

20

LES PUBLICATIONS « ACTA MEDICA BELGICA »  
Rue des Champs-Élysées 43. B-1050 BRUXELLES (Belgique)

---

**ACTA PSYCHIATRICA BELGICA**

---

EXTRAIT

## Test de Rorschach et céphalées

par M. TIMSIT

Chargé de cours associé à l'Université de Liège

---

Contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des maladies psychosomatiques, le test de Rorschach a été relativement peu utilisé dans l'approche des céphalées psychogènes, migraineuses et non migraineuses, en raison, sans doute, de la grande hétérogénéité de cette affection. Son intérêt, cependant, ne paraît pas négligeable, au moins sur le plan théorique : il nous est apparu, en effet, comme un instrument de vérification de théories explicatives qui sont nées de la pratique psychothérapeutique de patients céphalalgiques. C'est essentiellement en nous plaçant dans cette perspective que nous avons entrepris ce travail qui s'inscrit, au demeurant, dans le cadre d'une étude systématique de l'utilisation du test de Rorschach dans les maladies psychosomatiques.

### **I. L'approche psychosomatique des céphalées migraineuses et non migraineuses**

Il est classique de dire que le groupe des céphalalgies est d'une extrême hétérogénéité, du fait de la très grande variété des facteurs étiologiques rencontrés. Nick (1956), par exemple, en se situant dans une perspective neurologique, distingue les céphalées en fonction des causes qu'on leur suppose : mécaniques, vasculaires, irritatives, etc., tandis qu'Alexander (1962) oppose d'une façon schématique le groupe disparate des céphalées d'étiologies diverses à la migraine, remarquable par son individualité, tant en ce qui concerne sa symptomatologie que son déterminisme physiologique. En dépit de cette très grande diversité, des études expérimentales rigoureuses ont pu apporter la preuve que dans la genèse de nombre de céphalées de quelque type que ce soit, les facteurs psychologiques pouvaient jouer un rôle primordial (Wolf, 1963).

Que la céphalée soit un symptôme fréquemment rencontré, cela n'a assurément rien d'étonnant, dans la mesure où 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. Dans une récente communication à la Société royale de Médecine Mentale de Belgique, Jonckheere (1968) rappelait l'importance de l'agressivité réprimée, citant à cette occasion les observations qu'en avait déjà faites, deux siècles et demi plus tôt, un interniste du même nom. Il s'agit là d'une influence dont les céphalalgiques sont loin d'avoir le privilège puisqu'elle est retrouvée dans la plupart des autres affections d'origine psychosomatique. Cependant, de nombreux travaux récents ont souligné l'importance, chez eux, de la tension musculaire dans la réflexion de l'anxiété sur l'organe cible. Friedman (1964) a montré que 90 % des céphalées chroniques sont des céphalées vasculaires, des céphalées par contraction musculaire ou des combinaisons de ces deux types. C'est habituellement par le biais d'une augmentation de la contraction des muscles squelettiques que les facteurs émotionnels sont responsables de la genèse des céphalées.

Martin, Rome et Swenson ont donné en 1967 une revue très complète de la littérature concernant les céphalées : ils rappellent qu'en 1959 une commission *ad hoc* de classification des céphalées stipulait que le terme de « céphalées par contraction musculaire » définissait le syndrome d'un malaise céphalique qui avait pu être rapporté antérieurement soit à une tension, soit à une céphalée « psychogénétique » ou « nerveuse ». Pour répondre à une telle définition, une céphalée doit avoir les caractères suivants : « douleur ou sensation de tension, pression ou constriction variant notablement en intensité, fréquence et durée, souvent de longue durée et habituellement sus-occipitale. Cette douleur est associée à une contraction soutenue des muscles squelettiques en l'absence d'une modification des structures permanentes et elle peut être habituellement considérée comme une composante de la réaction individuelle à un *stress* vital ». Les auteurs soulignent le fait que nombre de céphalées qui seraient sans aucun doute rangées dans ce cadre par la nosologie actuelle ont pu jusqu'à présent être considérées comme des céphalées migraineuses.

Knopf, en 1935, est parmi les premiers à assigner aux facteurs émotionnels un rôle dans le déclenchement des céphalées psychogènes. Elle retrouvait chez ses patients des efforts ambitieux, une rigidité du comportement contrôlé et réservé, des ressentiments affectifs subtils. Wolf, en 1937, les décrivait à son tour comme perfectionnistes, insatisfaits, « inflexibles ». La plupart des auteurs s'accordent pour tracer un profil de la personnalité des migraineux. Il s'agit de gens d'une intel-

ligence généralement au-dessus de la moyenne, bien pensants, solennels, dignes, sensibles, autoritaires, sans humour, habituellement obsessionnels, maniaques de la perfection, ambitieux, avides de succès et rigides. Ils sont incapables de laisser aux autres leur part de responsabilités et l'on constate que, bien souvent, leur développement affectif est retardé. La signification de ces traits de personnalité n'est pas univoque. L'accent a été mis tour à tour 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 (Selinsky, 1939), un désir inconscient de maintien dans une position de dépendance que favoriserait le symptôme céphalalgique, à l'instar de ce qui se passe dans les hystéries de conversion (Friedman et Brenner, 1950), 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 (Marty, 1955). Nous développerons un peu plus loin les théories explicatives que cet auteur a avancées et qui ont servi de base à notre propre recherche.

D'autres tests de personnalité que le test de Rorschach ont été utilisés en vue d'évaluer objectivement les traits de personnalité des patients céphalalgiques migraux et non migraux. Stenback a ainsi eu recours en 1954 au *berneuter personality inventory* pour comparer ses patients migraux et souffrant de céphalées de tension à d'autres groupes nosologiques et à des groupes de contrôle : les résultats de cette enquête sont incertains pour l'essentiel, mais ils ont cependant révélé que les patients étaient d'une façon générale plus névrosés et plus introvertis que les sujets normaux des groupes contrôle. Il est intéressant de remarquer au passage que Stenback a précisé qu'il lui était impossible de discerner une différence significative entre la migraine et les céphalées de type musculaire sur la base de l'inventaire de personnalité. Plus récemment, Martin, Rome et Swenson (1967) ont utilisé le *minnesota multiphasic personality inventory* (MMPI) chez 25 patients souffrant de céphalées par contraction musculaire. Ils ont également remarqué que les aspects qualitatifs des protocoles de leurs sujets n'étaient pas significativement différents de ceux de la population médicale en général. Ils ont cependant relevé des pics assez caractéristiques à l'hypocondrie, à la dépression et à l'hystérie.

