes et d'hommes. Je pense toutefois que votre remarque est justifiée : ainsi, parmi les observations que nous avons retenues pour illustrer notre propos, nous avons choisi six hommes et une femme, alors que nous avons une population à peu près égale pour chaque sexe. Ce n'est pas par hasard. La différence devient significative avec les dépressions hystériques et la névrose phobique, c'est-à-dire que le diagnostic porté chez la femme est plus volontiers celui d'hystéropathie ou de dépression hystérique. Chez l'homme on parlerait « d'obsessionnalité », de troubles psychosomatiques, d'hypocondrie. Il se trouve que dans notre groupe, cette proportion n'a pas été celle que vous attendiez. Elle n'est d'ailleurs pas signalée dans la littérature.

M. E. EVRARD (Liège). — D'après l'expérience que je puis avoir des hypocondriaques, il me semble qu'en général leurs plaintes ne sont pas très différentes de celles des neurasthéniques — si l'on ose encore employer cette dénomination — mais que la caractéristique de la composante hypocondriaque ou de la névrose hypocondriaque c'est l'insistance, l'intensité de l'auto-concentration de ces plaintes, c'est le mode d'expression qui est beaucoup plus sthénique, semble-t-il, que dans d'autres névroses. C'est cet élément qui, à mon avis, donne une certaine note hypocondriaque à la symptomatologie offerte par le malade.

M. M. TIMSIT. — Je suis tout à fait d'accord avec votre observation. Elle rejoint celle que Sommer a formulée d'une façon lapidaire et didactique : « L'hypocondriaque doute tandis que l'hystérique constate ». C'est ce doute qui explique que l'hypocondriaque apporte une telle insistance dans la réitération de ses plaintes. Nous n'avons pas pu appréhender cet élément par le biais de notre système de codage, sinon d'une façon très indirecte, par le biais du diagnostic de personnalité et j'ai indiqué précisément qu'une relation significative s'était dégagée au niveau de la polarité obsessionnelle. Je pense qu'on pourrait effectivement voir là le reflet de cette insistance liée à un doute fondamental.

De tels résultats sont certes marqués par une sécheresse inhérente à toute approche statistique, mais je pense qu'ils offrent tout de même l'intérêt de susciter une certaine discussion. Il ne s'agit pas ici d'une étude dynamique, mais plutôt d'une approche indirecte de la relation que le médecin établit avec le névrosé hypocondriaque, relation que nous percevrions à travers le point de vue qu'il formule sur lui.

Lorsqu'on suit des névrosés hypochondriaques en psychothérapie, on est frappé par cette résistance qu'ils opposent à l'établissement d'une relation transférentielle valable, relation qu'ils finissent toujours par rompre. Je viens d'ailleurs d'en vivre la malheureuse expérience après six ans de traitement d'un cas très évocateur. On pourrait aussi voir le reflet de cette insistance des malades dans la nature des appréciations des médecins sur leur immaturité et leur agressivité contenue. Peut-être sont-elles péjoratives et traduisent-elles le déplaisir éprouvé par le médecin devant cette insistance ? Tout cela, bien entendu, est matière à ample discussion.

M. S. CRAHAY (Bruxelles). — Je remercie MM. Timsit et Dugardin de cette très intéressante communication, qui a déjà suscité une fructueuse discussion mais qui mériterait encore de provoquer un nouvel échange de vues lorsque nous aurons la possibilité de la relire à tête reposée après sa parution dans nos *Acta Psychiatrica Belgica*. Nous aurons alors les chiffres en mains et éventuellement les résultats pourraient en être confrontés avec ceux d'autres études faites peut-être par les moyens de l'informatique, car je crois qu'effectivement il serait souhaitable de rassembler un jour divers chercheurs et divers groupes d'étude à cet égard : cela ne manquerait certainement pas d'intérêt.

M. TIMSIT
 Service de Psychologie
 Médicale et de Médecine
 Psychosomatique
 Université de Liège
 Boulevard de la Constitution 153
 B-4000 Liège (Belgique)
