

## Le rôle de la Thérapie cognitivo - comportementale (TCC) dans la modification des croyances reliées à la santé chez un sujet atteint par l'hypochondrie

(La Crainte excessive d'avoir une maladie)

Dr M'hamel Assia

Université Alger2

### The role of Cognitive Behavior Therapy (CBT) in modifying health-related beliefs in hypochondria-affected individual (Excessive fear of having disease)

#### Résumé:

Toute personne dispose de ses propres croyances concernant sa santé physique. Ces derniers sont responsables des comportements associés à son état de santé reliés au sommeil, à l'alimentation à l'exercice physique et aux moyens de protection contre les agents exogènes. Matarazzo distingue en 1984 deux types de comportements de santé : les comportements pathogènes qui sont les comportements qui diminuent la santé et les comportements immunogènes qui sont les comportements qui améliorent la santé. Ces comportements dépendent de facteurs cognitifs et affectifs autrement dit le sujet est influencé par ses croyances et ses émotions lorsqu'elle adopte un comportement de santé. Dans l'hypochondrie (crainte excessive d'avoir une maladie selon le DSM5) les comportements sont pathogènes puisque le sujet est focalisé sur sa santé physique et ressent une peur excessive qui le bouleverse et le dysfonctionne. Cette catégorie de personnes a représenté un échantillon important dans l'étude des croyances reliés à la santé. Toutefois la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a bien prouvé son utilité dans la réduction de la détresse psychologique chez ces patients. Notre intérêt est porté sur l'étude de ces croyances à travers l'exploration des croyances d'un sujet hypochondriaque biaisés par les expériences vécues depuis le jeune âge qui l'amènent à adopter des comportements pathogènes qui diminuent de sa santé à travers la répétition des consultations chez les spécialistes, les attaques de panique, la désorganisation de la vie professionnelle et sociale. Nous nous intéressons aussi à la TCC plus particulièrement à la restructuration cognitive et son rôle dans la diminution de la modification des croyances reliés à la santé d'où l'amélioration de sa santé à travers la réduction des attaques de panique, la réduction des examens médicaux et l'amélioration de la vie professionnelle et sociale. Signalons que la méthode entreprise dans l'étude est la méthode pré-expérimentale avec le protocole à cas unique.

**Mots clés :** croyances reliées à la santé, hypochondrie, La crainte excessive d'avoir une maladie, TCC.

#### Abstract:

Everyone has their own beliefs about their physical health. The latter are responsible for behaviors associated with his state of health related to sleep, diet to physical exercise and means of protection against exogenous agents. In 1984, Matarazzo distinguished two types of health behaviors: the pathogenic behaviors that are behaviors that decrease health and immunogenic behaviors that are behaviors that improve health. These behaviors depend on cognitive and affective factors, in other words the subject is influenced by his beliefs and emotions when he adopts a health behavior. In hypochondria (excessive fear of having a disease according to the DSM5) the behavior is pathogenic since the subject is focused on his physical health and feels an excessive fear that upset him and the dysfunction. This category of people represented an important sample in the study of health beliefs. However, cognitive behavioral therapy (CBT) has proved its usefulness in reducing psychological distress in these patients. Our interest is focused on the study of these beliefs through the exploration of the beliefs of a hypochondriac subject skewed by the experiences lived from the young age which lead him to adopt pathogenic behaviors which diminish his health through the repetition. consultations with specialists, panic attacks, disorganization of professional and social life. We are also interested in CBT more particularly in cognitive restructuring and its role in reducing the modification of beliefs related to health, hence the improvement of its health through the reduction of panic attacks, reduction of exams medical and the improvement of professional and social life. Note that the method undertaken in the study is the pre-experimental method with the single case protocol.