## II. Le test de Rorschach dans les céphalées psychogènes

Le test de Rorschach présente sur ces inventaires l'avantage d'être un test projectif : il permet ainsi une approche plus profonde de la

structure de personnalité ; et de surcroît, grâce à l'ambiguïté du matériel proposé, il rend possible dans la plupart des cas une *approche dynamique*. Ross et McNaughton (1945) l'ont utilisé chez 50 sujets d'âge identique en comparant les protocoles ainsi obtenus à ceux d'un groupe de contrôle comprenant des sujets normaux, des névrosés, des patients atteints de lésions cérébrales, mais aussi des sujets présentant des céphalées non migraineuses d'origine psychogénétique. Leur étude se fonde essentiellement sur une évaluation statistique et les signes qu'ils relèvent leur permettent de conclure à l'existence chez les migraineux de difficultés d'ordre sexuel (ils notent, en effet, une augmentation significative du temps de réaction à la planche VI, planche sexuelle) et de traits de personnalité qui viennent confirmer les études cliniques faites antérieurement et que nous venons de mentionner : personnalité ambitieuse, perfectionniste, comme en témoigne l'élévation significative du pourcentage de bonnes formes, tendance à accepter les choses telles qu'elles sont données, attitude d'intolérance vis-à-vis des opinions opposées, comme pourrait le laisser supposer le fait de ne donner qu'une seule réponse à chaque planche, inflexibilité obsessionnelle compulsive.

Au cours de notre travail, nous nous sommes placés dans une *double perspective structurale et dynamique*, en nous référant en premier lieu à l'hypothèse explicative proposée par Marty : cet auteur considère, en effet, que la liaison entre le symptôme céphalalgique et certaines situations 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. A l'appui de cette assertion, il rapporte l'observation de 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. Marty et Fain (1955) ont précisément mis en évidence, de leur côté, chez des rachialgiques, mais aussi chez des céphalalgiques, un *double blocage intellectuel et moteur des ma'ades* avec des *représentations pétrifiées des rêves*, lesquels seraient en quelque sorte « le reflet visuel de la double inhibition (blocage de la représentation d'action puis crainte de l'action) ». Ainsi, soulignent ces auteurs, 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'ailleurs d'observation courante 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 psychogènes chez l'enfant âgé de moins de 6 ans.

En même temps que nous nous sommes efforcés, à l'aide du test de Rorschach, de retrouver les différents traits de personnalité que l'approche clinique permettait de distinguer, nous nous sommes posés la question de savoir si 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*. On sait que ces réponses, dont la signification est complexe, sont données chaque fois que le sujet a « ou est supposé avoir » éprouvé une véritable sensation kinesthésique, c'est-à-dire lorsqu'il projette sur la planche l'image d'un mouvement qu'il est susceptible d'exécuter lui-même. A la différence des autres déterminants (réponse forme, réponse couleur et réponse estompage), ces réponses kinesthésiques ne sont pas données dans la tâche, et il s'agit dans ces conditions d'une projection pure qui ne peut donc être que la projection de la vie inconsciente des besoins profonds du sujet. Il est d'ailleurs bien établi actuellement que ces réponses kinesthésiques sont l'expression des motivations du sujet et des mécanismes de défense suscités par ces motivations. On comprend qu'elles revêtent, de ce fait, une importance toute particulière. Plusieurs auteurs ont d'ailleurs établi un rapprochement entre *kinesthésie et rêve* dans la mesure où ces deux phénomènes répondent à une même catégorie explicative — condensation, déplacement, censure, etc. — de telle sorte que l'analyse qualitative et symbolique de ces réponses kinesthésiques mène au cœur des problèmes profonds d'un sujet (Anzieu, 1960).

Nous nous sommes demandé, dans ces conditions, si les céphalalgiques ne présentaient pas, au test de Rorschach, d'une façon privilégiée, un *processus de refoulement, de répression des kinesthésies*.

Il est classique d'opposer les kinesthésies réprimées aux kinesthésies refoulées (Bohm, 1955). 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'exemples, Bohm 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. On considère la plupart

des réponses « forme » données à la planche III comme des kinesthésies refoulées, et à titre d'exemples Bohm 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, 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 précise que de telles réponses sont relativement rares dans les protocoles de Rorschach. Comme nous l'indiquerons un peu plus loin, il ne nous a pas semblé que la signification de ces processus répressifs des kinesthésies pouvait se résumer exclusivement dans cette dialectique dénouement-inhibition, avenir-passé.

A côté de ces deux modalités privilégiées, Bohm fait également intervenir le *choc kinesthésique* qui consiste dans l'absence complète d'interprétation kinesthésique aux planches prévues pour les kinesthésies (planche I, II, III, IV) 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, 1958). 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 I ou des couleurs bigarrées de 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, correspondant au réflexe de « faire le mort » des animaux. Il est donc corrélatif d'une hypertonie générale.

En 1953, Philips et Smith 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. Ils citent à titre d'exemple le fait de « lever les bras », « supporter quelque chose », « se tenir debout », « s'étendre », « essayer d'atteindre ».

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

Notre travail a porté sur 31 cas, comprenant 14 patients de sexe masculin dont l'âge moyen était de 30 ans (âges extrêmes 21 et 44) et 17 sujets de sexe féminin dont l'âge moyen était de 36,5 ans (âges extrêmes 24 et 60 ans). Il s'agissait dans tous les cas de céphalées psychogènes qui duraient depuis plusieurs années et étaient rebelles aux traitements médicamenteux jusque-là utilisés. Toute organicité avait été exclue par une série d'explorations neuroradiologiques et électroencéphalographiques au moment où ces sujets nous avaient consulté. Nous n'avons malheureusement pas pu effectuer de contrôle électromyographique. Dans 24 cas (9 hommes et 15 femmes), nous avons procédé nous-même à la passation du test de Rorschach, généralement après deux ou trois entretiens préliminaires qui visaient à créer un climat de confiance. Chez les sept autres patients (5 hommes et 2 femmes) la passation a été effectuée par un étudiant en psychologie, stagiaire dans notre service.

