

Test de Rorschach et mécanismes de défense dans la névrose
phobique, les états-limites et les céphalées psychosomatiques
Meyer Timsit

Citer ce document / Cite this document :

Timsit Meyer. Test de Rorschach et mécanismes de défense dans la névrose phobique, les états-limites et les céphalées psychosomatiques. In: Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives, n°29-30, 1976. Les mécanismes de défense. pp. 23-32;

doi : <https://doi.org/10.3406/clini.1976.1361>

https://www.persee.fr/doc/clini_0373-6261_1976_num_29_1_1361

Fichier pdf généré le 17/05/2018

TEST DE RORSCHACH ET MECANISMES DE DEFENSE DANS LA NEVROSE PHOBIQUE, LES ETATS-LIMITES ET LES CEPHALES PSYCHOSOMATIQUES

par M. TIMSIT

I. APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE

Essayer d'évaluer les mécanismes de défense à travers un protocole Rorschach suppose que l'on ait au préalable résolu le problème méthodologique crucial de la légitimité du passage d'une approche psychologique structurale à une approche psycho-dynamique. Le test de Rorschach est en effet un test projectif initialement conçu dans une perspective déterminée, celle de la psychologie de la Forme, et il est classique d'admettre que cette perspective a été et reste encore prépondérante, même si l'on reconnaît que l'influence des théories psychanalytiques sur la genèse de ce test n'a pas été négligeable, tandis que le concept de « mécanismes défensifs », s'il concerne un même champ d'investigation — la Psychè dans ses profondeurs —, renvoie quant à lui à une technique d'approche bien différente, la psychanalyse, technique dont les particularités sont trop connues pour être rappelées ici. En fait, Rorschach lui-même a magistralement montré comment on pouvait passer d'une interprétation purement formelle à une interprétation dynamique, l'une servant d'assise à l'autre, notamment par le truchement de l'analyse des réponses complexes. Ainsi Anzieu (1958) a-t-il souligné dans sa préface à la monographie de M. ORR que « notre connaissance d'un sujet humain semble pouvoir atteindre par le moyen d'un simple test, le niveau le plus profond de la personne, auquel seule jusqu'ici accédait la psychanalyse » (1).

Il n'en reste pas moins qu'il existe encore dans ce domaine une certaine ambiguïté, laquelle tient à la spécificité des voies d'approche, mais ambiguïté qu'il semble possible de lever, au moins en partie, grâce à un recours constant à la *pratique psychiatrique* : chez les malades mentaux, le test de Rorschach, comme la psychanalyse, est en mesure d'appréhender les mêmes structures psychopathologiques qui renvoient à des *organisations défensives* que le processus morbide, à la différence de ce qui se passe chez les sujets « normaux », a figées dans des « modèles » éprouvés. Le problème qui se pose dans ces conditions consiste à tenter de passer des « modèles Rorschach » aux « modèles psychodynamiques » par le biais des structures psychopathologiques ce qui, d'un point de vue idéal, permettrait d'aboutir à l'identification des différents types

* Département de Psychologie Médicale et de Médecine Psychosomatique. Université de Liège, 153, bd de la Constitution, B - 4020 Liège.

(1) C'est nous qui soulignons.

de défenses en « langage Rorschach. C'est à une telle entreprise que Schafer (1954) s'était déjà attelé.

Nous nous proposons dans cet article d'aborder les problèmes soulevés par l'identification, au test de Rorschach des mécanismes de défense (et des types d'organisations qui en dérivent) dans quelques cas précis : névrose phobique, états-limites et céphalées psychosomatiques. Nous le ferons en essayant de nous situer essentiellement dans une perspective psychopathologique et en nous fondant, en partie, sur l'expérience retirée d'une pratique de plusieurs années de séminaires de confrontations entre données projectives et données cliniques (1).

Le concept de « mécanismes de défense » revêt désormais en clinique psychiatrique un caractère opérationnel tellement usité qu'il nous paraît superflu d'en rappeler ici les définitions, d'autant qu'un certain nombre d'auteurs se sont déjà employés, avec succès, il y a quelques années — CORMAN (1963) notamment — à développer largement leurs implications dans les techniques projectives en général. Nous nous bornerons donc à effectuer un simple survol, très rapide, des « expressions Rorschach » des mécanismes de défense classiquement décrits avant d'envisager les modèles des protocoles Rorschach que l'on peut s'attendre à rencontrer dans les catégories nosologiques que nous avons retenues.

