

Étude comparée de la personnalité des céphalalgiques et de lombalgiques à l'aide du test de Rorschach

M. Boulanger, Meyer Timsit

Citer ce document / Cite this document :

Boulanger M., Timsit Meyer. Étude comparée de la personnalité des céphalalgiques et de lombalgiques à l'aide du test de Rorschach. In: Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives, n°28, 1974. Le Rorschach en psychologie clinique. pp. 17-30;

doi : <https://doi.org/10.3406/clini.1974.1350>

https://www.persee.fr/doc/clini_0373-6261_1974_num_28_1_1350

Fichier pdf généré le 17/05/2018

Résumé

En résumé, cette étude comparée de protocoles Rorschach de patients céphalalgiques et lombalgiques nous a conduits à dégager quelques faits saillants :

- en premier lieu, les distorsions kinesthésiques (K réprimées, K refoulées, choc K), dont des travaux antérieurs avaient montré la fréquence particulière dans les cas de céphalées psychosomatiques, sont effectivement retrouvées beaucoup plus souvent — trois fois plus — chez les céphalalgiques que chez les lombalgiques. Elles sont très vraisemblablement en relation avec le double processus de blocage intellectuel et moteur du passage à l'acte d'agression propre à ce type d'affection ;
- en second lieu, bien que l'échantillon étudié soit relativement restreint — 18 céphalalgiques et 16 lombalgiques —, l'on peut considérer que le profil Rorschach moyen des uns et des autres se rapproche de manière notable de celui qu'il est convenu de décrire dans les maladies psychosomatiques.

Quelques différences statistiquement significatives sont relevées entre les psychogrammes formels des céphalalgiques et ceux des lombalgiques : F + % et Hd plus élevés chez les premiers (O.S. à .10 et à .05), réponses « botaniques » et petites kinesthésies plus fréquentes chez les seconds (D.S. à .01 et à .02). L'élévation du F + % serait l'expression, chez les céphalalgiques d'une plus grande valorisation de la pensée, tandis que la plus grande fréquence des réponses Hd (« tête »), celle d'un investissement électif de l'extrémité céphalique ; chez les lombalgiques, les deux indices traduiraient une certaine immaturité affective ;

- en troisième lieu, l'analyse des contenus permet de décrire une polarité « agressive » chez les céphalalgiques, alors qu'elle semble bien être plus « sexuelle » chez les lombalgiques. Chez ces derniers l'on peut également isoler une thématique spécifique qui se réfère essentiellement à la « verticalisation », ou à des notions de « support » et de « contention ».

Au total, cette étude, bien que limitée, nous paraît illustrer tout l'intérêt que l'on peut tirer de l'utilisation du test de Rorschach en médecine psychosomatique.

ETUDE COMPAREE DE LA PERSONNALITE DE CEPHALALGIQUES ET DE LOMBALGIQUES A L'AIDE DU TEST DE RORSCHACH

par M. BOULANGER et M. TIMSIT (1)

Il est un fait que le test de Rorschach a jusqu'ici été relativement peu employé dans l'étude de la personnalité des malades atteints d'affections psychosomatiques. Les travaux de Philips et Smith (17), Fischer et Cleveland (8), Piotrowski (18), Beck (3) ont pourtant bien montré quel parti on pouvait en tirer même si l'on se limitait à la seule approche formelle. Dans une étude antérieure, portant sur un groupe de 31 céphalalgiques, l'un de nous (24) a tenté d'abonder dans ce sens en faisant valoir qu'on pouvait également l'utiliser comme un instrument de vérification des théories explicatives tirées de la pratique psychothérapeutique.

Les distorsions électives des perceptions kinesthésiques au travers des kinesthésies réprimées, des kinesthésies statiques ou des kinesthésies refoulées lui étaient apparues comme des éléments fondamentaux dans la mesure où elles semblaient bien être l'expression « Rorschach » du processus de double blocage intellectuel et moteur incriminé par Marty et Fain (14) dans la genèse des céphalées psychosomatiques. Ces auteurs considèrent en effet que la liaison entre le symptôme céphalalgique et certaine situation de la motricité représente la voie la plus originale et la plus fructueuse dans l'explication du passage de la situation conflictuelle au mécanisme physiologique céphalique.

Cette assertion est confirmée par l'observation de Morton French (15) datant déjà de 1941, et signalant l'apparition du symptôme à la suite de rêves de patients en analyse lorsque ces rêves exprimeraient des désirs refoulés au moyen d'*images immobiles*, comme si le blocage d'une activité visuelle ou visualisatrice pouvait engendrer la céphalée. Eux-mêmes estiment que chez ces malades, « les *représentations pétrifiées des rêves* seraient en quelque sorte le reflet visuel de la double inhibition (blocage de la représentation d'action puis crainte de l'action) ».

Ainsi, soulignaient-ils, les céphalées psychogènes seraient un indice pathologique d'un tournant capital de la vie de relation dans la mesure où elles sont déterminées par une inhibition psychique en liaison étroite avec l'inhibition motrice du passage à l'acte d'agression.

Il est d'autre part bien établi qu'il existe une parenté entre *kinesthésies et rêves* dans la mesure où ces deux phénomènes répondent à une même catégorie explicative — con-

(1) Département de Psychologie Médicale, 153, bd de la Constitution, 4000 Liège.

densation, déplacement, censure, etc. — de telle sorte que l'analyse qualitative et symbolique de ces réponses kinesthésiques mènent au cœur des problèmes profonds d'un sujet (Anzieu) (2).