#### **Analyse formelle.**

Comme nous l'indiquons dans le tableau I, le profil moyen des psychogrammes formels de nos 31 patients présente une très grande similitude avec ce qu'il est convenu de décrire chez les malades psychosomatiques. Pour Philips et Smith (1953) en effet, outre les kinesthésies « statiques », les protocoles de patients atteints d'affections psychosomatiques sont essentiellement caractérisés par une réduction du nombre des kinesthésies (de 1 à 0), une somme de réponses couleur pondérées de 3,5 comportant plus de réponses CF et C que de FC, et une augmentation de pourcentage de bonnes formes (F + %). Chez nos patients, le nombre de réponses kinesthésiques moyen est effectivement de 0,7, la somme des réponses couleur pondérées de 3,6 (3,8 chez les hommes et 3,4 chez les femmes) et le pourcentage de bonnes formes (F + %) de 83,7 (82,7 chez les hommes et 84,4 chez les femmes). On compte 1,3 FC pour 2 CF et 0,5 C et, comme l'a également fait remarquer Piotrowski (1965) dans les maladies psychosomatiques en général, nos patients donnent plus de réponses couleur que de réponses estompage (somme pondérée des réponses estompage de 1,6). Les autres indices — nombre moyen de banalités à 5,9, pourcentage de réponses animales à



46,2, associé à l'élévation relative du pourcentage de bonnes formes — nous portent à croire que, comme Ross et McNaughton (1945) l'avaient relevé chez leurs 50 patients, on est en présence chez nos sujets d'un contrôle rationnel plus strict en même temps que d'un souci d'un certain conformisme. La proportion plus grande de petites kinesthésies

TABLEAU I

## Profil moyen des protocoles Rorschach chez les céphalalgiques

	Ensemble des cas (31)		Hommes (14)	Femmes (17)
	Moyenne	$\sigma$	Moyenne	Moyenne
Nombre de réponses	26.22	12.43	29.5	23.4
Réponses globales	9.96	5.21	10.0	9.8
Réponses détail D	13.03	6.9	15.7	10.7
Réponses Dd	1.48	2.65	2.4	0.7
Réponses Dbl	0.96	1.26	0.7	1
F %	57.67	19.7	61.9	56.0
F+%	83.70	9.57	82.7	84.4
Réponses kinesthésiques K	0.7	0.99	0.7	0.7
Réponses kinesthésiques k	2.29	1.88	2.2	2.2
Somme réponses couleur (pondérée)	3.61	2.95	3.8	3.4
Réponses forme-couleur FC	1.35	1.52	1.9	0.8
Réponses couleur-forme CF	2.06	1.41	2.1	2
Réponses couleur C	0.58	0.92	0.5	0.5
Somme réponses estompage (pondérée)	1.67	1.70	1.8	1.5
Réponses forme-estompage FE	1.54	1.50	1.5	1.5
Réponses estompage-forme EF	0.77	0.78	0.7	0.7
A %	46.29	15.85	42.7	49
H %	13.61	8.5	13.2	13.8
Réponses anatomie	2.48	1.97	2.4	2.5
Réponses banales	5.90	1.83	5.8	5.9

que de grandes kinesthésies, comme la fréquence de certains contenus, et dans quelques cas les références à l'enfance du type de « Si c'était ma petite fille qui avait dessiné cela je dirais... » traduisent un certain infantilisme et une immaturité affective. Enfin, on doit encore signaler, d'une part l'élévation relative du pourcentage de réponses globales (10 g pour un protocole moyen comportant 26,2 réponses, soit 38,2 %) qui

traduirait peut-être une certaine ambition et la tendance « à accepter les choses telles qu'elles sont données » ; d'autre part, la présence quasi constante de réponses anatomiques (2,4 pour un protocole moyen), particularité que Shatin (1952) a retrouvée d'une façon générale dans les maladies psychosomatiques.

#### **Etude dynamique.**

Davantage que la seule analyse formelle, c'est surtout l'étude dynamique de nos protocoles qui nous a paru le mieux illustrer l'intérêt que l'on pouvait retirer de l'application du test de Rorschach à l'approche psychosomatique des céphalées, dans la mesure où, en particulier, elle permet de vérifier la valeur des théories explicatives — notamment celles de Marty et Fain (1955) — avancées dans leur pathogénie. Ainsi, le psychogramme formel permet-il de dessiner un « portrait » Rorschach assez proche dans ses grands traits de ce qu'il est classique de décrire chez les patients atteints d'affections psychosomatiques. Il n'a certes pas la valeur que l'on accorde à la liste de Piotrowski dans le psychosyndrome organique.

C'est l'étude dynamique de ces protocoles Rorschach qui a cependant retenu toute notre attention. Elle nous a paru représenter la voie d'approche la plus féconde d'un point de vue psychopathologique puisqu'elle constitue d'une certaine manière « un instrument de mesure » des théories avancées en psychologie dynamique.

De fait, en premier lieu, l'étude dynamique nous renvoie à la « castration mentale » par le biais d'un double phénomène : un choc au rouge particulièrement intense, d'une part, et, d'autre part, l'investissement céphalique privilégié. 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, mais que, dans tous les cas, les thèmes de castration apparaissent au niveau des contenus, plus particulièrement à la planche VI (planche sexuelle). Il n'y aurait là qu'un processus banal, fréquemment retrouvé dans les protocoles de névrosés, si ne lui était associé l'investissement céphalique : il nous a semblé que les contenus fournis par les céphalalgiques représentaient quelque chose de plus que le seul indice « barrière » décrit par Fisher et Cleveland (1956) dans les affections psychosomatiques. Qu'il s'agisse de « squelette », de « revêtement ou vêtement », ou encore d'« emblème », ou de « statue », les contenus concernent le plus souvent la tête (« crâne », « chapeau »). A cet égard, on ne saurait citer meilleur exemple que cette réponse fournie par l'un des patients à la planche V — planche qui est communément considérée

comme l'expression de la représentation de soi — « deux silhouettes de têtes humaines aux fronts très prononcés couchées l'une contre l'autre... ». A l'enquête, le sujet ajoute cette notation extrêmement originale et intéressante : « C'est la tête de Saint Jean-Baptiste décapité ».

En deuxième lieu, l'étude dynamique des protocoles au Rorschach nous permet de mieux appréhender la qualité des défenses mises en jeu : déjà l'analyse formelle nous avait donné la possibilité de signaler au passage l'aspect *régressif* des protocoles qui procédait entre autres choses de la prépondérance des petites kinesthésies sur les grandes. Les contenus infantiles ne sont pas rares et, de surcroît, il nous semble intéressant de souligner la fréquence des références à des enfants. Ainsi ce commentaire relevé chez deux patientes : « Si c'était ma petite fille qui avait fait ce dessin je dirais... ». L'*introjection*, plus particulièrement retrouvée dans les migraines (il est classique que les crises migraineuses soient souvent précédées de « fringales » alimentaires), est illustrée tout autant par les contenus alimentaires que par la prépondérance du type G (réponse globale) qui renvoie, comme on sait, à une « saisie » globale de l'objet et donc à une tendance orale prononcée. Enfin, les mécanismes obsessionnels, *rationalisations*, maîtrise de l'objet, contrôle formel, sont surtout évidents à partir des données du psychogramme formel que nous avons mentionnées plus haut. Il reste que les patients céphalalgiques émettent très souvent des critiques et les commentaires les plus divers.