L'EXPRESSION « RORSCHACH » DES MECANISMES DE DEFENSE

Sans pour autant revenir sur les réserves que nous avons avancées en guise d'introduction, nous pensons qu'il est possible de proposer quelques formulations à partir des données classiques de la littérature spécialisée, du Psychodiagnostic de Rorschach notamment. Ainsi peut-on considérer que le *refoulement* s'exprimera essentiellement par le choc couleur. Il y a lieu de souligner que pour Rorschach ce phénomène en était l'indice primordial en même temps que le choc kinesthésique et la perturbation du libre jeu entre introversion et extratensivité. En fait, l'on est en droit de supposer que d'autres chocs (choc au noir, choc au rouge) objectiveraient cette forme de défense en même temps que des phénomènes particuliers et relativement rares que constituent les réponses niées. De même, l'on peut trouver dans l'œuvre de Rorschach une précieuse indication concernant la *régression libidinale* puisque cet auteur lui-même voyait l'un des indices les plus sûrs dans l'infléchissement du type couleur vers la droite (CF' + C plus grand que FC), expression désormais classique d'une affectivité égocentrique, instable, superficielle et labile. Les mécanismes de défense habituellement observés dans les névroses obsessionnelles peuvent être également repérés dans un protocole. Ainsi l'*isolation* — cette opération par laquelle une représentation mentale quelconque est isolée de son contexte affectif ou associatif — est quelquefois réalisée par un déplacement du type d'appréhension vers les Dd, une augmentation des Hd, voire par l'apparition de kp ; la *rationalisation* et l'*intellectualisation* se traduisent par une élévation excessive du F + % et l'*investissement de l'idéation et l'existence*

(1) Avec J. Donnay-Richelle, nous avons pu procéder à une étude comparée des protocoles Rorschach de phobiques, d'états-limites et de malades psychosomatiques, à travers 3 séries de 17 sujets appariés selon le sexe, l'âge, l'état civil et le niveau socio-économique. Ce travail, dont les résultats ont été présentés au Symposium de Toulouse, le 28 octobre 1972, fera l'objet d'une publication dans un prochain numéro du Bulletin.

d'une formation de symptômes d'ordre idéalnonnel par la prévalence des réponses kinesthésiques sur les réponses couleur, la *mise à distance dans le temps ou dans l'espace* par certains contenus particuliers (animaux préhistoriques par exemple) et des réponses complexuelles (FE tridimensionnelles et réponses perspectives). Le *retournement contre soi* pourrait être indirectement apprécié au travers d'une inhibition de l'agressivité (Dbl associé à un TRI introversif). La *projection* dont le diagnostic est particulièrement important puisque bien souvent, de sa juste évaluation dépend la discrimination entre état névrotique, état-limite et psychose, pourra être soupçonné lorsqu'un protocole révélera une expression particulièrement intense des processus primaires, une « transparence » de l'inconscient avec des formulations crues, la présence de réponses KC et, corrélativement, la faible intensité du choc couleur, ce qui impliquera, comme nous venons de le mentionner une faiblesse du refoulement, voire son absence.

LE TEST DE RORSCHACH DANS LA NEVROSE PHOBIQUE

La névrose phobique est une névrose dont le symptôme prévalent est la phobie avec les mécanismes de défense particuliers qui la soutiennent et les modes d'évitement et de « contre-investissements » qu'elle implique, dans le but de remplacer l'angoisse d'un danger interne par la peur d'un danger externe. Le symptôme phobique apparaissant comme une mesure défensive contre le surgissement de l'angoisse, et en fait, contre toutes les possibilités de son actualisation, suppose le recours à un mécanisme *projectif* — la projection étant ici conçue dans un sens « géométrique » en fonction du déplacement de l'objet interne vers l'extérieur. D'un point de vue dynamique, l'on peut considérer avec PERRIER et CONTE (1964) que cette névrose est centrée sur l'angoisse de castration. Faute d'une structuration symbolique du désir œdipien, l'angoisse surgit lorsque les situations de réalité — modifications de la position et du statut du sujet dans les coordonnées symboliques de son existence — amènent à se poser la question de l'assomption du désir et de « sa reconnaissance par la sanction castatrice du tiers » (Perrier). C'est « dans la mesure où le désir n'est pas assumable par une personnalité trop fragile que l'angoisse (et la phobie) lui fait place ». Alors qu'elle avait été classiquement associée à la névrose obsessionnelle, la névrose phobique a vu depuis Freud, sa parenté avec l'hystérie soulignée (hystérie d'angoisse) et l'on considère désormais qu'elle occupe une place à part entière au sein des psycho-névroses, du moins en psychiatrie de langue française ; les ambiguïtés demeurent cependant dans certaines classifications, ce qui ne va pas sans entraîner de sérieuses difficultés lorsque l'on aborde les études Rorschach : ainsi, pour la psychiatrie allemande, — le traité du Psychodiagnostic de Bohm s'y réfère explicitement — la névrose phobique est pratiquement incluse dans la névrose obsessionnelle. Schafer (1954) pour sa part, n'y fait mention que d'une façon accidentelle alors qu'il accorde une place prépondérante à l'hystérie, à la névrose obsessionnelle et aux névroses mixtes.

