

M. Defourny

M. Timsit

M. Dongier

Etude comparée de 15 sujets  
atteints d'angor coronarien  
et de 30 sujets victimes  
d'un infarctus du myocarde  
au moyen du test de Rorschach

Extrait de la REVUE DE MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE  
ET DE PSYCHOLOGIE MÉDICALE N° 2 — Année 1972

**Revue de Médecine Psychosomatique  
et de Psychologie Médicale**

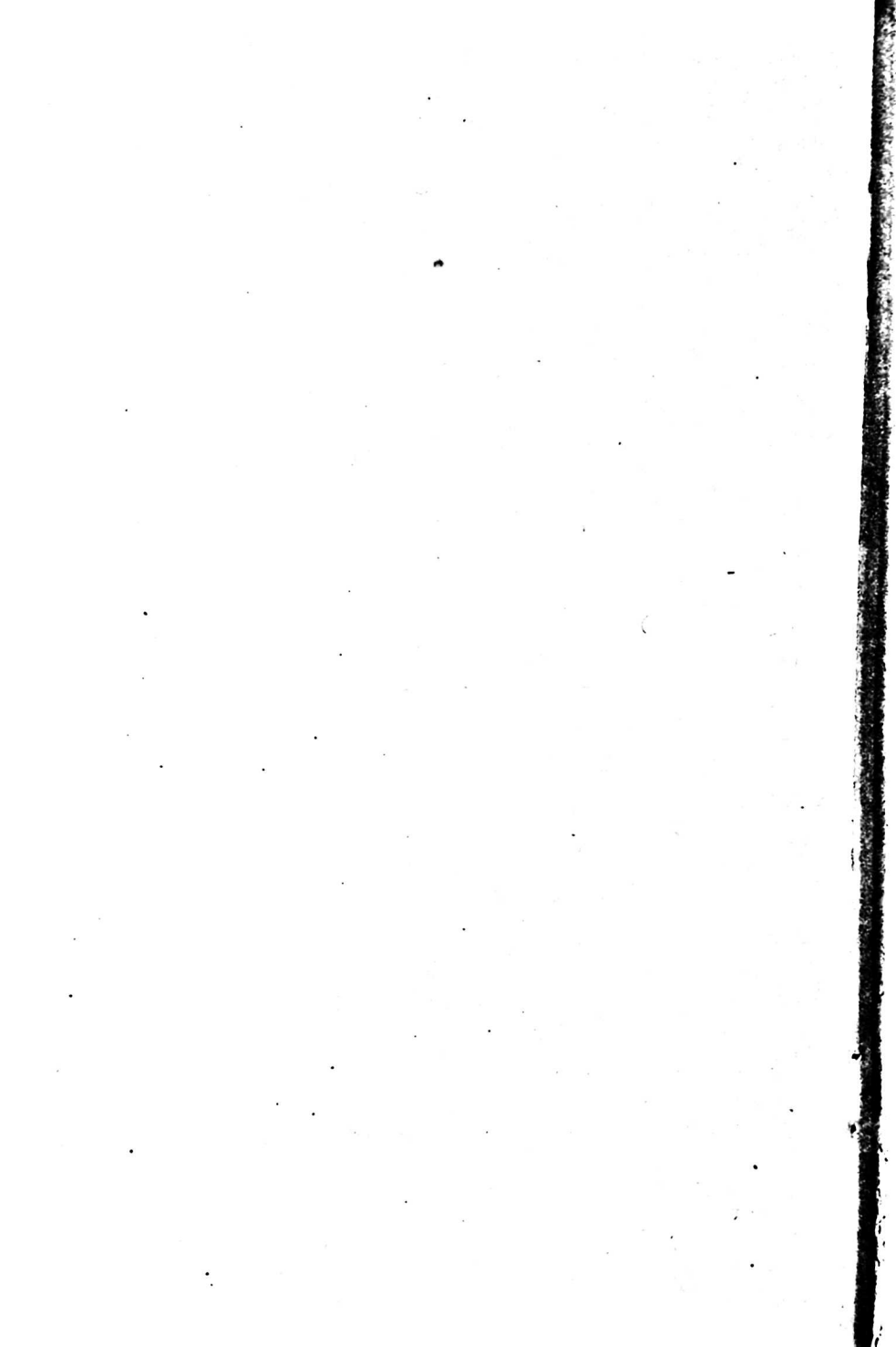
---

Editions Privat

14, rue des Arts - Toulouse

---

Revue trimestrielle — Abonnement : France 40 F — Étranger 55 F



M. Defourny<sup>1</sup>  
M. Timsit<sup>2</sup>  
M. Dongier<sup>3</sup>

## Etude comparée de 15 sujets atteints d'angor coronarien et de 30 sujets victimes d'un infarctus du myocarde au moyen du test de Rorschach

Rares ont été, en médecine psychosomatique, les travaux qui ont distingué l'angor coronarien de l'infarctus du myocarde dans l'approche de la maladie coronarienne. Certes, cette distinction angor coronarien et infarctus du myocarde est peut-être discutable (4).

C'est Flanders Dunbar [13] qui la première émit l'hypothèse de différences psychologiques entre

angineux et patients souffrant d'infarctus; le malade angineux a, selon elle, un caractère plus phobique, éprouve une peur et une anxiété moins refoulées que le sujet victime d'un infarctus du myocarde.

L'hypothèse d'une différenciation psychologique dans la maladie coronarienne a été étayée expérimentalement par la suite, notamment

(1) Assistant à l'Université de Liège. Département de Psychologie Médicale et de Médecine Psychosomatique (Professeur M. Dongier).