En troisième lieu, et surtout, l'étude dynamique nous mène droit au cœur du problème des céphalalgiques en mettant en lumière d'une façon qui nous a paru remarquable — et qui rejoint les observations faites par Marty et Fain à la suite de Morton-French — le *processus général de répression des affects* (double blocage perceptivomoteur) par les distorsions observées dans les perceptions kinesthésiques. Nous retrouvons, en effet, dans les *deux tiers des cas* une kinesthésie refoulée ou une kinesthésie réprimée : 8 sur 14 chez les hommes, 13 sur 17 chez les sujets de sexe féminin. Il convient de remarquer que l'on relève chez les onze autres patients, six fois un *choc kinesthésique* (trois fois chez les sujets de sexe masculin et trois fois chez les sujets de sexe féminin) et une fois des kinesthésies statiques. Si l'on envisage la totalité des réponses kinesthésiques réprimées et refoulées, relevées dans les protocoles (35) et que l'on étudie leur répartition en fonction des différentes planches (fig. 1), on constate que, pour l'ensemble des patients, l'ordre de fréquence d'apparition de ces réponses kinesthésiques particulières est ainsi représenté : planche III, planche VII et planche I. Chez les hommes, c'est la planche I qui est le plus volontiers le siège de ces réponses kinesthésiques réprimées ou refoulées, suivie des plan-

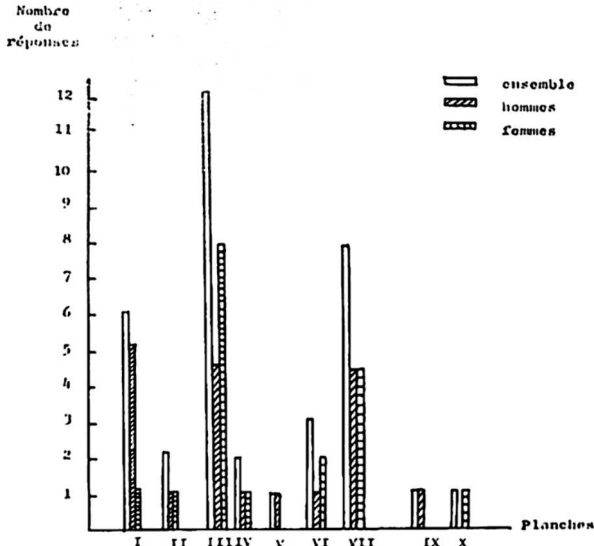


FIG. 1. — Histogramme de répartition des réponses kinesthésiques réprimées et refoulées pour chacune des planches du Rorschach chez les 31 céphalalgiques.

TABLEAU II

	Ensemble (31)	Hommes (14)	Femmes (17)
Kinesthésies réprimées	9	4	5
Kinesthésies refoulées	12	4	8
Choc kinesthésique	6	3	3
Kinesthésies statiques	1	1	0
Absence de manifestation répressive	3	2	1
	28	12	16

ches III et VII, tandis que chez les femmes c'est la planche III qui vient en premier lieu suivie de la planche VII. La plupart des réponses expriment une véritable « pétrification ». Ainsi peut-on relever à titre d'exemples ces réponses très significatives à la planche III : « Deux silhouettes stylisées genre grottes 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... deux petits marticots en bas-relief, en train de représenter un démon quel-



FIG. 2.

conque ou quelque chose comme ça..., là on dirait qu'ils se grattent... Deux enfants (et à l'enquête : la caricature de deux gosses penchés)... A la planche VII : deux jeunes filles qui se regardent comme dans un portique, des statues de marbres..., des silhouettes de femmes la tête dévissée complètement qui se regarderaient... A la planche X : deux figurines qui tiennent le verre ensemble et qui se donnent la santé... ».

Il est certain que le processus répressif n'est pas résumé par les seules kinesthésies réprimées, telles que nous les avons définies plus haut, en suivant Bohm. Les kinesthésies refoulées nous paraissent avoir la même signification surtout lorsqu'elles sont assorties de réponses « pétrifiées ». Le choc kinesthésique, mais aussi peut-être dans certaines conditions les kinesthésies partielles ont la même valeur : toutes ces réponses exprimeraient la tendance prévalante chez le sujet céphalalgique à bloquer l'émergence de fantasmes agressifs dirigés contre autrui pour le retourner



contre sa propre tête. A cet égard, nous ne pouvons manquer de citer cette belle réponse que nous avons retrouvée dans deux protocoles et qui nous paraît remarquablement illustrer la signification de la céphalée à la planche I : « Une espèce de Victoire ailée, la Victoire de Samothrace ». Une telle réponse se passerait de commentaire tant elle est évocatrice : cette image d'une statue sans tête, mais dont l'expression d'envol est saisissante renvoie bien à la fois à la castration mentale et à une représentation pétrifiée (fig. 2).

Nous avons conscience du caractère encore limité de cette approche des céphalées psychogènes à l'aide du test de Rorschach, mais notre propos n'était que d'illustrer les possibilités qu'offrent certaines méthodes psychologiques, et en particulier les techniques projectives, d'une évaluation objective — voire quantifiable — en médecine psychosomatique.

#### RESUME

A la différence de ce que l'on observe dans la plupart des maladies psychosomatiques, le test de Rorschach a été relativement peu utilisé dans l'approche des céphalées psychogènes migraineuses et non migraineuses, en raison sans doute de leur très grande hétérogénéité. Son intérêt cependant ne paraît pas négligeable, au moins sur le plan théorique. En effet, on peut envisager, dans une perspective psychodynamique, les céphalées psychogènes comme étant déterminées par un double blocage intellectuel et moteur du passage à l'acte d'agression, blocage dont précisément les représentations pétrifiées des rêves seraient le reflet vivant (Marty et Fain). A cet égard, Morton French avait dès 1941 relaté, chez des patients en analyse, l'apparition de céphalées après la survenue de rêves exprimant des désirs refoulés au moyen d'images immobiles.