**Key Words:** health beliefs, hypochondria, excessive fear of disease, CBT.

Date de soumission: 22/02/2019

Date d'acceptation: 22/02/2019

Date de publication :20/03/2019

## Introduction

L'hypochondrie (crainte excessive d'avoir une maladie grave) est caractérisée par une préoccupation centrée sur la crainte ou sur l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée de symptômes physiques ou de manifestations du fonctionnement corporel. Les sujets atteints par cette maladie croient incessamment que leur santé est en danger et vivent celà de manière pénible avec des attaques de panique d'où leur besoin de voir le médecin et d'établir des explorations médicales de manière continue afin de se rassurer et d'éviter que la catastrophe arrive.

Les comportements pathogènes du sujet malade nuisent à sa santé physique et mentale et entravent la vie de tous les jours, ce qui a incité les cliniciens à chercher la thérapie efficace pour ces sujets. A notre tour en tant que chercheur clinicien nous nous demandons si la thérapie cognitivo-comportementale est en mesure de modifier les croyances erronées en relation avec la santé et d'où la réduction des attaques de panique, des comportements pathogènes telles les consultations répétées chez les spécialistes et la documentation excessive et enfin l'amélioration de la vie psychologique, professionnelle et sociale chez le patient pris en charge dans l'étude.

Nous posons de là l'hypothèse suivante : la thérapie cognitivo-comportementale est en mesure de modifier les croyances erronées en relation avec la santé d'où la réduction des attaques de panique, des phobies secondaires ainsi que la dépression, des comportements pathogènes telles les consultations répétées chez les spécialistes et la documentation excessive et enfin l'amélioration de la vie professionnelle et sociale chez le patient pris en charge dans l'étude.

### 1. Les variables de l'étude

#### 1.1. Définition de l'hypochondrie (crainte excessive d'avoir une maladie selon le DSM5)

L'hypochondrie est une préoccupation exagérée d'un sujet sur sa santé, se traduisant par des croyances et attitudes irrationnelles vis-à-vis de son corps, la crainte d'avoir une maladie grave est une relation de défi au médecin, qui est à la fois investi d'un grand pouvoir et condamné à l'échec thérapeutique par le patient.(Tamisier, 2007, p.435).

Ce trouble psychologique se présente chez des gens n'ayant aucune pathologie organique ou chez des individus qui réagissent trop fortement (voire exagérément) aux symptômes de leur maladie physique et ce en dépit d'une réassurance médicale appropriée.

## 1.2. La classification de l'hypochondrie selon le DSM5

L'hypochondrie est appelée dans le manuel diagnostique statistique « La crainte excessive d'avoir une maladie ». Les critères diagnostiques de cette maladie sont comme suit :

- A. Préoccupation concernant le fait d'avoir ou de développer une maladie grave.
- B. Les symptômes somatiques sont absents ou s'ils sont présents, ils sont d'intensité mineure. Si un autre problème médical est présent ou en cas de risque notable de développement d'une affection médicale (p.ex. du fait de la présence d'antécédents familiaux importants) la préoccupation est clairement excessive ou disproportionnée.
- C. Il existe un degré important d'anxiété concernant la santé et la personne s'inquiète facilement de son état de santé personnel.
- D. La personne présente des comportements excessifs par rapport à sa santé (p.ex. effectue des vérifications répétées de son corps à la recherche des signes d'une maladie) ou présente un évitement inadapté (p.ex. évite les rendez-vous médicaux et les hôpitaux).
- E. La préoccupation relative aux maladies n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental tel qu'un trouble à symptomatologie somatique, un trouble panique, une anxiété généralisée, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble délirant à type somatique.

## 1.3. Les caractéristiques diagnostiques

La crainte excessive d'avoir une maladie concerne une préoccupation liée au fait d'avoir ou de pouvoir développer une affection médicale sérieuse et non diagnostiquée (critère A). Les symptômes somatiques sont absents ou, s'ils sont présents, ils sont seulement de faible intensité.(critère B). Une évaluation somatique approfondie ne permet pas d'identifier une affection médicale sérieuse qui pourrait rendre compte des inquiétudes de la personne.