(2) M.T., chargé de cours associé à l'Université de Liège, Département de Psychologie Médicale et de Médecine Psychosomatique.

(3) M.D., Psychiatre en chef, Hôpital Royal Victoria; Directeur, Allan Memorial Institute, 1025 Pine Avenue West, Montreal 112, P.Q.

(4) Il est en effet des sujets chez lesquels une ischémie cardiaque transitoire n'entraîne aucune douleur. Il en est d'autres souffrant d'angor mais qui jamais ne sont victimes d'un infarctus du myocarde, tandis que d'autres souffrent d'angor et aboutissent à plus ou moins longue échéance à l'infarctus. D'autres encore sont victimes d'un ou plusieurs infarctus sans qu'ils éprouvent les symptômes de l'angor et d'autres encore qui en sus de l'infarctus connaissent a posteriori la souffrance angineuse; il est aussi des sujets qui ne survivent pas immédiatement ou non à l'infarctus du myocarde [8, 22] et d'autres enfin qui en sont victimes sans s'en être rendu compte, l'accident étant passé inaperçu (« silent myocardial infarction ») [18, 31].

par Ostfeld et al. [25]. A l'aide de questionnaires psychologiques (M. M.P.I. et 16 P.F. de Cattell), dans le cadre d'une étude prospective, ces auteurs ont pu mettre en évidence chez les futurs angineux (par comparaison aux futurs infarctus) une prépondérance des manifestations hypocondriaques et hystériques, une stabilité émotionnelle moindre, une plus grande variabilité des réactions cardiovasculaires au stress. Cette labilité émotionnelle relative des angineux a été confirmée par les travaux de Bruhn, Chandler, Wolf [8], et par ceux de Bakker et Levenson [4]. Dans une recherche récente, Van Massenhove et Guissard [29] ont comparé des malades angineux et des sujets victimes d'un infarctus au moyen du test de Szondi. Dans l'ensemble, le groupe des infarctus se détache nettement à l'index d'obsessionnalisation et on trouve quatre fois plus d'obsessionnels vrais que dans l'échantillon d'angineux du même sexe. Ces derniers présentent en moyenne un plus grand nombre global de réactions ambivalentes et davantage de traits obsédants en tant que symptômes subjectifs pouvant éventuellement apparaître dans leur plainte. La défensive obsessionnelle infra-clinique paraît plus solide chez les sujets victimes d'un infarctus; en effet au test de Szondi, leur index d'obsessionnalisation est de 17 %

contre 11 % chez les patients angineux de même sexe. Notons que les rapports entre la personnalité obsessionnelle et la personnalité des coronariens avaient déjà été signalés par Dongier, Jouve et al. [19]. Frankignoul et Dongier [15], dans une revue bibliographique critique, ont récemment tenté de faire le point sur cette question controversée.

En ce qui concerne le test de Rorschach, si parfois il a été appliqué à des malades coronariens en vue d'en dégager un profil particulier, jamais, à notre connaissance, il ne le fut pour élucider la différence psychologique pouvant exister entre le sujet souffrant d'angor et celui victime d'un infarctus [1, 10, 21, 24]. C'est pourquoi nous avons voulu vérifier par cette technique projective, l'hypothèse qui semble découler des recherches classiques et par questionnaires [4, 12, 13, 15, 25, 29] et selon laquelle plus l'expression des réactions émotionnelles (anxiété, colère) est inhibée, plus la maladie coronarienne risquerait d'être sévère et d'aboutir à l'infarctus. En d'autres termes, peut-on trouver chez les angineux simples un vécu manifeste plus anxieux qui, dans une certaine mesure, comme Dongier [12] en a émis l'hypothèse, contribuerait à les protéger contre la menace d'infarctus.

### PROCEDURE EXPERIMENTALE

Dans le cadre d'une investigation psychosomatique [23], nous avons pu recueillir 45 protocoles de test de Rorschach. La population expérimentale comportait 30 sujets hommes victimes d'un infarctus du

myocarde et 15 sujets hommes souffrant d'angor.

Les diagnostics médicaux ont été objectivés par l'examen clinique et à l'électrocardiogramme.

La moyenne d'âge d'apparition du premier processus thrombotique ayant provoqué l'occlusion se situe à 55,8 ans, le médian à 58 ans (7 malades sur 28 ayant connu l'accident entre 61 et 67 ans); concernant l'échantillon des malades angineux, les premiers symptômes se sont traduits cliniquement à 50,1 ans pour la moyenne et à 49,5 ans pour le médian.

Quant à l'âge actuel, les deux groupes appartiennent à la même population statistique (vérification de l'hypothèse nulle par le *t* de Student et le *F* de Snedecor, de même que par le test du Médian); la moyenne d'âge actuel du groupe infarctus du myocarde est de 53 ans et le médian de 59,5 ans, pour le groupe angor, la moyenne d'âge actuel se situe à 59,2 ans et le médian à 59 ans.

Signalons la présence de cas mixtes; en effet 5 sujets appartenant au groupe infarctus ont souffert également d'angor coronarien pendant une période supérieure à 3 mois avant l'accident thrombotique significatif d'un infarctus du myocarde.

Parmi l'ensemble des sujets, il en est 15 qui souffrent d'autres affections en sus de la maladie coronarienne (diabète sucré, ulcère peptique, rhinite allergique, arthrose, hémorroïdes, etc...).