Dans la mesure où l'on s'accorde à rapporter les perceptions kinesthésiques suscitées par la présentation des planches du Rorschach à une même catégorie explicative que le rêve, il semblait légitime de se demander si, chez les céphalalgiques, on n'observerait pas une répression ou un refoulement de ces kinesthésies, liés à un processus de blocage et plus accusés que ce qu'il est classique de décrire dans les maladies psychosomatiques en général (kinesthésies statiques de Philips et Smith). Cette hypothèse a pu être étayée par les résultats obtenus à partir de l'analyse des protocoles de Rorschach de 31 patients atteints de céphalées psychogènes et suivis dans le service de psychologie médicale et de médecine psychosomatique de l'Université de Liège. Une double approche structurale et dynamique permet de retrouver un profil de personnalité bien caractérisé en clinique (extratensivité alliée à un conformisme excessif, rigidité certaine et préoccupations somatiques) et les modalités variées des mécanismes répressifs s'expriment électivement au niveau réponses kinesthésiques (kinesthésies réprimées ou refoulées, choc kinesthésique, kinesthésies partielles), mais également au niveau de réponses complexes et de contenus significatifs.

## SAMENVATTING

*De Rorschach-test bij hoofdpijn.*

In tegenstelling tot wat men bij de meeste psychosomatische ziekten deed, werd de Rorschach-test relatief weinig aangewend bij de benadering van migraineuze en niet-migraineuze psychogene hoofdpijnen. Dit is zeker te wijten aan hun grote heterogeneïteit. Toch mag vooral op theoretisch vlak het belang ervan niet onderschat worden. In psychodynamisch perspectief kan men de psychogene hoofdpijn zien als het gevolg van een dubbele blocage van de agressiviteit in het handelen nl. intellectueel en motorisch. De versteende droombeelden zijn levendige voorstellingen van deze blocage (Marty en Fain). In dit verband meldde Morton French in 1941 dat patiënten in analyse hoofdpijn hadden, nadat zij in hun droom de onderdrukte wensen hadden uitgebeeld in beweegloze beelden.

Men kan het erover eens worden, dezelfde betekenis te geven aan de kinesthetische voorstelling opgeroepen door de Rorschach-platen, als aan de gelijkaardige droomvoorstellingen. Het lijkt dan even gewettigd de vraag te stellen of die kinesthesieën zouden verdrongen worden ten gevolge van een blocage en zelfs duidelijker dan gebruikelijk is bij andere psycho-somatische aandoeningen (« statische » kinesthesieën van Philips en Smith). Deze hypothese heeft steun gevonden in de uitslag van de analyse van 31 Rorschach-protocollen van lijdende aan psychogene hoofdpijn, gevolgd in de diensten van « Medische psychologie » en « Psychosomatische geneeskunde » van de Universiteit te Luik (Prof. M. Dongier). Een dubbele benadering, zowel structureel als dynamisch, toont een goed omschreven persoonlijkheidsprofiel (extroversie gebonden aan eenoverdreven conformisme, een zekere stijfheid en somatische bekommernissen), en een verscheidenheid in de onderdrukkende mechanismen, selectief uitgedrukt in de kinesthetische duidingen, (beteugelde of onderdrukte kinesthesieën, kinesthetische shock, gedeeltelijke kinesthesieën) en in de complexe duidingen met symbolische inhoud.

## SUMMARY

*Rorschach test and headaches.*

The Rorschach has been seldomly used in the study of sick and normal headaches. Nonetheless, this test would be of help to identify the repressed aggressive drive, so frequently observed on the intellectual and motor level among these patients. Through Marty and Fain we know that dreams reproduce those drives in the patients. Morton French showed in 1941 the appearance of headache in patients undergoing psychoanalysis after the occurrence of kinesthetic dreams expressing those repressed drives. If kinesthetic answers to the Rorschach are functionally speaking similar to dreams, one can expect a repression of kinesthetic answers in patients with headaches as compared to patients with other psychosomatic illnesses. Philips and Smith showed that static kinesthesia is more frequent among psychosomatic patients.

Thirty-one patients, suffering from psychogenic headaches and attending Professor Dongier's department at the University of Liege, were tested with the Rorschach. These patients showed a typical personal profile, characterized on the one hand by extraversion and excessive sense of conformity, a great rigidity and numerous somatic concerns. On the other hand, the same patients show repressive mechanisms such as repressed kinesthesia, kinesthetic shocks and partial kinesthesia. Their repression also appeared in the complexity and the content of their response.

## ZUSAMMENFASSUNG

### *Rorschach-Test und Kopfschmerzen.*

Im Gegensatz zu der Mehrzahl der psychosomatischen Krankheiten wurde der Rorschach-Test nur relativ selten angewandt, wenn es sich um psychogene, migränöse oder nicht migränöse Kopfschmerzen handelt, wahrscheinlich wegen ihrer grossen Unterschiedlichkeit. Seine Anwendung dürfte jedoch auch hier, zumindest in theoretischer Hinsicht, von Interesse sein. In einer psychodynamischen Optik kann man die Auffassung vertreten, dass die psychogenen Kopfschmerzen durch eine doppelte, geistige und motorische Sperrung des Aggressionsaktes bedingt werden, Sperrung deren lebendiger Spiegel eben die erstarrten Traumbilder seien (Marty und Fain). Diesbezüglich hat Morton French seit 1941 bei den der Analyse unterzogenen Patienten festgestellt, dass die Kopfschmerzen nach Träumen auftraten, die verdrängte Wünsche in der Form starrer Bilder ausdrückten.

In dem Masse, in dem man bereit ist, die durch die Vorlage der Rorschachschen Deutungsfragen hervorgerufenen kinesthetischen Wahrnehmungen der gleichen Erklärungskategorie wie der der Träume zuzuordnen, erschien die Frage berechtigt, ob man bei den an Kopfschmerz Leidenden nicht eine Verdrängung und Unterdrückung jener Kinesthesien feststellen kann, in Verbindung mit dem Sperrungsprozess, und zwar in einer eindeutigeren Weise, als dies bisher bei den psychosomatischen Krankheiten im allgemeinen beschrieben wurde (« Statische » Kinesthesien von Philips und Smith).