Bien que cette inquiétude puisse être liée à des signes ou des sensations physiques non pathologique, la détresse du sujet n'est pas liée principalement à la plainte physique en elle-même mais plutôt à l'anxiété concernant la signification ou la cause de cette plainte c.à.d. le diagnostic médical suspecté). Si un signe ou un symptôme physique sont présents ,il s'agit souvent d'une sensation physiologique normale(p.ex. une sensation vertigineuse orthostatique),d'un dysfonctionnement bénin et limité (p.ex. des acouphènes transitoires)ou d'un inconfort somatique qui n'est pas généralement considéré comme indicateur d'une maladie (p.ex. des éructations). Si une pathologie médicale diagnosticable est présente, l'anxiété et les préoccupations de la personne sont clairement excessives et disproportionnées par rapport à la sévérité du trouble (critère B).

Les inquiétudes et les préoccupations liées à l'idée qu'une personne puisse être malade sont accompagnées d'une anxiété notable concernant la santé et la maladie(critère C). Les individus présentant une crainte excessive d'avoir une maladie s'inquiètent facilement à propos d'affections médicales, notamment quand ils entendent parler de quelqu'un tombé malade ou lorsqu'ils lisent des nouvelles portant sur la santé. Leurs inquiétudes concernant une maladie non diagnostiquée ne sont pas calmées par les rassurements médicaux habituels, la négativité des tests diagnostiques ou une évolution bénigne. Les tentatives de rassurement du médecin et le traitement symptomatique ne sont généralement pas suffisants pour diminuer les inquiétudes de la personne et peuvent également l'augmenter. Les préoccupations concernant les maladies tiennent une place importante dans la vie de l'individu, affectent ses activités et peuvent même entraîner une invalidité. La maladie devient une caractéristique centrale de l'identité et de l'auto-perception de la personne, un sujet fréquent de son discours social et une réponse caractéristique aux évènements stressants de la vie. Les individus présentant ce trouble s'auto-examinent de façon répétée (p.ex. en examinant leur gorge dans un miroir) (critère D). Elles s'informent de manière excessive sur la maladie suspectée p.ex. sur Internet) et recherchent de façon répétée un rassurement auprès de leur famille, de leurs amis ou des médecins. Ces ruminations incessantes deviennent souvent frustrantes pour l'entourage et peuvent entraîner une tension considérable au sein de la famille. Dans certains cas, l'anxiété mène à un évitement exagérée de situations (p.ex. rendre visite à des parents malades)

d'activités(p.ex.l'exercice)dont ces personnes craignent qu'elles puissent mettre leur santé en danger (Crocq & Guelfi, 2015, pp. 372-373).

#### **1.4. Hypochondrie et croyances reliées à la santé**

Les croyances erronées reliées à la santé sont associées à l'anxiété face à la santé et jouent un rôle dans le maintien des symptômes hypocondriaques. (Pelletier, Gosselin, Langlois & Ladouceur, 2002). Ces symptômes sont l'utilisation abusive des services médicaux, l'absentéisme au travail, la prise de médicaments, de comprimés, de vitamines ou encore l'adoption d'un régime et des exercices rigoureux comme les diètes .Au fil du temps ces comportements portent atteinte à la santé physique et mentale du sujet, ce qui nécessite l'intervention d'une psychothérapie.

#### **1.5. Le diagnostic différentiel**

Le premier diagnostic différentiel à prendre en considération est l'existence d'un trouble médical sous-jacent notamment des problèmes neurologiques ou endocriniens, d'un cancer occulte ou d'autres maladies affectant des systèmes multiples. Le deuxième diagnostic réside dans l'indisponibilité de s'assurer que le malade ne soit pas atteint par les troubles à symptômes somatiques significatifs diagnostiqués par troubles à symptomatologie somatique.

Il ya aussi l'anxiété généralisée comme troisième diagnostic différentiel ou le clinicien doit s'assurer qu'il ne s'agit pas d'anxiété généralisée ou le malade s'inquiète de situations d'évènements ou d'activités multiples comme la santé et qu'en réalité c'est une crainte présente excessive concernant sa santé.

Les troubles obsessionnels –compulsifs et apparentés est le quatrième diagnostic à rechercher avant de poser le diagnostic de la crainte excessive d'avoir une maladie.