Le test de Rorschach, test de structure devra nous permettre de neutraliser dans une certaine mesure la variable que constitue le temps passé entre la première traduction clinique de l'affection et le recueil du protocole pour autant que ce dernier soit effectué une vingtaine de jours après le premier accident [24].

Pour le groupe angineux, le malade est vu en moyenne 7 ans

après la première souffrance angineuse (le médian se situant à 6,6 ans et la dispersion allant de 0 à 20 ans); pour le groupe des victimes d'un infarctus du myocarde, le malade est vu en moyenne 3,4 ans après l'accident (le médian se situant à 1 an et la dispersion allant de 0 à 29 ans). Le test de personnalité qu'est le Rorschach permet en effet la mise en lumière de phénomènes psychiques très éloignés des données de la clinique et de départager les phénomènes psychiques profonds des phénomènes réactionnels et superficiels-parasitaires.

En fonction des études précédentes [4, 12, 13, 15, 25, 29] et de notre hypothèse de travail, nous pourrions nous attendre à retrouver surtout chez les patients angineux, les signes d'une angoisse superficielle et d'une angoisse névrotique ainsi qu'une expression plus libre des affects, et chez les sujets victimes d'un infarctus les signes d'une angoisse réactionnelle attribuable à l'impact psychologique de la défécation cardiaque ainsi que des signes de répression des affects — mais peut-être également l'empreinte d'une angoisse plus profonde. Or nous savons que le test de Rorschach permet la mise en évidence d'une angoisse non corrélée par une expression clinique, c'est pourquoi nous sommes autorisés de penser que c'est notamment par l'étude des niveaux d'angoisse que doit être amorcée la discrimination entre les patients angineux et les victimes d'un infarctus.

A côté des manifestations habituelles de l'angoisse superficielle qui peut être liée à la situation de testing, à la vue des planches, et se manifester par la présence de réponses FE, choc couleur, un nom-

bre peu élevé d'interprétations, des réponses symétrie et certains contenus (mutilés), le Rorschach permet en effet de saisir deux types d'angoisse :

1) l'angoisse névrotique pouvant apparaître dans les réponses complexes, le choc rouge, le choc CLOB, l'indice Hd + Anat + Sex + Sg % positif et même dans une certaine mesure par des indices de défenses psychologiques (le refou-

lement, l'isolation, le déplacement, la négation) ;

2) l'angoisse de morcellement qu'attestent certains contenus, la présence de réponses CLOB, et le choc à la Planche X, ainsi qu'une angoisse de mort dont l'expression élective est la réponse CLOB et les interprétations de la Planche IV.

Nous pouvons nous attendre aussi à une discrimination par les signes Rorschach d'expression ou de répression des affects.

## RESULTATS

Tous les protocoles ont été soumis à l'analyse aveugle d'un spécialiste du test de Rorschach (1) auquel il était demandé, en tenant compte de l'âge, du quotient intellectuel (validant ou non la passation du test), du statut socio-économique (moyen à bas) des patients, de déterminer en fonction de notre hypothèse de travail, si le proto-

cole analysé appartenait à un malade angineux ou au sujet victime d'un infarctus du myocarde.

Les erreurs d'appréciation en fonction des critères prédéterminés et la découverte a posteriori dans l'analyse de signes éventuellement discriminatifs testés immédiatement, nous ont donné les résultats suivants :

| SIGNES RORSCHACH D'EXPRESSION DES AFFECTS   | SIGNES RORSCHACH DE REPRESSION DES AFFECTS  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>— Choc rouge (pl. II, III)</li> <li>— Choc couleur (pl. VIII, IX, X)</li> <li>— Présence de réponses CF et C</li> <li>— <math>CF + C &gt; FC</math></li> <li>— Type de résonance intime : extratensif</li> <li>— <math>VIII + IX + X \% &gt; 40</math></li> <li>— Dans une certaine mesure la présence de grandes kinesthésies (K) (en particulier à la pl. III)</li> <li>— Expression dans les contenus (agressifs et sexuels) — présence de mutilations</li> <li>— Peu de réponses humaines (<math>H &lt; 15\%</math>)</li> <li>— Sensibilité à la symétrie</li> <li>— Refus</li> <li>— Verbalisation crue</li> <li>— Critique du stimulus.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>— <math>VIII + IX + X \% &lt; 30</math></li> <li>— Type de résonance intime : coarté, ambiequal, introversif</li> <li>— Absence ou répression de la grande kinesthésie (K) (en particulier à la pl. III)</li> <li>— Choc K</li> <li>— Mise à distance</li> <li>— Dévitalisation</li> <li>— Pétrification</li> <li>— Présence de réponses (H)</li> <li>— Conformisme (Ban % élevé) <math>&gt; 25-30</math></li> <li>— A % élevé (60-70)</li> <li>— Somatisation</li> <li>— F % tendant vers 100</li> <li>— F % 60-70</li> </ul> |

(1) Professeur Dr. M. Timsit.

|   | GROUPE ANGOR   |            | GROUPE<br>INFARCTUS DU MYOCARDE |          |            |
|---|----------------|------------|---------------------------------|----------|------------|
|   | IDENTIFICATION |            |                                 |          |            |
|   | Correcte       | Incorrecte | Impossible                      | Correcte | Incorrecte |
| Analyse formelle (18)                   | 6              | 5          |                                 | 3        | 4          |
| Analyse<br>dynamique (14)               | 6              | 5          |                                 | 1        | 2          |
| Analyse par la régression/fixation (13) | 6              | 1          | 1                               | 4        | 1          |
| TOTAL (45)                              | 18             | 11         | 1                               | 8        | 7          |

Il semble donc que c'est dans l'analyse par la régression/fixation que se fera la distinction.