Diese Hypothese wurde erhärtet durch die Ergebnisanalyse des Rorschach-Tests, dem sich 31 Patienten, die an psychogenen Kopfschmerzen litten, in der Abteilung für medizinische Psychologie und psychosomatische Medizin der Universität Lüttich (Prof. M. Dongier) unterzogen. Eine doppelte, strukturelle und dynamische Annäherung ergibt ein gut charakterisiertes Persönlichkeitsbild (Extratensivität verbunden mit einem übertriebenen Konformismus, ausgesprochene Starrheit und somatische Besorgnis) und zahlreiche Modalitäten der Verdrängungsmechanismen, die wahlweise in den kinesthetischen Antworten (verdrängte oder unterdrückte Kinesthesien, kinesthetischer Schock, Teilkinesthesien), aber auch in den Bedeutungsinhalten und in den komplexuellen Antworten zum Ausdruck kommen.

## RIASSUNTO

*Test di Rorschach e cefalee.*

Contrariamente a quanto si può verificare nella maggior parte delle malattie psicosomatiche, il test di Rorschach è stato scarsamente utilizzato nell'approccio delle cefalee psicogenetiche, emicraniche e non, probabilmente data la loro notevole eterogeneità. Tuttavia non appare affatto trascurabile, se non altro su un piano teorico. Possono infatti venir considerate, dal punto di vista psicodinamico, quali determinante da un doppio blocco, intellettuale e motorio di passaggio all'atto aggressivo, blocco del quale le rappresentazioni pietrificate dei sogni rappresenterebbero il riflesso vivente (Marty e Fais). Già nel 1941, a tale proposito, Morton French aveva riferito di pazienti in analisi la comparsa di cefalee dopo la presentazione di sogni esprimenti desideri rimossi mediante immagini immobili.

Nell'ambito del comune accordo di riferire le percezioni cinestesiche suscitate dalla presentazione delle tavole del Rorschach ad una categoria esplicativa comune quale il sogno, appariva coerente il domandarsi se, nei cefalalgici, non si sarebbe osservata una rappresentazione o una rimozione di tali cinestesie, legate a tale processo di blocco, e più accentuate di quanto è classicamente descritto nelle malattie psicosomatiche in generale (cinestesie « statiche » di Philips e Smith).

Tale ipotesi venne consentita dai risultati ottenuti d'all'analisi dei protocolli dei Rorschach di 31 pazienti colpiti da tali cefalee psicogenetiche e seguiti nel centro di Psicologia Medica e di Medicina Psicosomatica dell'Università di Liegi (Professor M. Dongier). Un doppio approccio, di tipo strutturale e dinamico, consente di tracciare un profilo di personalità ben caratterizzato clinicamente (iperemotività associata ad un eccessivo conformismo, una forma di rigidità e preoccupazioni somatiche) e le svariate modalità dei meccanismi repressivi si manifestano elettivamente a livello delle risposte cinestesiche (cinestesie represses o rimosse, shock cinestesico, cinestesie parziali) ma altresì a livello di risposte complessive e di contenuti significativi.

## RESUMEN

*Test de Rorschach y cefaleas.*

De manera diferente a lo que se observa en la mayoría de las enfermedades psicosomáticas, el test de Rorschach se ha utilizado relativamente poco para abordar las cefaleas psicogenas, jaquecosas y no jaquecosas, sin duda a causa de su gran heterogeneidad. Sin embargo su interés no es de descuidar, al menos en el plan teorico. En efecto, se puede considerar desde una perspectiva psicodinámica que las cefaleas psicógenas puedan ser determinadas por un doble bloqueo intelectual y motor de pasaje al acto de agresión, precisamente, bloqueo del que las representaciones petrificadas de los sueños serian el reflejo viviente (Marty y Fain). En relación con lo dicho Morton French habia relatado en 1941 en los pacientes en análisis la aparición de cefaleas

consiguientes a sueños que expresaban los deseos reprimidos con imágenes inmóviles.

Sería legítimo el preguntarse si en los cefalálgicos no podría observarse una represión de las kinestésias ligadas a ese proceso de bloqueo y más acusadas de lo que es clásico de describir en las enfermedades psicósomáticas en general, (kinestésias estáticas de Philips y Smith), en la medida en que pueda concordarse el deferir las percepciones kinestésicas suscitadas por la presentación de las planchas del Rorschach a la misma categoría explicativa que el sueño.

Esta hipótesis ha podido ser apoyada por los resultados obtenidos por el análisis de los protocolos del Rorschach de 31 pacientes con cefaleas psicógenas y seguidos en el servicio de Psicología Médica y de Medicina Psicomática de la Universidad de Lieja (Professor M. Dongier). Una doble óptica, estructural y dinámica, permite encontrar un perfil de personalidad característica en clínica (tensión excesiva unida a un conformismo excesivo, rigidez cierta y preocupaciones somáticas) y modalidades variadas de mecanismos represivos que se expresan selectivamente en el nivel de las respuestas kinestésicas (kinestésia reprimida, choc kinestésico, kinestésia parcial) igualmente que en el nivel de las respuestas complejas y de contenido significativo.

#### BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER F. *La médecine psychosomatique*. Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1962.
- ANZIEU D. *Les méthodes projectives*. Paris, Presses Universitaires de France, 1960.
- BEIZMANN C. *Livret des cotations des formes dans le Rorschach*. Paris, Editions du Centre de Psychologie Appliquée, 1968.
- BOHM E. *Traité du psychodiagnostic de Rorschach*, 2 volumes. Paris, Presses Universitaires de France, 1955.
- FISHER S., CLEVELAND S.E. Relationship of body image to site of cancer. *Psychosom. Med.*, 1956, 18, 304-309.
- FRENCH T.M. Physiology of behavior and choice of neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 1941, 10, 561-572.
- FRIEDMAN A.P. Reflexion on the problem of headache. *JAMA*, 1964, 190, 445-447.
- FRIEDMAN A.P., BRENNER C. Psychological mechanisms in chronic headache. *Ass. Res. nerv. ment. Dis.*, 1950, 19, 605-608.
- JONCKHEERE P. Les céphalées « psychosomatiques ». Etude clinique de 36 cas. *Communication à la Société royale de Médecine Mentale de Belgique*, 21 décembre 1968.
- KNOPF O. Preliminary report on personality studies in thirty migraine patients. *J. nerv. ment. Dis.*, 1935, 82, 270-285, 400-414.
- LOOSLI-USTERI M. *Manuel pratique du test de Rorschach*. Paris, Herman, 1958.
- MARTIN M.J., ROME H.P., SWENSON W.M. Muscle contraction headache: a psychiatric review. In *Research Clinical Studies Headache* (Basel, New York, Karger), 1967, 1, 184-204.
- MARTY P., FAIN M. Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. *Rev. franç. Psychan.*, 1955, 19, 205.
- MARTY P., M'UZAN (de) M., DAVID C. *L'investigation psychosomatique*. Paris, Presses Universitaires de France, 1963.
- MARTY P. Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies. *Rev. franç. Psychan.*, 1951, 15, 216-252.
- MARTY P. Les céphalalgies. *Encycl. Méd. chirurg. - Psychiatrie*, 1955, 37480 G 10.
- NICK J. A propos de quelques types de douleurs céphaliques. In Alajouanine Th. et al., *La douleur et les douleurs*. Paris, Masson, 1956.
- PHILLIPS C., SMITH J.G. *Rorschach interpretation advanced techniques*. New York, Grune and Stratton, 1953.