Et le dernier diagnostic est que certaines personnes présentant un épisode dépressif caractérisé ont des ruminations concernant leur santé pour cela un diagnostic séparé de la crainte excessive d'avoir une maladie ne peut être établi si ces préoccupations surviennent seulement durant l'épisode dépressif caractérisé.

## **1.6. Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et Hypochondrie (crainte excessive d'avoir une maladie)**

La TCC a prouvé son efficacité à travers les techniques utilisées avec les sujets souffrant d'hypochondrie telles que l'exposition aux croyances reliées à la santé qui sont de caractère phobogène, la restructuration cognitive qui consiste à demander au malade d'énoncer les croyances puis les enregistrer et après les discuter avec le thérapeute et enfin les substituer.

## **2. Les outils de mesure**

### **2.1. Le questionnaire des croyances reliées à la santé (QCRS)**

C'est un questionnaire élaboré par Pelletier, Gosselin et Ladouceur en 2000 pour évaluer les croyances générales face à la santé ,il est composé de 18 items dont l'analyse factorielle donne des composantes : le sentiment de responsabilité envers la maladie, les caractéristiques définissant une bonne santé, les conséquences associées à la maladie et la pensée magique qui réfère au principe que la maladie peut se déclencher par des moyens qui ne déclenchent pas la maladie normalement et enfin le sentiment de vulnérabilité face aux maladies.

### **2.2. Le questionnaire des peurs :**

Elaboré par Marks et Matthews en vue d'évaluer les problèmes phobiques rencontrées en clinique ainsi que l'anxiété et la dépression concomitante.Nous l'avons utilisé pour explorer la phobie de la maladie et les phobies secondaires ainsi que l'anxiété et la dépression.

## **3. Plan de l'étude**

C'est le plan de recherche pré-expérimental, protocole à cas unique AB qui rend possible une compréhension plus fine des comportements de l'individu évalué avant et après le traitement afin de mesurer minimalement le changement associé à ce traitement (Lonescu & Blanchet, 2009, p.83). Dans notre étude nous ferons un pré-test et un

recueil de données concernant l'anamnèse et la maladie en phase A et nous ferons suivre par la phase B ou nous appliquerons la TCC.

#### 4. Vignette clinique

##### 4.1. Présentation du cas

Monsieur M.A est un homme âgé de 38 ans, niveau universitaire et cadre dans une boîte privée, marié avec une universitaire qui travaille dans entreprise publique et Ils ont deux enfants et ils habitent à Alger .Meur est issu d'une famille de classe moyenne et il a un frère et une sœur. Il s'est présenté depuis deux années (le 06-02-2016) à notre consultation de psychologie avec les symptômes suivants : une douleur au niveau de la poitrine, un serrement au niveau de la tête, la sensation de fatigue, une gêne abdominale, une pression au niveau de la prostate, des insomnies et des cauchemars suivis d'une urination et enfin un sentiment de dégoût et de déprime importants. Ces symptômes remontent à un mois et le début du traitement psychiatrique était le 11-01-2016 pour une durée de 20 jours avec ½ comprimé de Deroxat la matin. Le patient a constaté que la consommation de ce médicament n'a fait qu'accentuer son anxiété notamment la peur de manquer le contrôle qui l'a bien exprimé pendant l'entretien clinique « le balcon من كشربت الدوا قلت لو كان نرمي روحي من ». Ces idées effrayantes a amené le patient à vouloir comprendre le pourquoi de cette peur et a consulté un deuxième psychiatre à Alger qui lui a posé le diagnostic de dépression et lui a bien expliqué l'anxiété concomitante à la dépression ,mais ceci n'a pas réduit la peur excessive de notre patient qui se faisait accompagné par son chauffeur car il était incapable de conduire .Au contraire il a continué à lire et rechercher la cause de ses sensations. La recherche des explications auprès d' un membre de sa famille qui était un professionnel de la santé avec qui j' avait de bons liens a aboutit à son orientation dans notre cabinet de psychologie.