La fréquence relative des kinesthésies réprimées, refoulées et statiques retrouvées dans les protocoles de ces 31 sujets céphalalgiques portait à croire que ce type de réponse pouvait correspondre en langage Rorschach à ces images immobiles ou ces représentations pétrifiées des rêves des patients.

Les résultats de cette première étude nous ont incités à étendre la recherche à une population de lombalgiques en formulant l'hypothèse que nous pourrions retrouver ces mêmes distorsions kinesthésiques mais qu'il pourrait également apparaître des points de dissemblance dans les protocoles Rorschach des uns et des autres. La proximité théorique des céphalées par contractions musculaires et des lombalgies fonctionnelles est en effet couramment admise. Dans les deux cas, les symptômes sont l'indice de l'investissement de la musculature striée, voie de dérivation d'états affectifs pathologiques. Marty et Fain (14) voient la racine commune de ces deux affections dans la difficulté de dissocier la pensée de l'action.

I. MATERIEL ET METHODE

La recherche a porté sur 18 sujets présentant des céphalées par contraction musculaire et 16 patients souffrant de lombalgies fonctionnelles. Il s'agissait dans la majeure partie des cas de manifestations pathologiques qui duraient depuis plusieurs années et s'étaient révélées rebelles aux traitements médicamenteux classiques. Toute organicité avait été exclue grâce à des explorations neuroradiologiques et des examens électroencéphalographiques. Ces patients ont tous été vus dans le cadre de consultations de Neurologie et de Rhumatologie (1).

L'âge moyen était de 43 ans, dans le premier groupe et de 35 ans dans le second (tableau I). Les épreuves de signification (différences de variances et différences de moyennes) se sont révélées négatives et nous ont permis de conclure à l'appartenance de nos deux échantillons à la même catégorie de population, en ce qui concerne l'âge (tableaux II et III). Nous avons, en revanche, relevé une différence significative à .05 au niveau du sexe, le groupe de céphalalgiques étant à prépondérance masculine, celui des lombalgiques à prédominance féminine. Aussi avons-nous entrepris une étude comparée plus sélective en reprenant une partie des protocoles Rorschach des céphalalgiques que l'un de nous avait antérieurement étudiés.

Tableau I

Groupe lombalgique		Groupe céphalalgique	
Moyenne :	35,5	Moyenne :	43,11
Médian :	36,56	Médian :	45
σ :	14,69	σ :	13,19

(1) Nous tenons à remercier le Docteur Denis et les Docteurs Franck et Delwaide, agrégés, pour leur précieuse collaboration dans le travail de sélection. Nos remerciements vont également aux Docteurs Hubin et Devoitille-Lejeune.

Tableau II

Céphalalgiques					
Sujets	Age	Sexe	Age de début (durée)	Q.I.	Profession
1. VER.	58	H	48 (10)	116	plombier-zingueur
2. COR.	25	H	22 (3)	117	ajusteur
3. DOY.	49	H	31 (18)	130	employé
4. DAH.	60	H	50 (10)	128	monteur
5. SCH.	35	H	28 (7)	110	chauffeur
6. LER.	19	H	16 (3)	121	étudiant
7. BRI.	18	H	8 (10)	121	étudiant
8. HOU.	40	H	12 (28)	118	cultivateur
9. MOR.	57	H	6-12 (± 45)	130	avocat
10. HEY.	58	H	56 (2)	125	vérificateur
11. DEL.	43	F	28 (15)	122	employée
12. CHA.	41	F	45 (2)	118	coiffeuse
13. OGE.	47	F	14 (33)	—	sans
14. CHA.	49	H	Imprécis	130	agent de publicité
15. DET.	57	F	Imprécis	118	sans
16. DEL.	35	H	32 (3)	107	tisserand
17. LER.	49	F	26 (23)	119	directrice d'entreprise
18. LLA.	36	H	25 (9)	—	soudeur

Tableau III

Lombalgiques					
Sujets	Age	Sexe	Age de début (durée)	Q.I.	Profession
1. SCH.	46	H	45 (1)	100	chauffeur
2. LAV.	30	F	20 (10)	125	sans
3. DRO.	44	F	42 (2)	108	employée
4. HER.	50	F	48 (2)	136	institutrice
5. VAN.	44	F	28 (16)	128	sans
6. LAM.	28	H	27 (1)	103	ouvrier
7. HAB.	58	H	57 (1)	134	professeur
8. SCH.	16	F	13 (3)	130	étudiante
9. KEM.	49	H	48 (1)	136	employé
10. DEC.	25	F	20 (5)	90	femme d'ouvrage
11. CHA.	16	F	15 (1)	112	étudiante
12. JAC.	33	F	26 (7)	125	employée
13. FRA.	16	H	14 (2)	102	étudiant
14. GIL.	40	F	37 (3)	—	vendeuse
15. PET.	56	F	54 (2)	108	sans
16. STA.	18	F	14,5 (3,5)	111	étudiante

Nous avons pu ainsi étudier une population plus homogène puisqu'elle n'était représentée que par des femmes de 25 à 50 ans (tableau VII).

La cotation des réponses Rorschach a été effectuée sur la base du Livret de Beizmann (4). Les résultats ont été traités statistiquement à l'aide de tests non paramétriques (test du médian et test de Mann-Whitney).