- PIOTROWSKI Z. The Rorschach inkblot method. In Wolman B.B. (edit.), *Handbook of clinical psychology*. New York, McGraw Hill Book Co., 1965.
- RORSCHACH H. *Psychodiagnostic*. Paris, Presses Universitaires de France, 1953.
- ROSS W.D., McNAUGHTON D.L. Objective personality studies in migraine by means of the Rorschach method. *Psychosom. Med.*, 1945, 7, 73-79.
- SELINSKY H. Psychological study of the migrainous syndrome. *Bull. N.Y. Acad. Med.*, 1939, 15, 757-763.
- SHATIN L. Psychoneurosis and psychosomatic reactions. In Piotrowski : *A Rorschach contrast*. *J. Consult. Psychol.*, 1952, 16, 220.
- STENBACK A. Headache and life stress : a psychosomatic study of headache. *Acta psychiat. scand.*, 1954, 92, suppl., 1-143.
- TIMSIT M., TIMSIT-BERTHIER M. Fondements expérimentaux de la médecine psychosomatique : les céphalées. *Rev. méd. Liège*, 1968, 23, 743-747.
- WOLFF H.G. *Headache and other head pain*. New York, Oxford University Press, 1963.

M. TIMSIT

Département de psychologie  
médicale et de médecine  
psychosomatique de l'Université  
de Liège  
Boulevard de la Constitution 153  
B-4000 Liège (Belgique)

#### Discussion

M. M. DONGIER (Liège). — Il n'y a pas de doute qu'il faut une certaine formation de base pour manipuler valablement les épreuves projectives : recueillir un Rorschach et l'interpréter correctement est une spécialité dont tout le monde n'est pas capable. Confiée systématiquement à des psychologues, comme s'il s'agissait d'une tâche mineure, la pratique des techniques projectives allège certainement le travail du jeune psychiatre, mais cette façon d'agir appauvrit singulièrement sa formation clinique. D'autre part, lorsqu'on a assimilé la technique du Rorschach, même si on ne doit pas s'en servir par la suite, on arrive à une meilleure connaissance de la psychiatrie en général, et de la psychiatrie dynamique en particulier. Je crois que M. Timsit est parmi les quelques-uns qui s'efforcent de transmettre ce message aux jeunes psychiatres en cours de formation : je l'en félicite et l'en remercie.

M. E. MEURICE (Lierneux). — Je voudrais demander à l'orateur de préciser s'il trouve au Rorschach des signes corrélés à la spécificité locale de la tension musculaire à la tête plutôt que dans un autre organe. Au début de son exposé, M. Timsit a montré combien la tension musculaire des céphalalgiques n'était qu'un aspect particulier d'une tension musculaire diffuse. Dans le corps de l'exposé, il a souvent fait allusion aux indices psychologiques témoignant d'une inhibition motrice. On se demande alors ce qui fait que certaines personnes localisent à la tête plutôt qu'ailleurs la perception subjective de leur tension motrice inhibée. L'auteur a fait allusion à un travail en cours comparant le Rorschach des céphalalgiques et des dorsalgiques. Je demande donc s'il n'y a pas dans le Rorschach des céphalalgiques des signes indiquant l'investissement particulier à la tête et j'ai été frappé qu'on parlait très peu de la tête, sauf dans un cas d'interprétation « deux femmes à tête coupée qui se regardent ».

Par ailleurs, on est souvent frappé que des malades se plaignent de troubles dépressifs qu'ils attribuent aux souffrances provoquées par un trouble organique. Ce peut être le cas des céphalées. Y a-t-il dans le travail de M. Timsit des éléments qui lui permettraient de distinguer les cas des céphalées psychogénétiques pures des cas où la céphalée est secondaire à un trouble primitivement organique, par exemple vasculaire ou lésionnel ?

M. M. TIMSIT (Liège). — Pour répondre à la première question, je dirai que mon travail ne porte pas sur les lombalgiques, mais avec M. Boulanger nous analysons chaque semaine les protocoles d'une nouvelle série qui fait l'objet de son mémoire de licence et où nous pouvons précisément comparer les Rorschach des lombalgiques à ceux des céphalalgiques. Il y apparaît d'une façon générale que chez les lombalgiques le niveau mental semble être plus bas et que l'inverse caractériserait les céphalalgiques. La même conclusion découle d'une étude statistique poursuivie à l'aide d'ordinateurs (mais pas encore publiée) : au niveau du Rorschach, la qualité de F+ % est par exemple moindre chez les lombalgiques, tandis que les contenus qui révèlent l'investissement céphalique sont plus fréquents chez les céphalalgiques. Je ne me suis pas étendu aujourd'hui sur ce point qui nous a paru très significatif et sera repris dans l'article en question. Je crois que chez les céphalalgiques, c'est surtout l'investissement céphalique qui est prioritaire en même temps que la valorisation affective de la pensée avec une élévation nette de pour-cent de bonnes formes. Au cours des discussions hebdomadaires que nous avons avec les psychologues de notre service, il est apparu que chez les lombalgiques on relève un nombre de kinesthésies d'objet plus élevé.

Pour répondre à la seconde question, je crois d'après les études psychodynamiques qui ont été entreprises qu'il s'agit d'un phénomène primaire d'inhibition de l'agressivité dans la mesure où c'est l'acte de penser qui la véhicule et qu'il ne s'agit pas d'un signe d'angoisse, ou seulement alors d'une angoisse relativement modérée. Ce qui apparaît beaucoup plus fréquemment que des signes d'angoisse, qui se traduiraient par exemple au Rorschach par des phénomènes Clob ou des morcellements ou des réponses caractéristiques de ce genre, c'est une inhibition de l'agressivité à laquelle renvoie indiscutablement la fréquence du choc au rouge dans ces protocoles. Je crois donc qu'il s'agit plus d'un phénomène primaire que de quelque chose qui résulterait de la survenue de céphalées constituant pour eux un handicap.