Si l'on se réfère à ces quelques mutations d'ordre psychopathologique, on comprend que le protocole d'une névrose phobique « typique » sera avant tout caractérisé par deux sortes d'indices :

- ceux qui renvoient à l'angoisse de castration ;
- ceux qui témoignent d'un recours à des défenses plus élaborées que celles qui

sont mises en jeu dans l'hystérie, impliquant ainsi l'intervention de « mécanismes de freinage » relativement efficaces.

Le premier conduit à souligner avec BOHM que « l'essentiel du syndrome phobique réside... dans la forte concentration des chocs couleur sur les planches II et/ou III, ou dans un choc au rouge pur à ces mêmes planches avec interprétation de sang manifeste ou latente ». A ce signe majeur que nous interpréterons ici davantage comme l'expression d'une angoisse de castration que comme une référence à l'agressivité, s'ajoutent d'autres indices qui traduisent le « déplacement » de l'angoisse : stéréotypies du visage, Hd plus grand que H, réponses complexuelles faisant apparaître sous une forme plus ou moins déguisée des sentiments de frayeur, réponses « masque » « vertige », etc.

Aux indices qui témoignent de l'efficacité relative des facteurs de contrôle l'on rapporte habituellement la présence de K, la valeur du F + % souvent voisin de 80, (en tout cas généralement supérieur au taux observé dans l'hystérie) et la qualité des réponses traditionnelles formulées à l'enquête. C'est ainsi, pensons-nous que l'on pourrait dessiner le profil Rorschach moyen d'une névrose phobique, profil qui correspondrait au tableau repris par Bohm quand, selon cet auteur, « la base psychasthénique (constitutionnelle) est moyennement développée » c'est-à-dire lorsque le choc au noir intervient sans montrer de phénomènes d'interférences VIII, ou en d'autres termes lorsque ce choc ne revêt pas une intensité majeure.

LE TEST DE RORSCHACH DANS LES ETATS-LIMITES

La littérature psychiatrique s'est enrichie, ces dernières années, d'un nombre relativement important de publications concernant la situation, dans la nosographie actuelle, des états-limites (« borderline states » des auteurs anglo-saxons). Pour Kernberg (1967), Grinker et al. (1968), Bergeret (1970, 1974), Schmitz (1971), Timsit (1971), Mercadier (1973), entre autres, ces organisations pathologiques ne sont plus ce « fourre-tout » dépourvu de spécificité auquel on les avait assimilées bien longtemps, et leur place aux côtés des névroses et des psychoses, notamment, ne saurait plus être contestée, au point que des modalités psychothérapeutiques très particulières ont pu être proposées pour les aborder (Einsenstein, 1958 ; Kernberg, 1974 ; Chrzanowski, 1974).

Il n'est pas dans notre intention de reprendre ici la description détaillée des tableaux cliniques observés ni de rappeler les diverses théories qui ont été avancées pour tenter de répondre aux questions de savoir comment et pourquoi on devient état-limite. De l'avis de Grinker et al. (1968), en effet, aucune n'est pleinement satisfaisante et ne peut prétendre avoir une valeur explicative d'ordre étiopathogénique. L'on doit reconnaître, cependant, que certaines d'entre elles présentent le très grand avantage de proposer des modèles psychanalytiques rigoureux, cohérents et d'un intérêt indéniable dans l'élaboration de la pratique psychothérapeutique. Ainsi le schéma proposé par Kernberg (1967) dans une perspective qui s'inspire nettement des théories kleinienne, est-il susceptible de nous éclairer sur le paradoxe apparent de la coexistence, chez l'état-limite, du maintien d'une capacité relative de l'appréhension de la réalité, d'une part, et d'une profonde distorsion du Moi, d'autre part : à la différence de ce qui se passe dans les états psychotiques, en effet, l'état-limite est parvenu à réaliser