II. RESULTATS

A) APPROCHE FORMELLE

Le profil moyen du psychogramme formel de l'ensemble des protocoles est repris dans les tableaux IV et V.

Tableau IV

	Lombalgiques			Céphalalgiques		
	Moyenne	Médian	σ	Moyenne	Médian	σ
R	32,8	28,5	19,36	33,44	27	19,44
BAN %	24,56	24	10,95	21,94	22	11,31
G %	35,9	34,5	11,91	31,55	31	12,60
D %	49,75	50	10,44	52,72	54,5	10,34
Dd %	4,37	2,5	5,19	5,77	0	8,60
Do %	0,75	0	2,07	0,61	0	1,28
Bl %	9,06	8,5	8	8,66	7	7,07
Gbl %						
DblG %	2,06	0,5	2,74	1,38	0	2,35
DDbl %						
DblD %	3,81	1	5,09	1,5	0	2,14
Dbl %	2,1	0	4,18	2,83	1,5	3,29
DblDd %						
Ddbl %	1,12	0	1,87	2,44	0	3,89
F+ %	72,18	73,5	10,39	81,27	80	8,60
F %	67,37	66	12,24	68	66	14,96
A %	47,68	48	15,52	47,72	48	15,09
H %	7,75	7,5	4,59	13,50	12	9,21
VIII+IX + X %	36,25	34,5	7,68	37,55	36	11,44
H.A.S.S. %	12,75	10,5	7,54	17,11	16,5	13
K	0,93	1	1,12	1,22	1	1,13
Kan	1,25	1	1,38	1,66	1,5	1,60
Kp	0,43	0	0,89	0,83	0	1,51
Kobj	0,56	0	0,89	0,50	0	0,69
Σk	2,25	1	2,01	3,05	2	2,94
ΣC	4,62	5	3,31	3,66	2,5	3,46
FC	1,2	1	1,34	0,66	0	1,02
CF	3,06	2,5	2,33	2,66	2	2,51

Tableau V

	Lombalgiques			Céphalalgiques		
	Moyenne	Médian	σ	Moyenne	Médian	σ
C	0,31	0	1,01	0,33	0	0,68
Σ E	3,06	2,5	2,64	2,16	2	2,63
FE	1,31	1	1,45	0,94	1	1
EF	1,31	1	1,45	1,22	1	1,60
E	0,31	0	0,7	0	0	0
Σ Clob	0,56	0	0,92	0,33	0	0,47
A	11,68	11,5	4,12	11,50	11	5,29
Ad	2,43	1,5	3,28	3,27	2,5	3,34
(A)	0,18	0	0,57	0,11	0	0,31
H	1,43	2	0,89	1,72	1	1,57
Hd	0,75	0	1,38	3,22	1,5	4,31
(H)	0,4	0	0,72	0,66	0	1,34
Anat.	3,18	2	2,83	2,61	1,5	3,55
Obj.	3,50	1,5	4,85	2,27	1	3,18
Vêt.	0,87	1	1,15	0,77	0,5	1,23
Bot.	2,18	3	1,73	1,11	1	1,18
Pays.	0,43	0	1,02	0,61	0	1,21
Géo.	0,56	0	1,09	0,38	0	0,77
Archit.	0,25	0	0,77	0,33	0	0,76
Elém.	0,75	0	1,69	0,11	0	0,31
Frag.	1,43	0,5	2,06	1,38	0	1,34
Scène	0,56	0	0,72	0,61	0	0,93
Sg.	0,18	0	0,4	0,33	0	0,59
Sex.	0,31	0	0,6	0,16	1	0,50
Div.	1	1	1,09	1,61	1	2,20

Le tableau VI reproduit le calcul des corrélations effectuées pour comparer les deux groupes. Le tableau VII se rapporte à l'étude plus sélective réalisée chez les sujets céphalalgiques et lombalgiques de sexe féminin de 25 à 50 ans.

Commentaires

Il convient de remarquer que ces profils présentent une certaine similitude avec ceux qu'il est convenu de décrire dans les affections psychosomatiques en général. Pour Philips et Smiths (17) en effet ces protocoles sont essentiellement caractérisés par une réduction du nombre des réponses kinesthésiques (de 1 à 0 K), une somme des réponses couleur pondérée de 3,5 comportant davantage de CF que de FC, et une augmentation du pourcentage des bonnes formes. Chez nos patients, le nombre de réponses kinesthésiques (K) est respectivement, chez les céphalalgiques et les lombalgiques de 1,22 et de 0,93, la somme des réponses couleur de 3,66 et de 4,62, et l'on compte 0,66 FC pour 2,66 CF d'une part et 1,2 FC pour 3,06 CF d'autre part.