Il a été ensuite entrepris les trois types d'analyse proposés dans l'analyse aveugle, mais ici appliqués de façon impersonnelle en vue de préciser l'objet de la différenciation. Ce traitement porte sur la comparaison globale des 15 protocoles des sujets souffrant d'angor aux 30 protocoles des sujets victimes d'un infarctus.

#### TRAITEMENT STATISTIQUE DES INDICES FORMELS RORSCHACH

Corroborant les résultats de l'analyse formelle, le traitement statistique du psychogramme formel n'a permis la mise en évidence d'aucune signification statistique dans la comparaison des 56 indices qui le constituaient, c'est pourquoi les indications et tendances éventuelles dégagées devront être interprétées et comprises avec une certaine réserve. Signalons que dans le traitement du psychogramme formel, il n'a pas été malheureusement tenu compte des temps de latence.

Le  $X^2$  calculé à l'aide du test du Médian nous a permis d'obtenir deux indices formels dont les valeurs tendraient à indiquer une discrimination. Au seuil de signifi-

cation de P. 10 (2,71) seuls le A% ( $X^2 = 2,51$ ) et VIII + IX + X% ( $X^2 = 1,87$ ) s'approchent de la signification; notons encore que l'indice couleur C + CF/FC se répartit comme suit C + CF = FC à 27% pour les angineux et 37% pour le groupe infarctus du myocarde, quant au CF + C > FC, il s'élève à 33% pour le groupe angor et à 23% pour le groupe des sujets victimes d'un infarctus.

Il est probable qu'avec d'autres échantillons et d'autres techniques statistiques, ce A% (plus élevé dans le groupe des malades angineux) et ce VIII + IX + X% (allant dans le sens de l'extratensivité pour le groupe des malades angineux et dans le sens de l'introversivité pour le groupe des victimes d'un infarctus du myocarde) auraient été plus typiques de l'une et l'autre affection à un seuil plus élevé que P. 10.

Si l'on s'en réfère à l'avis de certains auteurs [26], l'indice A% assez paradoxalement (si l'on se rapporte à notre hypothèse de départ) plus élevé dans le groupe angor serait le signe d'une pensée stéréotypisante, d'un recours au collectif, au conformisme, d'une répression des émotions et d'une contraction de la personnalité. Par contre, le VIII + IX + X% >



40 tendrait à montrer la réactivité face au facteur couleur et le caractère stimulant des sujets anxieux. Le VIII + IX + X % < 30 dans le groupe infarctus du myocarde serait l'indice chez ces sujets d'une inhibition émotionnelle, d'un certain étouffement de l'expression, d'une utilisation réduite du stimulus couleur et d'un retrait dans le rationnel. Mais il faut reconnaître aussi que la signification de ces indices n'est pas univoque surtout dans le cadre d'un traitement statistique des indices formels Rorschach, c'est pourquoi, tant la valeur plus élevée du A % dans le groupe angor que le VIII + IX + X % < 30 dans le groupe infarctus du myocarde peuvent être induits par une dépression consécutive à la maladie somatique.

Ces résultats ne seraient donc pas en contradiction avec l'hypothèse selon laquelle le diagnostic de l'angine (du fait de son caractère moins « définitif ») paraîtrait plus alarmant au patient et serait de nature à déclencher des réactions émotionnelles et des états dépressifs apparemment plus intenses — abus de langage car l'intensité de l'angoisse n'est pas fonction de son expression, au contraire ! — que dans le cas de l'infarctus du myocarde dont le diagnostic est davantage « sans appel », « avéré » (1).

**APPROCHE DYNAMIQUE A L'AIDE DE SIGNES RORSCHACH D'EXPRESSION ET DE REPRESSION DES AFFECTS ET DE L'ANXIÉTÉ AINSI QUE DES SIGNES RORSCHACH D'ANGOISSE PROFONDE**

Les deux groupes disposent de possibilités d'expression et des

mécanismes de répression mais ce sont, semble-t-il, les sujets du groupe infarctus du myocarde qui ont l'organisation psychique qui réprime le plus les affects et l'anxiété (peut-être au prix d'une somatisation plus intense); l'angoisse profonde y est aussi plus prononcée. Par contre, l'organisation psychique des sujets du groupe angor semble moins en mesure de réprimer la montée des affects et de l'anxiété.

*Remarques.* — La signification de la grande kinesthésie à la Planche III n'est pas univoque. Pour Rorschach [28], elle est souvent l'indice des processus identificatoires et dans cette perspective, on peut se demander si, dans notre matériel, leur moins grande fréquence chez les sujets victimes d'un infarctus du myocarde ne serait pas en rapport avec les difficultés que de nombreux auteurs ont déjà soulignées chez ces sujets [1, 2, 3, 5, 13, 16, 30].

— La somatisation plus fréquente dans le groupe infarctus du myocarde semble davantage évoquer l'attaque cardiaque de par le type de projection (i.e.: épaules, thorax, cœur, épigastre, etc.).

**ANALYSE PAR LES SIGNES RORSCHACH DE REGRESSION/FIXATION**

Cette approche est basée sur les signes Rorschach de régression/fixation dans le développement psychosexuel de la personnalité (stade oral, stade anal, stade phallique et génital) [7].