l'indispensable différenciation entre images de soi et images de l'objet — et ainsi éviter la fusion — mais, à la différence de ce qui se passe dans les états névrotiques, il n'a pu franchir l'étape ultérieure, également nécessaire, de l'intégration de ces images en des représentations qui soient *totales* et rendent possible la cristallisation du Moi sous une forme stable et unitaire — trouble de la fonction de synthèse qui impose le recours au clivage comme à un mécanisme essentiel visant à préserver le « bon Moi » et les « bons objets » du danger du « Moi » et des « objets » tout « mauvais ». Celui de Bergeret (1970, 1972, 1975) situe également l'état-limite à cette phase intermédiaire, tout en mettant plus particulièrement l'accent sur l'importance des « traumatismes » — jouant le rôle de « désorganisateur » —, le premier subi après que le Moi eût dépassé le danger psychotique de morcellement et de fusion régressive, figeant l'évolution libidinale dans une sorte de « pseudo-latence », le second, plus tardif et pouvant entraîner l'éclatement du « tronc commun aménagé ».

En dépit de la disparité relative des populations étudiées à l'aide du test de Rorschach — et sans doute cette hétérogénéité est-elle plus apparente que réelle et ne concerne-t-elle que les « étiquettes » allouées à une même catégorie de « patients » un profil assez particulier s'est dégagé, et permet de dessiner en quelque sorte le « pattern » de la forme prévalente. Il est fondé sur :

1) le *maintien des liens avec la réalité*. Tous les auteurs mettent l'accent sur cette « bonne façade » sociale (Weingarten et Korn) qu'expriment le bon contrôle formel, la présence des principales banalités, et l'existence de K de bonne qualité ;

2) la « *luxuriance* » des protocoles qu'attestent le nombre de réponses élevé, la diversification des déterminants et des contenus, la liberté des associations et les originalités. Cette luxuriance est l'expression de la richesse particulière de la vie phantasmatique, mais aussi de la « transparence » d'un inconscient que des défenses névrotiques polymorphes et peu structurées ne sont pas en mesure d'endiguer. Sans doute aussi traduit-elle la coexistence de régimes différents et leur mise en fonction quasi simultanée » qui pourrait être un trait caractéristique de l'état limite (Mormont — 1969).

C'est à cette juxtaposition alternante des réactivités psychotique névrotique, normale et parfois psychopathique, que l'on doit rapporter le caractère anarchique des pulsions instinctuelles avec une sexualité souvent chaotique, une agressivité manifeste mal contrôlée, des fixations pré-génitales. A tous ces éléments s'ajoute une « projection » qui rend compte de l'affaiblissement relatif de la conscience interprétative et de la tonalité sensitive et hyperesthésique des réponses complexuelles.

L'importance des processus primaires est attestée par les condensations, les phénomènes de fusion des figures-arrière-plan, les réponses Gbl, les réponses KC et les phénomènes proches de la contamination, sinon les véritables contaminations.

Outre ces deux manifestations essentielles, — maintien des liens avec la réalité et luxuriance des protocoles — l'on relève d'une façon quasi constante des indices d'anxiété et certains thèmes privilégiés. L'anxiété est en effet toujours présente mais elle n'a pas l'intensité et la diffusion qu'elle revêt souvent chez les psychotiques (phantasmes de corps morcelé). Les thèmes renvoient d'une part au trouble profond de l'identité dont nous avons rappelé qu'il intervenait en tant que composante fondamentale de l'état-limite (thème de naissance, réponses « fœtus », frère et sœur siamois...) et d'autre part à une aspiration confuse, à une toute-puissance magique —

« témoins » Rorschach vraisemblables des défenses archaïques relevées chez ces sujets (omnipotence et idéalisation primitive) ; il s'agit de thèmes de divinités, rois couronnés, fées, magiciens, etc. (1).