Tableau VI

	Médian	X ²		Médian	X ²
R	27	0	ΣC	3	0,99
BAN % ..	23	0,09	FC	1	X ² non utilisable +
C %	32,5	0,11	CF	2	0,09
D %	51	1,06	C	0	X ² non utilisable +
Dd %	1	0,11	CF+C ...	2	0
Do %	0	X ² non utilisable +	ΣE	2	1,77
Bl %	7	0,11	FE	1	X ² non utilisable +
Gbl					
DblG % ..	0	0,40	EF	1	X ² non utilisable +
Ddbl					
DblD % ..	0	0	E	0	X ² non utilisable +
Dbl %	0	1,16	EF+E	1	X ² non utilisable +
DblDd					
Ddbl % ...	0	0	ΣClob	0	0,05
F + % ...	79,5	2,95 significatif à P. 10	A	11	0,01
F %	66	0	Ad	2	0,19
A %	48	0	(A)	0	X ² non utilisable +
H %	9	1,16	H	1,5	0,11
VIII+IX +X %	35	0,50	Hd	1	3,86 significatif à P.05
Hd+Anat+ Sex+Sg %	14,5	0,11	(H)	0	X ² non utilisable +
K	1	X ² non utilisable +	Anat.	2	0,07
Kp	0	0,24	Obj.	1	0
Kan	1	2,38	Vêt.	1	X ² non utilisable +
Kobj	0	0,07	Bot.	2	7,67 significatif à P.01
Σk	2	0	Pays.	0	X ² non utilisable +

En revanche, le F + % n'est conforme à la norme que chez les céphalalgiques (81,27 %) alors qu'il est de 72,18 % chez les lombalgiques. Le calcul statistique permet effectivement de dégager à ce niveau une différence significative à .10 (tableau VI) et à .10 (tableau VII). Cette augmentation significative du F + % corrobore les résultats obtenus par Ross et McNaughton (22) — F + % > 75 % — et par Timsit (24) — F + % à 83.7 — Elle traduit vraisemblablement l'existence chez les céphalalgiques d'une plus grande valorisation de la pensée et d'un recours plus fréquent au contrôle rationnel ; chez certains sujets peut-être serait-elle aussi l'indice d'une répression des affects plus énergiques, le F + %, facteur de freinage, étant, selon Rapaport et al. (20) le témoin de l'efficacité à « différer l'impulsion » et celui de « l'acuité du contrôle critique exercé au cours de ce délai ».

Deux autres différences statistiquement significatives sont également relevées :

1) L'augmentation du nombre des réponses Hd, chez les céphalalgiques également. Elle concerne électivement la réponse « tête » et l'on est amené à supposer que cet

Tableau VII

	Céphalalgiques (18)			Lombalgiques (7)			Signification
	Moy.	S.D.	Med.	Moy.	S.D.	Med.	
Age	38,61	7,17	40,5	38,00	8,93	40	N.S.
R	23,06	9,53	40,5	32,29	17,67	34	N.S.
G %	43,29	16,58	25,5	35,00	10,80	32	N.S.
F %	61,89	17,86	65,5	67,57	10,63	66	N.S.
F + %	85,94	8,45	86,5	75,00	9,15	78	.10
K	0,56	1,10	0	1	1,53	1	N.S.
k	1,78	1,44	2	3,14	2,54	3	.02
ΣC (pondérée) ..	2,78	2,75	2,25	3,36	2,94	1,5	N.S.
CF	1,89	1,91	1	2,57	2,51	1	N.S.
ΣE (pondérée) ..	1,64	0,94	1,5	2,86	2,81	1,5	N.S.
EF	0,89	0,83	1	1,71	1,60	1	N.S.
A %	52,17	15,82	48,5	47,29	9,61	44	N.S.
H %	11,44	7,99	11	9,29	10,80	9	N.S.
ANAT.	2,39	2,03	2	4,43	3,74	3	N.S.
BAN %	31,20	18,23	27	26,29	12,13	29	N.S.

indice serait l'expression de leur investissement électif de l'extrémité céphalique. En témoignent les interprétations « chapeau », « bonnet », « mître », « couronne ».

Comme Timsit (24) l'avait déjà fait remarquer, cet indice prend toute sa valeur de son association avec un *choc au rouge* particulièrement fréquent et intense, phénomène dont on sait qu'il peut exprimer tout autant l'angoisse libidinale que le *refoulement de l'agressivité*. Il n'est pas interdit de penser qu'ici, en l'occurrence, cette double détermination renvoie au mécanisme pathologique qu'évoque Fromm-Reichman (9) pour expliquer « l'apparition du symptôme céphalalgique lorsqu'une hostilité inconsciente dirigée contre l'intelligence de l'objet extérieur se retourne par le mécanisme de la culpabilité contre la propre tête du sujet ». Il est d'ailleurs remarquable que nous retrouvions des contenus de mutilation dans un protocole sur trois.

2) Le second indice concerne les sujets lombalgiques : chez eux, cette plus grande fréquence des réponses « Botaniques » nous paraît renvoyer, si l'on se réfère aux interprétations classiques à un certain degré d'*immaturité affective*.

Compte tenu des réserves que nous avons formulées plus haut, sur la composition des groupes, nous pourrions être tentés d'établir un rapprochement entre cette immaturité et la prépondérance relative de sujets de sexe féminin dans notre série de lombalgiques, plutôt que de la rapporter à l'affection psychosomatique elle-même.

Néanmoins, lorsque l'on prend la précaution de ne comparer que les femmes céphalalgiques et lombalgiques de 25 à 50 ans (tableau VII), l'on constate qu'il existe aussi une différence significative au niveau des petites kinesthésies, à l'avantage des

lombalgiques. Le sens que l'on s'accorde à donner à ce type de réponses nous porte donc à croire qu'il existe bien une relation entre l'atteinte lombalgique et l'immaturité affective.