Les signes Rorschach de régression/fixation sont des expressions ou des contenus d'interprétation spécifiques de tel ou tel type de

(1) Nous n'avons pas signalé les simples différences de valeur dans les index en vue d'éviter la détermination abusive d'un « cluster » trop peu valide.



| SIGNES RORSCHACH CARACTERISANT DAVANTAGE<br>LE GROUPE ANGOR |                   |                   | LE GROUPE INFARCTUS DU MYOCARDE |  |                                       |
|---|-------------------|-------------------|---------------------------------|--|---------------------------------------|
| EXPRESSION  | REPRESSION        | ANGOISSE PROFONDE | EXPRESSION                      | REPRESSION   | ANGOISSE PROFONDE                     |
| — présence de la grande kinesthésie (pl. III)               | — mise à distance |                   | — sensibilité à la symétrie     | — absence ou répression de la kinesthésie (pl. III)                      | — réponses CLOB                       |
| — contenus agressifs (mutilés)                              |                   |                   |                                 | — choc kinesthésique<br>— périorification des contenus<br>— somatisation | — choc CLOB<br>— choc au morcellement |

régression/fixation. A ces contenus et expressions s'ajoute le type d'appréhension qui est significatif de l'expression de tendances en rapport avec une régression/fixation à tel ou tel stade du développement psychosexuel.

**Note :**

- A : groupe Angor
- I : groupe Infarctus du myocarde
- RAP : le rapport de la valeur la plus haute divisée par la plus petite détermine le sens du rapport et ne peut être apprécié bien entendu qu'au delà de l'unité
- 1. : le nombre de sujets qui présentent des signes de régression/fixation de tel ou tel type indépendamment de la quantité et de la qualité des indices
- 2. : la somme des contenus et expressions signes d'une même régression / fixation indépendamment de leur répartition individuelle chez les sujets
- 3. : l'addition des différents types d'appréhension signes

d'une même régression/fixation, indépendamment de la répartition individuelle

- 4. : regroupement de la somme des contenus, expressions et type d'appréhension indépendamment des répartitions individuelles
- 5. : la répartition individuelle de concordance entre tous les signes d'une même régression/fixation et significative de la solidité d'un type de régression/fixation.

Les signes Rorschach d'une régression/fixation phallique-génitale sont nombreux dans les deux groupes (Cf. rubrique 4 : 74 signes pour 30 sujets dans le groupe angor et 86 signes pour 30 sujets dans le groupe infarctus du myocarde), mais les différents rapports (Cf. rubriques 1, 3, 5) indiquent que cette régression/fixation pourrait être plus assurée dans le groupe des patients angineux. Les signes Rorschach de régression/fixation orale laissent penser que ce type de régression/fixation est caractéristique (Cf. rubriques 1, 3, 5) des deux groupes

|   | INDICES ORAUX  |                |                               | INDICES ANAUX |                |                              | INDICES PHALLIQUES GENITAUX |                |                              |
|---|----------------|----------------|-------------------------------|---------------|----------------|------------------------------|-----------------------------|----------------|------------------------------|
|   | A              | I              | RAP.                          | A             | I              | RAP.                         | A                           | I              | RAP.                         |
| 1. Présence ou non d'indices chez les sujets  | 12<br>24<br>15 | 24<br>30<br>30 | 26<br>24<br>1.08<br><b>I</b>  | 6<br>12<br>15 | 25<br>30<br>30 | 25<br>12<br>2.08<br><b>I</b> | 12<br>24<br>15              | 21<br>30<br>30 | 24<br>21<br>1.14<br>A        |
| 2. Quantification globale des contenus et expressions   | 10<br>15       | 20<br>30       | 43<br>20<br>2.15<br><b>I</b>  | 7<br>15       | 14<br>30       | 31<br>30<br>2.21<br><b>I</b> | 31<br>15                    | 62<br>30       | 75<br>62<br>1.2<br><b>I</b>  |
| 3. Quantification des types d'appréhension  | 10<br>15       | 20<br>30       | 20<br>20<br>1<br>A - <b>I</b> | 4<br>15       | 8<br>30        | 14<br>30<br>1.75<br><b>I</b> | 5<br>15                     | 12<br>30       | 11<br>30<br>1.09<br>A        |
| 4. 2 + 3  | 20<br>15       | 40<br>30       | 63<br>40<br>1.57<br><b>I</b>  | 11<br>15      | 22<br>30       | 45<br>30<br>2.04<br><b>I</b> | 37<br>15                    | 74<br>30       | 86<br>74<br>1.16<br><b>I</b> |
| 5. Présence de concordance entre les contenus, expressions et types d'appréhension chez certains sujets | 5<br>15        | 10<br>30       | 12<br>10<br>1.2<br><b>I</b>   | 1<br>15       | 2<br>30        | 5<br>30<br>2.5<br><b>I</b>   | 6<br>15                     | 12<br>30       | 9<br>30<br>1.33<br>A         |

mais elle paraît plus importante dans le groupe des malades victimes d'un infarctus du myocarde (Cf. rubriques 2, 4).

Les signes Rorschach d'une régression/fixation anale semblent très typiques du groupe des patients victimes d'un infarctus du myocarde (Cf. rubriques 1, 2, 3, 5).

Ces résultats vont bien dans le sens des résultats de l'analyse aveugle où par cette méthode, sur 13 protocoles analysés, 4 cas d'angor sur 5 et 6 cas d'infarctus sur 7, soit 10 cas sur 13 (un seul étant demeuré inclassable) avaient été correctement identifiés (1).