En fait, c'est dans les modalités d'expression de ces thèmes privilégiés que l'on découvre l'une des caractéristiques des protocoles Rorschach des états-limites : il n'est pas rare, en effet, qu'ils soient livrés dans une séquence très particulière, faite de termes contrastés qui renvoient en quelque sorte, à une *vision clivée et manichéenne* du monde. Les objets ne sont perçus — d'un point de vue fantasmatique — que comme étant « tout bons » ou, au contraire, « tout mauvais », selon une démarcation radicale et sur un mode d'exclusion et de complémentarité au sein d'une unité de contraires. Dans quelques protocoles, ce phénomène se manifeste même au niveau de l'appréhension immédiate des planches : à l'endroit, c'est un « ange », une « fée » ou un « visage souriant » qui est perçu, tandis qu'à l'envers, la planche aussitôt retournée, le sujet donne comme réponses « diables », « sorcières » ou « visage grimaçant ».

LE TEST DE RORSCHACH DANS LES CEPHALES PSYCHOSOMATIQUES

Dire que le groupe des céphalalgies est d'une extrême hétérogénéité, du fait de la très grande variété des facteurs étiologiques rencontrés, est désormais, devenu un lieu commun. En dépit de cette grande diversité, cependant, des études expérimentales rigoureuses ont pu apporter la preuve que dans la genèse de nombre de céphalées, de quelque type qu'elles soient, les facteurs psychologiques pouvaient jouer un rôle primordial (Wolff, 1963). Néanmoins, l'importance accordée à ces facteurs varie selon la perspective dans laquelle se situe le praticien, qu'il soit neurologue, neurochirurgien, radiologue, psychiatre, psychosomaticien ou psychologue clinicien.

Que la céphalée soit un symptôme fréquemment rencontré n'est pas pour nous étonner, dans la mesure où l'on sait que l'homme, conscient de la position suprême qu'il occupe dans l'échelle phylogénétique, investit son extrémité céphalique du fait des possibilités que « l'acte de penser » offre dans la maîtrise du monde environnant. Le rôle des conflits émotionnels dans la genèse des céphalées chroniques est largement démontré et de nombreux travaux, récemment, ont souligné l'importance de la tension musculaire dans la réflexion de l'anxiété sur l'organe cible que constitue la tête. C'est habituellement d'ailleurs par le biais d'une augmentation de la contraction des muscles squelettiques que les facteurs émotionnels sont responsables de la genèse des céphalées de tension (« muscle contraction headache »), l'une des formes des céphalées psychosomatiques les plus couramment rencontrées (Martin et al., 1967) avec les migraines. Friedman (1964) a montré que 90 % des céphalées chroniques sont des céphalées vasculaires, des céphalées par contraction musculaire et des combinaisons de ces deux types.

Il importe que nous précisions que le terme « psychosomatique » auquel nous nous référons ici n'est pas pris dans l'acceptation « large » qu'il a habituellement, et selon

(1) Ce « pattern » Rorschach est certainement celui qu'on observe le plus volontiers dans les formes typiques. Cependant on doit convenir qu'il existe également des protocoles qui sont, d'une façon très contrastée, remarquables par leur pauvreté et leur coartation. Ils renverraient aux formes « psychotiques » ou « narcissiques » dans leur phase dépressive.

laquelle, synonyme de « psychogène » il s'appliquerait à l'ensemble des cas de céphalées dont la caractéristique commune essentielle tiendrait uniquement en l'absence de causes organiques décelables. Nous l'entendons dans son sens « étroit », désignant par référence explicite à la théorie psychosomatique (Marty et al., 1963), les formes de céphalées que nous venons de mentionner (céphalées de tension proprement dites, céphalées vasculaires et combinaison de ces deux types). C'est habituellement en fonction de sa propre pratique que chaque auteur choisit de se placer dans l'une ou l'autre perspective : ainsi la première a-t-elle tout naturellement les faveurs des internistes et des neurologues tandis que la seconde serait plus volontiers adoptée par les psychosomaticiens de formation psychanalytique. Dans le premier cas l'approche reste surtout descriptive et se fonde sur une étude détaillée des plaintes alléguées, tandis que dans le second, elle est essentiellement structurale et dynamique et tente de cerner la réalité psychologique qui conditionne l'éclosion de ces *céphalées chroniques*.