B) ETUDE DYNAMIQUE

1) Analyse des kinesthésies

Il est classique d'opposer les kinesthésies réprimées aux kinesthésies refoulées, Bohm (6). Les premières sont définies comme des interprétations dont l'origine kinesthésique est incontestable, mais dont l'expression finale s'effectue sous une forme qui les prive précisément de ce caractère kinesthésique. « Le moment kinesthésique » a disparu quand le sujet formule son interprétation, mais il existait avant. » A titre d'exemple, Bohm (6) cite ces réponses : « l'ombre de quelqu'un qui gravit une montagne » (planche IV), « un monument de pierre représentant une personne couchée » (planche VI), « un soldat de plomb au garde à vous » (planche VI), « l'ombre d'un alpiniste » (planche IV). Les kinesthésies refoulées au contraire, sont des réponses dans lesquelles, à *aucun moment*, il n'y a eu de kinesthésie que ce soit lors de l'énoncé de l'interprétation, ou auparavant. L'on considère la plupart des réponses « forme » données à la planche III comme des kinesthésies refoulées, et à titre d'exemple, Bohm (6) cite : « Les caricatures de deux hommes avec de longs cous », (planche III) ; « Un épouvantail à moineaux », (planche IV) ; « Des marionnettes », (planche III).

Pour cet auteur, ces deux catégories de réponses s'opposent également sur le plan de leur signification possible: les premières seraient le reflet d'une lutte entre deux tendances psychiques, d'une part la reconnaissance d'une attitude ou l'identification avec une personne, et d'autre part la résistance qui entend maintenir refoulée dans l'inconscient cette attitude ou cette identification. Dans la mesure où cette résistance est faible, le refoulé fait irruption. Dans ces conditions ces kinesthésies réprimées seraient un signe de dénouement et l'indice d'un processus de relâchement, montrant l'avenir en quelque sorte. A l'inverse, les kinesthésies refoulées seraient plutôt un signe d'inhibition, témoin d'un processus névrotique achevé, et montrant le passé. Dans tous les cas Bohm (6) précise que de telles réponses sont relativement rares dans les protocoles Rorschach. Comme nous l'indiquerons un peu plus loin, il ne nous a pas semblé que la signification de ces processus répressifs des kinesthésies pouvaient se résumer exclusivement dans cette dialectique dénouement-inhibition, avenir-passé.

A côté de ces deux modalités privilégiées, Bohm (6) a fait également intervenir le *choc kinesthésique* qui consiste dans l'absence complète d'interprétation kinesthésique aux planches prévues pour les kinesthésies (planches, I, II, III, IX) chez un sujet ayant normalement une disposition kinesthésique. D'ordinaire, ce phénomène s'accompagne également d'une baisse sensible du niveau général des interprétations (Loosli-Usteri, 11.)

Le choc kinesthésique est considéré comme un effet particulier d'un choc consistant à empêcher la production d'une interprétation kinesthésique, le plus souvent liée à l'apparition de la couleur rouge aux planches II et III, ou encore quelques fois à celle de la couleur foncée à la planche XI ou des couleurs bigarrées à la planche IX. Il semble bien établi que ce choc exprime une forme particulière de défense contre l'angoisse qui consiste dans un véritable raidissement, un « blindage de la musculature » selon les

termes de Bohm (6) correspondant au réflexe de « faire le mort » des animaux. Il est donc corrélatif d'une hypertonie générale.

En 1953, Philips et Smith (17) ont introduit une nouvelle catégorie de réponses kinesthésiques dont ils pensent précisément qu'elles sont typiques des protocoles de patients atteints de maladies psychosomatiques, ce sont les kinesthésies « statiques ». Ils les définissent comme des réponses qui expriment les mouvements dans lesquels des personnages sont en train d'exercer un effort quelconque qui a la particularité de ne point se déployer à travers l'espace. Il cite à titre d'exemple le fait de « lever les bras », « supporter quelque chose », « se sentir debout », « s'étendre », « essayer d'atteindre », etc.

Ce sont ces différentes catégories de modalités de répression des kinesthésies que nous nous sommes particulièrement attachés à relever dans les protocoles de nos patients.

Chez les 18 céphalalgiques, 11 sujets donnent soit une kinesthésie réprimée, soit une kinesthésie refoulée, soit un choc kinesthésique. Parmi les autres sujets, 3 donnent des kinesthésies statiques, 3 ne donnent qu'une seule grande K et un sujet ne donne aucune kinesthésie. Cette proportion est très proche de celle que Timsit (24) avait obtenue chez 31 sujets céphalalgiques.

Nous pouvons relever des interprétations telles que « dessin de nègres autour d'une marmite », « deux choses en train de synchroniser leurs gestes », « deux personnages dos à dos... ou ce sont des poupées dos à dos sur un morceau de bois », « deux bons-hommes qui veulent soulever quelque chose », ça a l'air plutôt désarticulé... comme des petits polichinelles, « quelqu'un qui joue à saute-mouton... pris de près avec un appareil photo », « le K.K.K., avec une mitrailleuse en main, accroché à un verre sur pied », « des peintures primitives de bisons comme il y a dans les grottes ».

L'on peut en rapprocher la pétrification des contenus si l'on se réfère à des interprétations telles que « Boudha », « monument », « lion de Waterloo »... interprétations qui rendent compte de ce mécanisme particulier de maîtrise de l'angoisse. D'autre part, nous pouvons relever des interprétations telles que « photo d'un chien », « bouquet de fleurs photographié », « lion... un emblème », « des animaux... ça fait penser à une illustration religieuse », « cheval de Troie »... Ces interprétations nous semblent refléter de manière similaire ce recours à un mécanisme de dévitalisation, de mise à distance où l'évocation de l'objet fait place à sa représentation figée.