(1) Les traitements complets de l'analyse statistique formelle, du traitement dynamique et de l'approche basée sur l'analyse des signes ~~de~~ de régression/fixation (de même que les protocoles) peuvent être obtenus auprès de l'auteur, au Département de Psychologie Médicale et de Médecine Psychosomatique de l'Université de Liège (Prof. M. Dongier), 153, bd de la Constitution, 4000, Liège, Belgique.

## DISCUSSION

Il semble que, par rapport à un patient souffrant d'angor coronarien, le sujet victime d'un infarctus du myocarde a plus de chances d'être nanti d'une organisation psychique répressive dont le fonctionnement semble assez efficace pour pallier la montée des affects et de l'anxiété, encore que le tribut payé à ce type d'adaptation se solde probablement par une somatisation néfaste plus importante. Notons d'autre part que, chez ce patient, l'angoisse profonde doit être accusée. Par contre, le malade angineux devrait davantage se caractériser par une organisation psychique mixte au point de vue expressif et répressif, cette hétérogénéité n'est probablement pas uniquement imputable à une différence de structure mais peut-être surtout à la différence des échanges établis dans cette structure, au dynamisme différent; il semble que l'efficacité des mécanismes défensifs est davantage mise en défaut.

D'autre part, le fait que nous constatons une angoisse profonde plus intense chez les sujets victimes d'un infarctus du myocarde est sans doute lié à des frustrations très précoces remontant à l'ère préverbale du développement psychologique. Cette angoisse profonde est attestée aussi par l'importance de la régression. A la différence des schizophrènes et des caractériels, c'est peut-être notamment à cause de cette angoisse que ces sujets, en vue de la maîtriser, ont développé des mécanismes répressifs plus massifs qui se sont vraisemblablement da-

vantage constitués à la suite de pressions sociales plutôt que consécutivement à des processus d'identification (Cf. la moins grande fréquence de la grande kinesthésie à la Planche kinesthésique). Par contre, chez les sujets du groupe angor, la répression est moins accusée, l'angoisse profonde moins importante et l'angoisse névrotique plus saillante. Peut-être est-ce la raison pour laquelle chez ces sujets, les mécanismes répressifs sont moins accusés et permettent peut-être ainsi une expression plus libre des affects et de l'anxiété; ils paraissent plus proches des organisations névrotiques.

Ces schèmes explicatifs, basés essentiellement sur les théories de la personnalité, doivent être fortement nuancés par le fait que cette dynamique psychique ne constitue qu'un terrain psychologique favorisant et exigeant pour son expression pathologique la rencontre d'autres facteurs que notre type de civilisation est loin d'écarteler.

La différence la plus intéressante, entre le patient souffrant d'angor et le sujet victime d'un infarctus du myocarde, est celle qui concerne l'importance de la régression/fixation anale.

En effet, cette régression/fixation anale est vraiment typique du sujet victime d'un infarctus du myocarde. Cette particularité semble être un bon critère pour différencier les deux groupes de malades; la puissance de prédictibilité de ce trait s'est élevée, lors de l'analyse aveugle, jusqu'à 77 % d'exactitude.

Signalons aussi que la régression/fixation phallique/génitale, retrouvée dans les deux groupes de malades, est plus homogène dans le groupe Angor.

Par contre, la régression/fixation orale est plus accusée chez les sujets victimes d'un infarctus du myocarde bien qu'elle soit, très probablement, caractéristique du malade coronarien en général.

Le malade victime d'un infarctus nous semble plus prégénital. Il ne faut pas ignorer que cette régression/fixation anale n'est peut-être pas sans rapport avec le caractère anal et les formations réactionnelles qui le constituent, ou caractère obsessionnel — à ne pas confondre, comme l'ont très bien souligné Delay, Pichot et Perse [11] avec ce que l'on entend par personnalité obsessionnelle, par névrose obsessionnelle et névrose de caractère obsessionnel. En effet, le caractère anal se différencie par la triade « ordre - propreté - économie » à laquelle se rattache la rigidité — ce caractère est du reste sujet d'admiration au point de vue social et devrait être bien intégré pour l'économie du dynamisme psychique de la personnalité. Sur le plan statistique, la personnalité obsessionnelle et le caractère anal (ou réactionnel narcissique) sont tout à fait indépendants. De plus ce caractère n'est pas corrélé avec le névrosisme en général mais a probablement une corrélation négative modérée avec l'hystérie.

Nous sommes tentés de rapprocher cette personnalité prégénitale du pattern A que nous expérimentons dans la ligne des travaux de Rosenman et Friedman [27] (1). L'individu présentant le pattern A typique, prédisposant significativement à l'affection coronarienne, semble miné par le temps qui fuit et tout en lui paraît lutter contre cette loi inexorable (2). Notre contexte socio-économique dont l'idéal social est l'efficacité, l'organisation, la capacité d'avoir le rendement le plus élevé en un temps le plus court possible pour le moins d'argent possible, constitue pour l'individu au pattern A un masque rêvé de normalité. Dans tous ces comportements, l'individu A exagère.