Nous ne prétendons pas rappeler ici les résultats des analyses auxquelles se sont livrés de nombreux auteurs, psychiatres, psychanalystes et psychosomaticiens depuis déjà 40 ans : l'on sait que l'accent a été mis successivement sur la répression de l'agressivité, les réactions à un sentiment fondamental d'insécurité par une tentative de contrôle à l'aide d'efforts ambitieux et d'un sens exagéré des responsabilités, un désir inconscient de maintien dans une position de dépendance que favoriserait le symptôme céphalalgique, une valorisation affective de la pensée, ou encore une « castration mentale » qui apparaîtrait quand une hostilité inconsciente dirigée contre l'intelligence de l'objet extérieur se retournerait par culpabilité contre la propre tête du sujet. Dans la perspective où nous nous sommes placés ici de chercher à dégager les modèles Rorschach des mécanismes défensifs qui prévalent dans un type d'affection déterminée, il nous paraît plus indiqué d'évoquer les travaux originaux pour lesquels précisément le test — relativement peu utilisé jusqu'ici dans l'approche des céphalées psychogènes — intervient comme un *instrument de vérification des théories explicatives proposées*. Il s'agit des recherches entreprises par Marty, seul ou en collaboration (1951, 1955, 1963). Ces auteurs considèrent en effet que la liaison entre les symptômes céphalalgiques et certaines situations de la motricité représentent la voie la plus originale dans l'explication du passage de la situation conflictuelle au mécanisme physiologique céphalique. Les céphalées psychosomatiques seraient un indice pathologique d'un tournant capital de la vie de relation dans la mesure où elles seraient déterminées par une *inhibition psychique* en liaison étroite avec *l'inhibition motrice du passage à l'acte d'agression*, et, chez ces malades, ce seraient les *représentations pétrifiées des rêves* qui seraient en quelque sorte le reflet visuel de ce double blocage intellectuel et moteur (blocage de la représentation d'action, puis crainte de l'action). A l'appui de cette assertion, Marty rapporte l'observation de M. French (1941) 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. Il est d'ailleurs communément établi que les psychopathes, chez lesquels ce passage à l'acte d'agression n'est inhibé en aucune façon, ne présentent qu'exceptionnellement des céphalées. On a également souligné l'excessive rareté des céphalées psychosomatiques chez l'enfant âgé de moins de 6 ans. Il nous paraît inutile d'ajouter que ces hypothèses explicatives sont nées, chez ces auteurs, d'une longue pratique psychothérapeutique de patients céphalalgiques.

La question a pu légitimement se poser de savoir si, au test de Rorschach, ces *processus défensifs très particuliers*, typiquement répressifs, que constituent ces phénomènes de « double blocage intellectuel et moteur » attestés par ces « représentations pétrifiées des rêves » pouvaient trouver une expression particulière au niveau des *réponses kinesthésiques*, plus précisément à travers une *distorsion élective* de ces perceptions — kinesthésies réprimées, kinesthésies refoulées ou kinesthésies statiques —. Rorschach lui-même avait déjà souligné le fait que les attitudes statiques dans les rêves sont bien des mouvements réprimés.

De fait, au cours des recherches auxquelles nous nous sommes livrés chez des céphalalgiques (1972, 1974) c'est bien l'*étude dynamique* — entreprise il est vrai à partir d'un assise formelle assurée avec les habituels critères relevés dans les organisations psychosomatiques (élévation du F + $\%$, extratensivité, anatomies) — qui nous est apparue comme la voie la plus féconde pour accéder au cœur du problème et mettre notamment en lumière, d'une façon très remarquable, le *processus général de répression des affects* par le truchement de ces distorsions observées dans les perceptions kinesthésiques.

Nous ne reprendrons pas ici les définitions bien connues des kinesthésies réprimées, des kinesthésies refoulées, des kinesthésies statiques décrites par Philips et Smith (1953), du choc kinesthésique, mais il convient de préciser que le processus de répression et de refoulement peut également concerner les kinesthésies partielles et les kinesthésies animales et revêtir alors, semble-t-il, la même signification. Il nous paraît intéressant également de relever le fait que la plupart de ces distorsions kinesthésiques expriment une véritable « pétrification ». Ainsi peut-on relever à titre d'exemple ces réponses significatives, à la planche III : « deux silhouettes stylisées genre grotte de Lascaux ou une peinture murale primitive de deux personnages féminins se penchant... deux petits mannequins qui font une ronde en se tenant par la main... » — à la planche VII : « deux jeunes filles qui se regardent comme dans un portique, des statues de marbre... des silhouettes de femmes la tête dévissée complètement qui se regarderaient... » — à la planche X : « deux figurines qui tiennent le verre ensemble et qui se donnent la santé... » etc.