M. M. DONGIER (Liège). — Il semble que ce qui caractérise cliniquement les céphalées psychosomatiques dans le domaine de l'action, c'est la domination intellectuelle sous l'influence de laquelle les fantasmes sont inhibés : ce qui provoque le mal de tête, ce sont les fantasmes d'agressions non pas musculaires, mais psychiques.

M. E. MEURICE (Lierneux). — J'ai voulu me faire l'avocat du diable. N'avez-vous pas vu par exemple s'il y avait une échelle d'organicité qui serait l'inverse de certains facteurs que vous trouvez ?

M. M. TIMSIT (Liège). — On ne retrouve aucun signe d'organicité. J'ai d'ailleurs éliminé de ma série le cas d'un accidenté du travail qui avait été envoyé par le service de neurochirurgie et qui présentait de très belles kinesthésies réprimées à trois planches, précisément parce qu'il avait été accidenté.

M. M. DONGIER (Liège). — Encore qu'on aurait pu inclure ce cas dans cette série dans la mesure où il n'y avait pas de signe d'organicité au Rorschach. Il est assez vraisemblable que chez les gens qui font un syndrome subjectif post-commotionnel, on trouverait par exemple des phénomènes de ce genre, sans que cela veuille dire qu'il n'y ait pas une composante psychogène ; car sur un lot de personnes qui sont victimes d'un traumatisme crânien, il y en a un certain nombre qui développeront un syndrome subjectif durable et il est à peu près certain que la composante psychologique joue alors un rôle assez fondamental dans la genèse de ce syndrome subjectif.

Ce n'est donc pas parce que quelqu'un aura souffert d'un traumatisme crânien et aura des phénomènes tels que ceux décrits par M. Timsit qu'il faudra nécessairement conclure que la symptomatologie est d'origine post-traumatique et que c'est l'organicité X qui a créé le syndrome du Rorschach.

M. M. TIMSIT (Liège). — Le dernier cas dont je parlais a précisément été exploré à cet égard : on a pratiqué Wechsler, Bender, Benton, et tout était négatif. Mais j'ai également rejeté la patiente qui ne présentait pas de céphalées au moment où elle a passé son Rorschach. Le Rorschach avait l'avantage de renvoyer à une structure qui la rendait susceptible de développer un jour ou l'autre des céphalées dans les conditions où il lui faudrait inhiber son mode agressif de penser : c'est ce qui s'est précisément produit, et dans ce sens cette observation a réellement une valeur illustrative.

M. G. NOEL (Charleroi). — J'ai été quelque peu surpris que l'orateur n'ait pas fait plus nettement la distinction entre le migraineux et les céphalalgiques par tension musculaire, malades qui dans la vie quotidienne me paraissent avoir des personnalités fort différentes. D'autre part, j'ai fait assez récemment une grosse statistique sur les lombalgies et j'ai remarqué que, tant du point de vue organique qu'en me plaçant d'un autre point de vue que le vôtre, j'ai trouvé énormément de différences : en les comparant avec l'ensemble des céphalalgiques, j'ai eu l'impression que chez les premiers le travail de leur vie quotidienne était de nature plus primitive que chez les seconds, qu'il n'y avait en général pas chez les gens qui souffraient de maux de tête de difficultés affectives ou intellectuelles survenant à un niveau assez élevé dans les tâches de la vie quotidienne, tandis que les personnes qui avaient des douleurs dans le bas du dos me donnaient le sentiment de refuser des besognes assez gênantes et qu'elles estimaient trop dures pour elles.

M. M. TIMSIT (Liège). — Cette différence, sur laquelle insiste M. Noël, ne nous a pas semblé tout à fait réelle, cliniquement en tout cas, sinon par le biais des antécédents et surtout des antécédents familiaux, par le fait même des phénomènes d'accompagnement tels troubles oculaires ou vomissements. Mais

au niveau du Rorschach, il ne m'a pas semblé trouver de différence entre ces deux catégories ; au contraire, je retrouve la même trajectoire au point de vue psychodynamique, liée à une inhibition de l'agressivité de l'acte de penser, avec une valorisation affective de la pensée.

M. M. DONGIER (Liège). — La distinction entre migraines et céphalées par tension musculaire ou, comme on les appelle maintenant, céphalées psychogènes est extrêmement difficile. Quant à moi, sans avoir aucune expérience personnelle du style de ces recherches, je me rangerais plus volontiers du côté de M. Noël que de celui de M. Timsit. Bien que je n'aie fait aucune statistique de mon expérience de clinicien, j'ai l'impression que les migraineux sont cliniquement des gens particuliers qui se différencient de ceux qui souffrent de céphalées par tension musculaire.

M. M. TIMSIT (Liège). — Personnellement, je n'ai pas retrouvé cette différence, et d'autres auteurs non plus.

M. M. DONGIER (Liège). — C'est, en effet, un point très controversé. Je me souviens notamment d'un article de Marty il y a quinze ou vingt ans dans l'Encyclopédie où cet auteur parlait de la personnalité migraineuse et mettait entre parenthèses « Hecae ». Lorsque Hecae, qui est un neurologue parisien que les plus neurologues d'entre vous connaissent bien, a lu cela, il s'est dit : « Quoi ? j'ai écrit quelque chose, moi, sur la psychosomatique de la migraine ? ». Il a aussitôt pris le téléphone et demandé à Marty à quoi il faisait allusion et celui-ci lui a répondu : « Mais c'est évidemment à toi : tu es le migraineux typique ! ».

Je crois donc que dans les céphalées par tension musculaire banale, il y a des phénomènes qui ne sont pas en corrélation avec le niveau intellectuel. Les migraineux sont à mon sens dans l'ensemble des sujets nettement supérieurs et qui intellectualisent davantage leurs conflits. Je pense, d'autre part, que l'organisation obsessionnelle névrotique de la personnalité est beaucoup plus constante chez les migraineux, avec en même temps une petite teinte allergique, sur le plan psychique, de proximité de besoin d'objets et de besoin de fusion avec l'objet qu'on ne retrouve pas du tout de la même façon chez les céphalalgiques ordinaires.

M. M. TIMSIT (Liège). — Dans un certain sens effectivement on trouverait peut-être chez les migraineux une plus grande immaturité et des réponses qui ont des contenus plus infantiles et qui renvoient aussi parmi les défenses isolées à une défense qui peut-être nous semble être plus fréquente chez eux que chez les autres catégories de céphalalgiques, à l'introjection. On a par exemple des réponses alimentaires ; mais je ne crois pas pouvoir trouver d'autre distinction entre ces deux catégories de malades.

---