A nos yeux, si la maladie coronarienne peut être prévisible suffisamment tôt (par exemple par la détection du pattern A à la manière de Friedman et Rosenman) il pourrait encore être tout aussi aisé de prévenir la survenue de la complication que constitue l'infarctus. « Dans les semaines ou mois qui précèdent l'infarctus, il est fréquent de trouver chez ces patients une mise en échec de ces mécanismes de défense : malgré un travail intensif surgissent des difficultés professionnelles ou une perte de prestige ou d'argent, associées souvent à des frustrations sur le plan de la vie privée (en particulier, une mise en question de leur prestige viril). Souvent l'effort musculaire qui déclen-

(1) Détection étudiée à la Clinique Cardio-Vasculaire J. Cantini de l'Université de Marseille (P<sup>r</sup> Jouve) sous l'autorité du Cardiologue S. Lévy, collaborateur formé par les Professeurs Rosenman et Friedman.

(2) La véracité du Pattern A concerne bien entendu des individus relativement jeunes, de moins de 59 ans.

che l'infarctus ou l'angor apparaît comme une réponse plus ou moins désespérée à cette mise en question. Et si l'accident survient au repos ou pendant le sommeil, c'est souvent dans les phantasmes ou les rêves qu'on retrouve ces efforts musculaires violents (le cas typique étant l'infarctus devant le match de football télévisé) [12]. » La prégenitalité de ces patients pourrait être un facteur non sans incidence sur l'étiopathogénie du processus thrombotique coronarien — la démonstration des facteurs psychiques sur le temps de coagulation du sang n'étant plus à faire [32]. Il est cependant évident que l'athérosclérose en altérant les artères coronaires favorise la survenue d'un accident thrombotique aboutissant à l'infarctus. Un processus mineur, la thrombose, pourrait donc suite à l'athérosclérose, entraîner des conséquences cliniques majeures.

Nous avons parfaitement conscience que les hypothèses qui suivent ne découlent nullement des résultats précédemment exposés. Néanmoins, nous proposons, d'un point de vue pratique, deux approches des phénomènes psychiques dans la maladie coronarienne :

1° Envisager cette étude d'une manière prospective, prédictive et même psychoprophylactique;

2° Si l'étude porte sur la maladie coronarienne avérée, abandonner la conception dualiste Angor coronarien et Infarctus du myocarde pour se baser sur des critères intéroceptifs de sensation à la douleur vu l'énorme discordance qui peut exister entre la lésion réelle et le phénomène douloureux comme nous l'avions souligné au début.

Dans l'avenir, nous nous proposons de tenter une appréhension des patients selon une échelle basée sur la perception à la douleur : Névrose d'angoisse, phobie cardiaque, névrose cardiaque - Ischémie cardiaque + Angor d'effort - Ischémie cardiaque sans Angor d'effort - Angor + Infarctus du myocarde - Infarctus du myocarde + Angor d'effort consécutif - Infarctus répétés - Infarctus unique - Infarctus silencieux. Cette classification permettra peut-être de mieux saisir à la fois les conceptions des Cardiologues et celles des Psychosomaticiens, l'une comme l'autre si souvent divergentes.