Il est certain que ces distorsions des réponses kinesthésiques ne résument pas à elles seules le processus répressif en jeu dans ces céphalées psychosomatiques. Il nous semble qu'on peut également le retrouver à travers la *pétrification* des contenus si l'on se réfère par exemple à des interprétations telles que « Bouddha », « monument », « Lion de Waterloo »... Toutes ces réponses nous semblent bien traduire la tendance prévalente chez le céphalalgique à bloquer l'émergence de fantasmes agressifs dirigés contre autrui et retournés contre sa propre tête. A cet égard, nous ne pouvons manquer de citer cette réponse particulière que nous avons retrouvée à maintes reprises et qui nous paraît remarquablement illustrer la signification de la céphalée. Elle est donnée à la planche I : « une espèce de Victoire ailée, la Victoire de Samothrace ». Cette réponse se passe de commentaires tant elle est évocatrice, puisqu'à travers l'image d'une statue sans tête mais dont l'expression d'envol est saisissante elle renvoie bien à la fois à la castration mentale et à une représentation pétrifiée.

En réalité, et d'une manière plus générale, ce que nous pouvons considérer comme l'expression de la « castration mentale » est appréhendé, dans les protocoles, par le biais d'un double phénomène : choc au rouge particulièrement intense d'une part, et investissement céphalique privilégié d'autre part. On sait que le choc au rouge

peut exprimer tout autant l'angoisse libidinale que le refoulement de l'agressivité. Ici, il est vraisemblable que l'on se trouve en présence d'une surdétermination ; néanmoins, dans tous les cas, les thèmes de castration apparaissent au niveau des contenus, et ceci plus particulièrement à la planche VI. Il n'y aurait là qu'un processus banal, au demeurant, puisqu'il est fréquemment retrouvé dans les protocoles de névrosés, s'il ne lui était associé cet investissement céphalique. Qu'il s'agisse de « squelette », de « revêtement », ou encore d'« emblème », de « statue », les contenus concernent le plus souvent la tête, le « crâne », le « chapeau ». A cet égard, l'on ne saurait citer un meilleur exemple que cette réponse fournie à la planche V — planche qui est communément considérée comme l'expression de la représentation de soi — : « deux silhouettes de tête humaine aux fronts très prononcés, couchés l'une contre l'autre... ». A l'enquête le même sujet ajoute cette remarque extrêmement originale : « C'est la tête de saint Jean-Baptiste décapité ». De ce fait, les contenus particuliers nous paraissent renvoyer à quelque chose de plus que le seul indice « barrière » qu'ont décrit Fisher et Cleveland (1958) dans les affections psychosomatiques.

Telles sont les réflexions que l'étude Rorschach des modalités défensives régissant trois affections caractéristiques nous a amené à soumettre à la discussion. Ces considérations théoriques nous paraissent, de toutes façons, constituer une étape nécessaire dans les voies qui mènent à la pratique clinique comme à la recherche appliquée.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D. — in, ORR M. — « Le test de Rorschach et l'imgo maternelle ». *Monographie du Bulletin du Groupe français du Rorschach*, Paris, 1958.
- BEIZMANN C. — *Livret de cotation des Formes dans le Rorschach*. Paris, Ed. Centre de Psychologie Appliquée, 1966, 251 p.
- BERGERET J. — Les états-limites. *Encycl. méd.-chir. (Psychiatrie)*, 1970, 37395 A 10.
- BERGERET J. — *La personnalité normale et pathologique, les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Paris, Dunod, 1974, 333 p.
- BERGERET J. — *La dépression et les états-limites*. Paris, Payot, 1974, 354 p.
- BERGERET J., et al. — *Abrégé de Psychologie pathologique*. Paris, Masson et Cie, 1972, 278 p.
- BOHM E. — *Traité de Psychodiagnostic du Rorschach*. Paris, P.U.F., 1955, 633 p.
- BOULANGER M. et TIMSIT M. — Etude comparée de la personnalité de céphalalgiques et de lombalgiques à l'aide du test de Rorschach. *Bull. Soc. franç. Rorschach et Méth. Proj.*, 1974, 28:17-30.
- CHRZANOWSKI G. — Recent advances in the concepts and treatment of borderline patients. in, ARIETI S. and CHRZANOWSKI G. (Eds) : « *New dimensions in Psychiatry* », New York, John Wiley and Sons, 1975, 145-159.
- CORMAN L. — Les mécanismes de défense du Moi dans les tests projectifs. *Bull. Psychol. (Paris)*, 1963, XVII, 225/2-7:103-112.
- EISENSTEIN V.W. — Psychothérapie différentielle des états-limites. in, BYCROSKI G. et DESPERT J.C. (Eds) : « *Techniques spécialisées de la psychothérapie* », Paris, P.U.F., 1958.
- FISHER S. and CLEVELAND S.E. — *Body Image and Personality*. New York, Dover Publications, Inc., 1958.
- FRENCH T.M. — Physiology of behavior and choice of neurosis. *Psychoanal. Quart.*, 1941, 10.
- FRIEDMANN A.P. — Reflexion on the problem of Headache. *J. Am. med. Ass.*, 1964, 190.
- GRINKER R.R., WERBLE B. and DRYE R.C. — *The Borderline Syndrome. A Behavioral study of ego functions*. New York, Basic Books, 1968.
- KERNBERG O.F. — The treatment of patients with Borderline personality organization. *Int. J. Psycho-Anal.*, 1968, 49:600-619.