En totalisant les réponses kinesthésiques (K, kan, Kp) « normales » et celles qui font l'objet d'un processus de répression, l'on obtient les résultats suivants :

Tableau VIII

	Lombalgiques	Céphalalgiques	Rapports intergroupes
Distorsions kinesthésiques	Indice : 0,75 12/16	Indice : 2,27 41/18	2,27/0,75 = 3,02
Kinesthésies	Indice : 2,68 43/16	Indice : 2,83 51/18	2,83/2,68 = 1,05
Rapport intragroupes	DK/K : 0,21	DK/K : 0,44	

On constate à la lecture de ce tableau VIII, que les distorsions kinesthésiques se rencontrent 3 fois plus souvent chez les céphalalgiques que chez les lombalgiques.

2) Analyse des contenus

a) *Contenus sexuels et agressifs*

Avant d'aborder cette analyse, nous voudrions reprendre certaines hypothèses concernant les processus pathogéniques des deux affections que nous avons envisagées.

Marty et Fain (14) estiment que chez les lombalgiques, la répression de pulsions essentiellement sexuelles dériverait l'énergie réprimée par voie musculaire, alors que les céphalées psychogènes seraient déterminées par une inhibition psychique en liaison étroite avec l'inhibition motrice du passage à l'acte d'agression ; le conflit fondamental se résume presque toujours en une agressivité refoulée, retournée contre l'intelligence du sujet en raison de la valorisation affective de la pensée.

Nous pouvons nous demander dans ces conditions si nous assisterions ou non à l'expression d'une problématique plus spécifiquement sexuelle chez les sujets lombalgiques et plus spécifiquement agressive chez les sujets céphalalgiques. Dans ce but, nous avons procédé à une analyse des contenus où nous avons distingué, en nous référant à Bohm (6) et à Holt (10), les contenus sexuels et les contenus agressifs.

Cette analyse différentielle donne les indices suivants :

Tableau IX

	Lombalgiques	Céphalalgiques	Rapports intergroupes
Contenus agressifs	Indice : 3,2 52/16	Indice : 4,8 88/18	4,8/3,2 = 1,50
Contenus sexuels	Indice : 3,7 60/16	Indice : 1,3 25/18	3,7/1,4 = 2,84
Rapports intragroupes	Indice : 1,15 60/52	Indice : 3,38 88/26	

Ainsi, il y aurait une polarité « sexuelle » chez les lombalgiques et une polarité « agressive » chez les céphalalgiques.

— Chez les premiers, l'expression d'une thématique sexuelle connoterait des préoccupations du même ordre. En effet, si l'on se réfère à l'avis de Bohm (6) et Loosli-Usteri (11), l'apparition fréquente de ces interprétations sous une forme symbolique ou déguisée paraît surtout le fait de personnes présentant des difficultés, des inhibitions dans leur vie sexuelle. En outre, l'expression de cette thématique sexuelle paraît plus accusée chez les sujets ayant un protocole riche.

Parmi ceux-ci, tous sauf un donnent au moins une réponse Kob C, une réponse C pure ou même une réponse E pure, interprétations qui cristallisent une charge affective

intense et témoignent d'une angoisse de ne pouvoir maintenir cette émergence pulsionnelle.

Une analyse plus spécifique peut néanmoins se baser sur celle de la planche VI (planche sexuelle) : elle suscite chez la plupart des sujets un trouble émotionnel indiscutable, objectivé soit par les indices de choc, soit par une réaction d'angoisse bloquant toute interprétation, soit même par l'apparition de réponses « pulsionnelles ». Face à l'anxiété, à la montée des affects, les sujets auraient recours, de façon préférentielle à un mécanisme répressif, la somatisation.

— Chez les seconds, l'hypothèse avancée de l'existence d'un certain potentiel agressif est renforcée par la notion de la fréquence d'un choc au rouge, que nous avons mentionnée plus haut.

Ces contenus sont néanmoins principalement exprimés sous la forme de réponses de mutilation, de K réprimées, refoulées, statiques, de Kp, de réponses de pétrification, ou encore d'une mise à distance — expressions de l'importance des représentations agressives mais également de l'anxiété et des mécanismes de défense qu'elles suscitent.

b) *Thématique spécifique*

La lombalgie, caractérisant dans les cas que nous avons envisagés un trouble fonctionnel de l'appareil locomoteur, il a paru intéressant de rechercher s'il y avait ou non chez ces sujets l'expression, au niveau des protocoles Rorschach, d'une thématique spécifique liée à la fonction mise en jeu par l'activité musculaire liée au rôle des structures ostéo-musculaires impliquées. Dans un premier temps, l'analyse des interprétations kinesthésiques nous permettait d'appréhender la fonction mise en jeu par l'activité musculaire.

Dans un second temps, il nous a également paru intéressant de procéder à une analyse des contenus exprimés au niveau des réponses formelles afin de voir dans quelle mesure on pouvait nuancer, préciser cette thématique.

Enfin, nous avons également recherché l'expression d'une thématique anatomique, c'est-à-dire les allusions directes à la colonne vertébrale.