##### 4.2. Analyse fonctionnelle

L'application de l'analyse fonctionnelle de « Marchand » et « Letarte » a aboutit aux données suivantes:

**Facteurs prédisposants:**

Les entretiens diagnostiques ont révélé que notre malade a été élevé par des parents très soucieux traités concernant la maladie, très attentionnés à leurs enfants traités par les anxiolytiques que le père a arrêtés après 2 années de traitement mais la maman continue à les prendre jusqu'à présent. Ces données ont été confirmées par les expressions du malade lui-même. « je sais que mon père avait peur de la maladie » dit-il et ajoute « كنا كندوشو يغلق كلش ».

Les questions de l'entretien diagnostique ont confirmé aussi la grande peur et la protection de la maman beaucoup plus que celle du père exprimée ainsi : « Je pense qu'elle était plus inquiète que mon père ». « هي ثاني توسوس بزاف عاي المرض ». « d'où son hypersensibilité à l'égard de la maladie renforcée par des événements phobogènes à un âge très jeune qui le rendaient très peureux et dont il n'a jamais parlé sauf dans notre consultation. Cet événement consistait dans l'atteinte de son frère par l'épilepsie « j'ai vécu dans la peur entre 5 et 10 ans et je voyais souvent mon frère tomber » « كان يطيح و « يترععد ».

Les documentaires sur le cancer de gorge à 10 ans avaient aussi un effet phobogène « j'avais même mal à la gorge lorsque je finissais de voir le documentaire ». A 11 ans le patient rapportait qu'il ressentait une peur excessive lorsqu'il regardait les documentaires sur le Sida. « je me rappelle que j'avais très peur de la maladie ». A 12 ans le patient se rappelle avoir passé un moment de détresse très difficile avec une crainte de la mort et du sang après avoir assisté à un accident où une fille a été blessée et son visage complètement couvert de sang. A 18 ans le patient a vu un homme tomber du haut d'une montagne et à ce propos il dit « je me rappelle que j'étais angoissé et je n'ai pas dormi pendant 3 nuits ».

En conclusion l'ensemble de ces événements ainsi que le profil psychologique des parents et la maladie du frère ont rendu le malade vulnérable sur le plan biologique et psychologique aux sensations physiques qui rappelaient la maladie et la mort.



**Facteurs précipitants:**

Se sont les évènements qui ont déclenché les premiers malaises et qui sont comme suit: En septembre 2015 Monsieur a appris de manière brutale que son copain est mort par le cancer après l'échec de la chimiothérapie. Pendant la même période « un gars du cartier est mort par le cancer du colon »dit-il. Il rajoute « je me rappelle avoir été choqué quand j'ai vu un homme à l'hôpital Mustapha par terre couvert de le sang « الناس دايرين بيه و الدم يخرج من فمو ».

En Aout 2015 « je me rappelle j'étais dans un séminaire et mon responsable a parlé du cancer qui se découvre pas et du décès du mari d'une collègue et là j'ai eu la trouille ».

En conclusion l'ensemble de ces situations réveillaient chez le patient les sensations désagréables chaque fois que les situations se répètent.

**Facteurs déclenchants:**

Se sont Les premières attaques de panique avec quatre ou plus des symptômes décrits dans le DSM5 vécus par le patient sous la forme d'une fatigue, un état de faiblesse avec des jambes molles, les palpitations, des douleurs au niveau du ventre et une incontinence urinaire. C'était le 24 octobre 2015 alors qu'il était entrain de faire des courses dans une grande surface.

Le patient fait plusieurs examens de peur qu'il soit atteint par une maladie grave entre autre un bilan sanguin général qui était normal suivi d'une échographie abdominale sans aucune anomalie. Cet examen était suivi par une consultation chez le gastro-entérologue qui n'a rien signalé de mal. L'urologue a lui aussi infirmé toute atteinte au niveau de l prostate et de l'appareil urinaire en général.