- KERNBERG O.F. — L'expérience du Menninger Memorial Hospital : Observations cliniques concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement intensif des schizophrènes chroniques. in, CHILAND C. et BEQUART P. (Eds) — « *Traitements au long cours des états psychotiques* », Paris, Privat, 1974, 215-233.
- MARTIN M.J., ROME H.P. and SWENSON W.M. — Muscle Contraction Headache a psychiatric review. *Res. clin. Stud. Headache*, 1967, 1.
- MARTY P. — Aspects psychodynamique de l'étude clinique des quelques cas de céphalalgies. *Rev. franç. Psychanal.*, 1951, 1.
- MARTY P. — Les céphalalgies. *Encycl. méd.-chir. (Psychiatrie)*, 1955, fasc. 37480 G 10.
- MARTY P. et FAIN M. — Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. *Rev. franç. Psychanal.*, 1955, 19.
- MARTY P., M'UZAN (de) M. et DAVID C. — *L'investigation psychosomatique*. Paris, P.U.F., 1963.
- MERCADIER D. — *Sur la limite en psychiatrie. Des états-limites, d'une psychiatrie des limites, ou des limites de la psychiatrie*. Thèse de Médecine, Paris, 1973.
- MORMONT C. — Etude du Rorschach dans les cas-limites. *Mémoire de Licence en Psychologie*, Liège, 1969.
- MORMONT C. — Approche des cas-limites au moyen du Rorschach. *Acta psychiat. belg.*, 1973, 73:321-331.
- PERRIER F. et CONTE C. — Névrose phobique. *Encycl. méd.-chir. (Psychiatrie)*, 1963, fasc. 37360 A 10.
- PHILIPS C. and SMITH J.G. — *Rorschach interpretation advanced techniques*. New York, Grune and Stratton, 1953.
- RAUSCH de TRAUBENBERG N. — La notion de « pré-psychose » infantile à travers les techniques projectives. *Rorschachiana*, 1973, X:21-31.
- RAUSCH de TRAUBENBERG N., LAMBERT-BOIZOU M., BLOCH-LAINE F., CHABERT C., de LIGNERIES J. et POROT R. — Organisation pré-psychotique et psychotique de la personnalité chez l'enfant à travers les techniques projectives. *Psychol. franç.*, 1973, 18, 4:213-231.
- RORSCHACH H. — *Psychodiagnostic*. Paris, P.U.F., 1962, 412 p.
- SCHAFER R. — *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing. Theory and application*. New York, Grune and Stratton, 1954, 446 p.
- SCHMITZ B. — Le concept d'Etat-Limite. *Evolut. psychiat.*, 1971, 36, 4:671-677.
- TIMSIT M. — Les « Etats-Limites ». Evolution des concepts. *Evolut. psychiat.*, 1971, 36, 4:679-724.
- TIMSIT M. — Test de Rorschach et céphalées. *Acta psychiat. belg.*, 1972, 72:96-116.
- TIMSIT M. — Le test de Rorschach dans les névroses et les Etats-Limites. *Bull. Psychol. (Paris)*, 1974, XXVIII, 314/1-6:19-37.
- WEINGARTEN L.L. and KORN S. — Psychological test findings in pseudo-neurotic schizophrenia. *Arch. gen. Psychiat.*, 1967, 17:448-454.
- WOLFF H.G. — *Headache and other pain*. New York, Oxford University Press, 1963.