1) L'analyse des interprétations kinesthésiques — K, Kan, Kp, Kob — nous a permis de souligner la référence fréquente à certains types d'activités musculaires :

— Monter (se dresser...) : 19 interprétations	} ou 30 réponses par rapport à 57 interprétations kinesthésiques.
— Descendre (tomber...) : 11 interprétations	

Cette référence particulière caractérisait « un mouvement de verticalisation » plus spécifique des lombalgiques dans la mesure où une réponse sur deux y fait référence pour une sur dix seulement chez les céphalalgiques.

2) L'analyse des réponses formelles nous a permis de mettre l'accent sur les contenus se référant :

— à la verticalisation « bougeoir », « échafaudage de pierres... », « vu d'au-dessus »... ;
— au soutien « fuseau de rampe d'escalier », « un pied de quelque chose », « un support », « un châssis »... ;

— à la contention « corset à lacets », « carcan », « bouchon de carafe », « serre-livres », « cage thoracique »... Avant d'en discuter la signification, une restriction importante doit être soulignée. En effet, nous pouvons constater que 6 sujets ne donnent aucune réponse anatomique se référant à la colonne vertébrale et aucune interprétation généralement évoquée par les autres sujets (verticalisation — soutien — contention). En fait, nous remarquons qu'il s'agit de sujets ayant le niveau intellectuel le plus faible et présentant des protocoles « pauvres ». Ceux-ci sont caractérisés par le peu de réponses, des contenus primitifs, peu structurés, le refus, la rareté des réponses complexes, le conformisme. Néanmoins, le trop petit nombre de sujets ne nous autorise pas à pousser plus avant la différenciation que l'on pourrait tenter d'établir au sein du groupe lombalgique. Il semble cependant que dégager une thématique plus spécifique du sujet lombalgique ne soit possible que dans le cas de protocoles « riches ».

Quelle peut être la signification de ces « contenus de verticalisation » que cette analyse thématique a permis de souligner chez ces sujets ? Ne peut-on y voir le reflet d'une dialectique s'opposer-maintenir ou au contraire plier-céder que Bergouignan et Demangeat (5) ont mise en évidence chez le sujet lombalgique et dans laquelle la zone dorso-lombaire semble jouer un rôle profond ? Cette opposition nous paraît être reflétée par un double mouvement kinesthésique : les kinesthésies d'extension (formes redressées — « se dresser »...) et de flexion (formes courbées — « être incliné », « tomber »...) au niveau desquelles on retrouve d'une part l'activité, « une lutte », « un refus » et d'autre part la passivité, la « résignation », « la démission ».

Les interprétations formelles telles que « châssis », « support »... constitueraient une traduction plus directe de la problématique du lombalgique ; elles témoigneraient de l'investissement de cette zone corporelle et de sa fonction mais aussi de sa particulière faiblesse ; elles pourraient refléter en outre un besoin d'aide, de soutien.

Les interprétations telles que « carcan », « serre-livres », « corset », « bouchon de carafe » (réponse que nous retrouvons chez 3 sujets à la même localisation), « cage thoracique »... mettent l'accent sur des structures qui ensèrent et protègent. Elles nous semblent renvoyer à la contention, à la contracture, à la répression libidinale ou agressive. Est-ce à dire que la « pétrification des lombes » protégerait le sujet vis-à-vis de l'expression de ses pulsions mais constituerait un des derniers verrous utilisables à ce niveau ?

Chez les sujets céphalalgiques, nous n'avons repris de cette perspective qu'une analyse des interprétations kinesthésiques dans la mesure où nous avons fait référence aux allusions directes de ces sujets à l'extrémité céphalique et discuté, lors de l'analyse statistique, la signification de l'élévation du nombre d'interprétations Hd chez eux.

Certains contenus kinesthésiques exprimés dans les protocoles des sujets céphalalgiques ont attiré notre attention. Il s'agit de ceux où l'activité relationnelle paraît bloquée, les êtres étant l'un en face de l'autre, se regardant, s'observant. Cette « relation interpersonnelle », limitée au regard, se charge souvent d'une tonalité agressive « être en arrêt l'un devant l'autre » « s'observer ». Celle-ci s'exprime parfois également dans les contenus tels que « se tourner le dos ». Cette charge agressive latente, reflétée par ces représentations immobiles, s'exprime parfois ouvertement : « deux madames qui se disputent », « la tête de deux personnes qui se disputent ».

Ces contenus agressifs apparaissent soit déplacés (Kan), soit refoulés (Kp), soit localisés au niveau d'une interprétation Hd, soit reportés sur l'autre sexe, soit même réprimés « le K.K.K. avec une mitrailleuse en main, accroché à un verre sur pied ». Ces contenus kinesthésiques agressifs « se regarder », « être opposés », « se tourner le dos », « se disputer » recouvrent le quart des interprétations kinesthésiques chez les sujets céphalalgiques. Chez les sujets lombalgiques, nous ne retrouvons qu'une seule fois les réponses « se disputer » et « se regarder ».