**Facteurs d'entretien:**

Se sont les facteurs qui maintiennent la maladie et dans ce cas la crainte excessive d'avoir une maladie qui sont de nature cognitive dont les idées que nous avons identifiées chez notre patient et qui tournent autour de la peur d'attraper une maladie grave notamment le cancer ou la sclérose en plaque confirmée pour lui par la sensation

des jambes molles qu'il explique par cette maladie et qu'il appuyait par sa documentation excessive.

Les facteurs d'entretien de nature sociale résident dans la dépendance au travail du patient au travail dans le but de payer sa maison, ce qui l'oblige à faire des heures supplémentaires. L'accompagnement des enfants et l'obligation de patienter dans les bouchons pendant de longues heures stresse le patient et le maintient dans maladie. L'incompréhension de l'épouse qui lui reproche de ne pas faire des efforts et de se laisser aller et de prendre des congés a accentué l'anxiété du malade qui se sent incapable d'expliquer ses sensations non confirmées par une maladie organique. Tout cela n'a fait que sombrer le patient dans un état de crainte excessive d'une maladie grave d'où la répétition des attaques de panique et la crainte de les revivre.

#### **4. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**

Cette thérapie consiste à prendre en charge le patient au niveau cognitif selon l'hypothèse posée tout à fait au début du travail « la thérapie cognitivo-comportementale est en mesure de modifier les croyances erronées en relation avec la santé d'où la réduction des attaques de panique, des comportements pathogènes telles les consultations répétées chez les spécialistes et la documentation excessive et enfin l'amélioration de la vie sociale chez notre patient ».La technique choisie pour tester cette hypothèse est la restructuration cognitive qui consiste à détecter les cognitions irrationnelles délimitées ainsi:

- Je souffre certainement du cancer.
- J'ai peur de mourir et quitter mes enfants, femme et mes parents.
- C'est triste que les gens que j'aime me quittent par des maladies graves.
- J'ai peur que je sois atteinte par une maladie telle le cancer ou la sclérose en plaques vu ce que je ressens au niveau de mon corps.

En constatant l'ensemble de ces idées nous avons conclu que le schéma cognitif responsable de ces idées est la dramatisation des croyances liées à la santé défini comme étant une exagération des sensations physiques. Ces constats ont été confirmés par le malade pendant les entretiens cliniques thérapeutiques qui nous dit qu'il est très

attentionné à son ressenti corporel notamment lorsqu'il entend parler d'une mort subite ou d'une atteinte par le cancer.

Nous avons aussi travaillé avec le patient sur ces idées que nous avons approfondi après l'avoir informé de l'analyse fonctionnelle. Le patient était très impressionné par notre travail analytique ce qui a renforcé sa collaboration. Il a pu noter toutes ses idées tout les jours dans un tableau que nous établi en s'appuyant sur la technique des trois colonnes de Beck(Situation, émotion, comportement,) et en rajoutant deux colonnes que le patient devait remplir par ses cognitions et ses sensations physiques reliées à chaque situation.

Pendant la deuxième période, nous avons tenu à restructurer ces idées à partir de la discussion de toutes ces idées et de leurs cause et leurs conséquences qui représentent les symptômes physiques notamment la sensation de fatigue, des jambes molles, le serrement au niveau de la tête, la gêne abdominale, la pression au niveau de la prostate, les insomnies et le dégoût. J'ai tenu à bien expliquer au patient que la perception de ses sensations comme danger accentuaient ces dernières car cette perception mettait le corps en état de défense considérée comme une situation tout à fait normale et qu'il n'y avait rien de dangereux en réalité. Ces explications scientifiques que j'ai appuyées avec des schémas du système nerveux autonome ont beaucoup soulagé le patient qui est trop rationnel rassuré par les interprétations scientifiques qu'ils trouvaient très convaincantes. Et là j'ai présenté un tableau de 9 colonnes qui contient (Situation, émotion, sensation, comportement, cognition, cognition substitutive (ce que le patient doit dire quand il pense qu'il est atteint par une maladie grave : « mes sensations sont juste une réaction du système nerveux autonomes sans plus », émotion, sensation, comportement).