## RESUME

Dans une étude comparée de 15 sujets atteints d'angor coronarien et de 30 sujets victimes d'un infarctus du myocarde à l'aide du test de Rorschach, les auteurs constatent certaines différences, principalement l'existence d'une régression/fixation anale propre au sujet victime d'un infarctus du myocarde. Ils proposent une nouvelle approche clinique du patient coronarien.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] ARLOW (J. A.) : Identification mechanisms in coronary occlusion. *Psychosom. Med.*, VII, 4 : 195-209, July 1945.
- [2] ARLOW (J. A.) : Anxiety patterns in angina pectoris. *Psychosom. Med.*, July 1952, XIV, 461-468.
- [3] BAHNSON (C. B.) : Parent constellation and Psychosexual identification in male patients with myocardial infarction. *Psychol. Rep. Monogr., Suppl.* 1962, 3-10.
- [4] BAKKER (C. B.), LEVENSON (R.) : Determinants of angina pectoris. *Psychosom. Med.*, 1967, XXIX, 6 : 621-633.
- [5] BASTIAANS (J.) : Psychoanalytic investigations on the psychic aspects of acute myocardial infarction. *Psychother. and Psychosom.*, 1968, 16 : 202-209.
- [6] BASTIAANS (J.) : The role of aggression in the genesis of psychosomatic disease. *J. of Psychosom. Res.*, 1969, 13 : 307-314.
- [7] BOHM (E.) : *Traité du Psychodiagnostic de Rorschach*. P.U.F., Paris 1955.
- [8] BRUHN (J. G.), CHANDLER (B. C.), WOLF (S.) : A psychological study of survivors and nonsurvivors of myocardial infarction. *Psychosom. Med.*, Jan-Febr. 1969, XXXI, 1 : 8-19.
- [9] CAFFREY (B.) : Reliability and validity of personality and behavioral measures in a study of coronary heart disease. *J. Chron. Dis.*, 21 June 1968, 191-204.
- [10] CLEVELAND (S. E.), JOHNSON (D. L.) : Personality patterns in young males with coronary disease. *Psychosom. Med.*, 1962, XXIV, 6 : 600-610.
- [11] DELAY (J.), PICHOT (P.), PERSE (J.) : Personnalité obsessionnelle et caractère dit obsessionnel. Etude clinique et psychométrique. *Revue de Psychologie Appliquée*, 4<sup>e</sup> trim. 1962, XII, 4 : 233-262.
- [12] DONGIER (M.) : Personnalité, Angor et Anxiété. Rôle des facteurs psychiques dans l'angine de poitrine. Colloque International « Anxiété,angoisse, Angor », Monaco 24-25 avril 1970, 101-111, I.P.F., Ed. Borel, Paris (5').
- [13] DUNBAR (F.) : Psychosomatic diagnosis. Hoeber Ed., New-York, 1943.
- [14] FRANKIGNOUL (M.), MELON (J.) : Quelques problèmes méthodologiques en recherche psychosomatique. *Les Feuilles Psychiatriques de Liège*, 1971, IV, 1 : 5-47.
- [15] FRANKIGNOUL (M.), DONGIER (M.) : Personnalité du coronarien et psychodynamique. Revue des travaux récents. *Psychologie Médicale*, 1971, n° 4, tome 3, 495-522.
- [16] GROEN (J.), VAN DER VALK (J. M.), TREURNIET (N.), VAN HEYNINGEN (K.), PELSER (H. E.), WILDE (G. J. S.) : Het acute myocardinfarct, een psychosomatische studie. De Erven F. Bohn, Haarlem, 1965.
- [17] GUIN (P.), LUCCIONI (H.), SCOTTO (J. C.), SUTTER (J. M.) : Une méthode d'approche des facteurs anxieux et de leurs causes dans l'angine de poitrine. Rôle des facteurs psychiques dans l'angine de poitrine. Colloque International « Anxiété,angoisse, Angor », Monaco 24-25 avril 1970, 51-76, I.P.F., Ed. Borel, Paris (5').
- [18] JENKINS (C. D.) (with the cooperation of Ray, H. ROSENMAN and Meyer FRIEDMAN) : Components of the coronary-prone behavior pattern. Their relation to silent myocardial infarction and blood lipids. *J. Chron. Dis.*, 1966, 19 : 599-609.
- [19] JOUVE (A.), DONGIER (M.), DELAAGE (M.), MAYAUD (R.) : Recherches psychosomatiques en cardiologie. II. Etude comparée de 100 sujets atteints d'angor coronarien ou d'infarctus du myocarde et de 100 sujets témoins. *La Presse Médicale*, 23 décembre 1961, LXIX, 55 : 2545-2548.
- [20] JOUVE (A.) : Place des facteurs psychiques parmi les facteurs prédisposant à la maladie coronarienne. Rôle des facteurs psychiques dans l'angine de poitrine. Colloque International « Anxiété,angoisse, Angor », Monaco 24-25 avril 1970, 139-151, I.P.F., Ed. Borel, Paris (5').
- [21] KEMPLE (C.) : Rorschach method and psychosomatic diagnosis. Personality traits of patients with rheumatic disease, hypertensive, cardiovascular disease, coronary occlusion, and fracture. *Psychosom. Med.*, March 1945, VII, 2 : 85-89.
- [22] LÉBOVITS (B. Z.), SHEKELLE (R. B.), OSTFELD (A. M.), PAUL (O.) : Prospective and retrospective psychological studies of coronary heart disease. *Psychosom. Med.*, 1967, XXIX, 3 : 265-272.

- [23] MARTY (P.), DE M'UZAN (M.), DAVID (C.) : L'investigation psycho-somatique. P.U.F., Paris, 1963.
- [24] MILES (H. H. W.), WALDFOGEL (S.), BARRABEE (E. L.), COBB (S.) : Psychosomatic study of 46 young men with artery disease. *Psychosom. Med.*, Nov-Dec. 1954, 16 : 455-477.
- [25] OSTFELD (A. M.), LEBOVITS (B. Z.), SHEKELLE (R. B.), PAUL (O.) : A prospective study of the relationship between personality and coronary heart disease. *J. Chron. Dis.*, 1964, 265-276.
- [26] RAUSCH DE TRAUBENBERG (N.) : La pratique du Rorschach. P.U.F., Paris, 1970.
- [27] ROSENMAN (R. H.), FRIEDMAN (M.), STRAUS (R.), JENKINS (C. D.), ZYZANSKI (S. J.), WURM (M.) : Coronary heart disease in the Western collaborative group study. A follow-up experience of 4 1/2 years. *J. Chron Dis.*, 1970, 23 : 173-190.
- [28] RORSCHACH (H.) : Psychodiagnostic. P.U.F., Paris, 1967.
- [29] VAN MASSENHOVE (J.), GUISSARD (J.) : Contribution à l'application des théories et du test de Szondi en médecine psychosomatique et en psychologie médicale. Mémoire de Licence en Psychologie, 1968-1969, Université de Louvain (ronéotypé).
- [30] VAN DER VALK (J. M.), GROEN (J. J.) : Personality structure and conflict situation in patients with myocardial infarction. *J. of Psychosom. Res.*, 1967, 11 : 41-46.
- [31] YARYURA-TOBIAS (J. A.), DIAMOND (B.), WOLPERT (A.), MERLIS (S.) : The variables of silent myocardial infarction in a psychotic population. *Psychosomatics*, Sep-Oct. 1970, XI, 483-487.
- [32] Psychological aspects of the rehabilitation of cardiovascular patients. Report on a working group convened by the Regional Office for Europe of the World Health Organization. Warsaw 28-30 May 1969. Distributed by the Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, 1970, EURO 5030 (2).

**CLINIQUE MÉDICALE**  
DE  
**VILLE-D'AVRAY**

Docteur CH. BRISSET  
Ancien interne des Hôpitaux  
de Paris

Docteur J.-A. GENDROT  
Ancien chef de Clinique  
de la Faculté

**23, rue Pradier, à VILLE-D'AVRAY (S.-et-O.)**

**Téléphone : 926-65.81**  
(LIGNES GROUPÉES JOUR ET NUIT)