RESUME

En résumé, cette étude comparée de protocoles Rorschach de patients céphalalgiques et lombalgiques nous a conduits à dégager quelques faits saillants :

— en premier lieu, les distorsions kinesthésiques (K réprimées, K refoulées, choc K), dont des travaux antérieurs avaient montré la fréquence particulière dans les cas de céphalées psychosomatiques, sont effectivement retrouvées beaucoup plus souvent — trois fois plus — chez les céphalalgiques que chez les lombalgiques. Elles sont très vraisemblablement en relation avec le double processus de blocage intellectuel et moteur du passage à l'acte d'agression propre à ce type d'affection ;

— en second lieu, bien que l'échantillon étudié soit relativement restreint — 18 céphalalgiques et 16 lombalgiques —, l'on peut considérer que le profil Rorschach moyen des uns et des autres se rapproche de manière notable de celui qu'il est convenu de décrire dans les maladies psychosomatiques.

Quelques différences statistiquement significatives sont relevées entre les psychogrammes formels des céphalalgiques et ceux des lombalgiques : F + % et Hd plus élevés chez les premiers (D.S. à .10 et à .05), réponses « botaniques » et petites kinesthésies plus fréquentes chez les seconds (D.S. à .01 et à .02). L'élévation du F + % serait l'expression, chez les céphalalgiques d'une plus grande valorisation de la pensée, tandis que la plus grande fréquence des réponses Hd (« tête »), celle d'un investissement électif de l'extrémité céphalique ; chez les lombalgiques, les deux indices traduiraient une certaine immaturité affective ;

— en troisième lieu, l'analyse des contenus permet de décrire une polarité « agressive » chez les céphalalgiques, alors qu'elle semble bien être plus « sexuelle » chez les lombalgiques. Chez ces derniers l'on peut également isoler une thématique spécifique qui se réfère essentiellement à la « verticalisation », ou à des notions de « support » et de « contention ».

Au total, cette étude, bien que limitée, nous paraît illustrer tout l'intérêt que l'on peut tirer de l'utilisation du test de Rorschach en médecine psychosomatique.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALEXANDER F. — La médecine psychosomatique. *Petite Bibliothèque*. Payot, Paris, 1962.
2. ANZIEU D. — Les Méthodes Projectives. *P.U.F.*, Paris, 1965.
3. BECK S. — Le test de Rorschach. 2 vol. *P.U.F.*, Paris, 1967.
4. BEIZMANN C. — Livret de cotation des formes dans le Rorschach. Ed. du Centre de Psychologie Appliquée, Paris, 1966.

5. BERGOUIGNAN M. et DEMANGEAT M. — Les lombalgies : perspectives psychosomatiques. *Rev. méd. psychosom.* 2, 1960.
6. BOHM E. — Traité du Psychodiagnostic de Rorschach. *P.U.F.*, Paris 1955.
7. BOULANGER M. — Etude comparée par la méthode de Rorschach de lombalgiques et de céphalalgiques. *Mémoire de Licence en Psychologie*. Liège, 1971.
8. FISHER S. et CLEVELAND S.E. — Personality, body perception and body image boundary, in *The Body Percept.* Ed. Wapner and Werner. New York, 1965.
9. FROMM-REICHMANN F. — Contribution to the psychogenesis of migraine. *Psychoanal. rev.*, 24, 1937, cité par Alexander F. (1).
10. HOLT R. — Gauging primary and secondary process in Rorschach responses. *Journal of projective techniques*, 1,20, 1956.
11. LOOSLI-USTERI M. — Manuel pratique du test de Rorschach. Hermann, Paris, 1958.
12. MARTIN M.J., ROME H.P. et SWENSON W.M. — Muscle-contraction headache a psychiatric review. *Res. clin. stud. headache*, vol. 1, Karger. Basel/New York, 1967, 184-204.
13. MARTY P. — Les céphalalgies. *Encycl. Méd. chirurg.-Psychiatrie*, 1955, 37480 G 10.
14. MARTY P. et FAIN M. — Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. *Rev. franç. Psychan.*, 1955. 19,205.
15. MORTON FRENCH T. — Physiology of behavior and choice of neurosis *Psychoanal. quart.*, 10,1941. Cité par Marty P. (13).
16. NICK J. — Les céphalées d'origine psychique. *Rev. pratic*, 1960. 18,5.
17. PHILIPS C. et SMITH J.G. — Rorschach Interpretation. Advanced techniques. Grune and Stratton. New York, 1953.
18. PIOTROWSKI Z. — The Rorschach inkblot method, in Wolman B.B., (ed.). *Handbook of clinical psychology*, New York, McGraw Hill Book Cy, 1965.
19. RAUSCH de TRAUBENBERG N. — La pratique du Rorschach. *P.U.F.*, Paris, 1970.
20. RAPAPORT D., MCGILL M. et SHAFER R. — Diagnostic psychological testing. *Internat. Univers. Press, Inc.* New York, 1968.
21. RORSCHACH H. — Psychodiagnostic. *P.U.F.*, Paris, 1953.
22. ROSS W.D. et McNAUGHTON D.L. — Objective personality studies in migraine by means of the Rorschach method. *Psychosom. Med.*, 1945, 7,73-79.
23. SAPIR M. et CANET L. — Aspects psychosomatiques de la rhumatologie. *Encycl. Méd. chirurg. Psychiatrie*, 1967, 37.480 A 10.
24. TIMSIT M. — Test de Rorschach et céphalées. *Acta psychiat. belg.*, 1972. 72,96-116.
25. TIMSIT M. et TIMSIT-BERTHIER M. — Fondements expérimentaux de la médecine psychosomatique : les céphalées. *Rév. méd.* Liège, 1968. 23,743-747.
26. WOLFF H.G. — Headache and other pain. New York, *Oxford University Press*, 1963.