Nous avons tenu à ce que ce travail soit quotidien afin de favoriser le contrôle de soi et briser l'automatisme cognitif. Il a duré pendant trois séances. En conclusion le plan de travail diagnostique et thérapeutique est représenté comme suit :

1<sup>ème</sup> -5<sup>ème</sup> séance : la collecte des données biographiques, la collecte et la description des symptômes en détail par le malade,l'histoire de la maladie,l'analyse fonctionnelle et le prétest.

6<sup>ème</sup> séance : la présentation de l'analyse fonctionnelle pour le malade, délimitation des comportements cibles et le contrat thérapeutique qui était fixé à 12 séances.

7<sup>ème</sup> -9<sup>ème</sup> séance :Détection des idées irrationnelles et des schémas cognitifs sous-jacents.

10<sup>ème</sup>-13<sup>ème</sup> séance : Restructuration des idées irrationnelles à travers la prise de conscience de l'activité des schémas cognitifs.

14<sup>ème</sup> -17<sup>ème</sup> séance :Entraînement sur le travail cognitif.

18<sup>ème</sup> séance :Post-test et entretien évaluatif et mesure des comportements cible.

## 5. Résultats

### 5.1. Questionnaire des peurs:

Nous avons utilisé ce questionnaire pour explorer les phobies principales chez le malade et leurs répercussions sur les phobies secondaires ainsi que l'anxiété et la dépression.

	Phobie principale	Degré d'évitement	Phobie secondaire	Degré d'évitement	Sentiment pénible	Degré d'évitement
Pré-test	Phobie de La maladie (cancer)	8	Phobie De mort	8	Sentiment de dégoût Sentiment de désespoir	8
Post-test	Phobie de La maladie (cancer)	2	Phobie De mort	3	Sentiment de Gene	5

	L'agoraphobie (0-40)	La phobie du sang et des blessures (0-40)	La phobie sociale (0-40)	La dépression et l'anxiété (0-40)	La gêne du comportement phobique
Pré-test	40	26	16	18	8
Post-test	8	11	6	4	7

### 5.2. Evaluations du malade pour les comportements:

	Douleur au niveau de la poitrine	Serrement de la tête	Pression au niveau de la prostate	Sentiment de dégoût	Envie d'établir des explorations médicales
Pré-test	7	7	9	10	8
Post-test	2	3	4	4	2

### 5.3. Résultats du questionnaire de Beck:

	Score total des items	Score de l'item principal: l'humeur
Pré-test	14	3
Post-test	3	0

### 5.4. Résultats du questionnaire des croyances reliées à la santé:

	Score total	Score de l'item principal: Les conséquences graves et tragiques de la maladie
Pré-test	50	5
Post-test	20	2

## Conclusion

L'hypochondrie (la crainte d'avoir une maladie) est la préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques. Cette préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant. Elle est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. La durée de la perturbation est d'au moins six mois. Cette maladie a été prise en charge avec succès par la TCC à travers la prise en charge d'un sujet atteint d'hypochondrie souffrant de l'idée d'être atteint par une maladie du cancer ou la sclérose en plaque en réaction à des sensations pénibles de malaises au niveau de la poitrine et des jambes molles. Ce malade qui a bien répondu à la

psychothérapie. Cette dernière à réduit de manière remarquable son altération socio-psycho-professionnelle.

**Bibliographie :**

- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Manuel diagnostique et statistique troubles mentaux. Traduction française. France: Masson.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (1996). Protocoles et échelles d'évaluation en Psychiatrie et en Psychologie. Paris: Masson.
- Fontaine, O. (2001,30/07). Soins de santé mentale Primaire. Communication présentée lors du Séminaire international en Psychologie médicale. CIUF-CUF ,30/07 au 9/ 08/2001. [www.ulb.ac.be/medecine/psymed/docu/fontaine2.ppt](http://www.ulb.ac.be/medecine/psymed/docu/fontaine2.ppt)
- Lonescu, S., & Blanchet, A. (2009). Méthodologie de la recherche en psychologie clinique.(première ed.). Paris: Puf.
- Tamisier, J.C. (2007). Grand dictionnaire de la Psychologie. Paris: Larousse.