

APPROCHE STATISTIQUE DES CÉPHALÉES PSYCHOSOMATIQUES

M. TIMSIT
E. URBAIN
J. SABATIER
M. TIMSIT-BERTHIER

RÉSUMÉ. — Avec l'aide des ordinateurs du Centre de Calcul, les auteurs procèdent à l'étude comparée de trois groupes de patients consultant dans le Département de Psychologie Médicale de l'Université de Liège. Le premier de ces groupes comporte 79 sujets atteints de « céphalées psychosomatiques », le second, 850 malades indemnes de toute céphalée, et le troisième 450 autres malades dont l'affection psychiatrique s'accompagne de céphalalgie (« céphalée-symptôme »). A partir des résultats obtenus grâce à cette méthode statistique, les auteurs dessinent un profil moyen, une sorte de « portrait-robot » du patient atteint de céphalées psychosomatiques : il a un passé généralement chargé d'antécédents psychosomatiques, il est souvent l'aîné de la fratrie, et il habite la ville de façon préférentielle ; marié, il a deux enfants ; il est d'un niveau intellectuel relativement plus élevé que la moyenne, il a poursuivi assez longtemps ses études et il valorise la pensée et la vie culturelle. A l'examen, on le découvre moyennement agressif, plutôt mûr, non déprimé, et, comparativement aux autres consultants, l'on convient que son Moi est relativement fort. Il est peu émotif, non anxieux, mais il n'a aucune propension à laisser son imagination vagabonder. Ambivalent, partagé entre des sentiments contraires à l'égard de sa famille, à laquelle cependant il est apparemment attaché, il se dépense sur le plan professionnel et il a tendance à user sinon abuser des médications orales. Hormis ses maux de tête quelques troubles dyspeptiques, des nausées, des vomissements ou une constipation, il ne se plaint d'aucun autre organe, et

cette absence de troubles fonctionnels psychosomatiques permet de le distinguer des névrosés anxieux et déprimés chez lesquels la céphalalgie n'intervient qu'à titre d'épiphénomène. Enfin, il apparaît comme ayant une structure de personnalité de type mixte ; avec des traits à la fois hystériques et obsessionnels.

Le terme « *psychosomatique* » auquel nous avons recours, peut être pris dans deux sens différents : dans son acception « large », il serait synonyme de « psychogène » et s'appliquerait à l'ensemble des cas de céphalées dont la caractéristique commune essentielle tiendrait à l'absence de cause organique décelable ; dans son sens « étroit », il désignerait par référence explicite à la théorie psy-

(*) Département de Psychologie Médicale et de Médecine Psychosomatique et Service des Applications Médicales du Centre de Calcul et de Traitement de l'Information. Université de Liège, 153, boulevard de la Constitution, 4000 Liège (Belgique).

Tirés à part : Professeur M. TIMSIT, même adresse.

TIMSIT M., URBAIN E., SABATIER J., TIMSIT-BERTHIER M. —
Approche statistique des céphalées psychosomatiques. *J. Méd.*
Strasbourg (Europa Medica), 1975, 6, 13, 761-766.

chomatique (1), les céphalées de tension proprement dites (« muscle contraction headache ») (4), les céphalées vasculaires et celles qui résultent d'une combinaison de ces deux types (9). C'est habituellement en fonction de sa propre pratique que chaque auteur choisit de se placer dans l'une ou l'autre perspective : ainsi la première a-t-elle tout naturellement les faveurs des internistes et des neurologues en particulier, tandis que la seconde serait plus volontiers adoptée par les psychosomaticiens de formation psychanalytique. Dans le premier cas, l'approche reste surtout descriptive et se fonde sur l'étude de qualité des plaintes alléguées, tandis que dans le second, elle est essentiellement structurale et dynamique, et tente de cerner la réalité psychopathologique qui conditionne l'éclosion de ces céphalées chroniques.

A cet égard, on ne peut manquer de souligner au passage l'importance des travaux de *Marty et coll.*, (5, 6, 7) dont l'hypothèse explicative s'est révélée particulièrement féconde. Ces auteurs considèrent en effet que la liaison entre le symptôme céphalalgique et certaines situations de la motricité représente la voie la plus originale dans l'explication du passage de la situation conflictuelle au mécanisme physiologique céphalique. Les céphalées psychosomatiques seraient un indice pathologique d'un tournant capital de la vie de relation dans la mesure où elles seraient déterminées par une *inhibition psychique en liaison étroite avec l'inhibition motrice* du passage à l'acte d'agression, et, chez ces malades, ce sont les *représentations pétrifiées des rêves* qui seraient, en quelque sorte, « le reflet visuel » de ce double blocage intellectuel et moteur (blocage de la représentation d'action, puis crainte de l'action). Ce mécanisme trouve également son expression au test de Rorschach, au niveau de distorsions électives des réponses kinesthésiques (kinesthésies réprimées, kinesthésies refoulées et choc kinesthésique) (12).

Dans le cadre de notre étude, nous nous placerons donc délibérément dans cette seconde perspective en opposant aux céphalées psychogènes symptomatiques, à l'arrière-plan d'un tableau psychiatrique autrement défini, ces céphalées psychosomatiques.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Cette recherche a essentiellement été conduite dans le but de tenter de dégager des traits qui appartiendraient en propre aux sujets présentant ces céphalées psychosomatiques. Elle a été très largement facilitée par le recours à un système de codage des dossiers cliniques, utilisé depuis plus de sept ans au département de Psychologie Médicale de l'Université de Liège, et qui s'est déjà révélé

fructueux dans d'autres domaines de la recherche psychopathologique (3, 8, 11). Il ne s'agit pas ici d'un système de codage qui serait propre à l'étude des céphalées mais d'une méthode de collecte et de traitement des informations recueillies dans des dossiers psychiatriques, de telle sorte que notre formulaire est essentiellement centré sur une approche psychopathologique des cas étudiés. En l'occurrence, il se révélerait inopérant si l'on cherchait à comparer nos observations à des cas de céphalées de nature organique, faute d'items appropriés. Il se distingue donc de manière radicale des systèmes de codage conçus pour l'étude élective des céphalalgies comme celui de *Barolin* (2), par exemple. Il permet en revanche d'aborder avec davantage de précision les études comparées de structures de personnalité.

Les populations étudiées sont représentées dans le tableau I. Le premier groupe se compose de 79 sujets — 35 hommes et 44 femmes — qui ont été adressés dans le service ou qui sont venus consulter spontanément pour des céphalées chroniques répondant aux critères que nous avons convenu de retenir plus haut pour définir les céphalées psychosomatiques. Les examens neurologiques, radiologiques ou électroencéphalographiques effectués auparavant avaient éliminé toute possibilité d'organocité. Il s'agissait de céphalées vasculaires de type migraineux, de céphalées musculaires (« muscle contraction headache ») ou de céphalées combinées, et nous n'avons pas cru nécessaire d'introduire de distinction entre ces formes. Le second groupe est constitué par 850 patients indemnes de tout symptôme céphalalgique, et le troisième, par 450 sujets consultant pour des affections diverses, mais qui avaient la particularité de présenter des céphalalgies (« céphalée-symptôme ») à l'arrière-plan d'une symptomatologie psychiatrique centrée par d'autres manifestations pathologiques (dépression, angoisse, obsessions, phobies, etc..).

L'investigation a porté plus particulièrement sur certaines variables qu'il nous semble commode pour

TABLEAU I. — Population étudiée par l'ordinateur IBM 360-44.

CATEGORIES	NOMBRE DE CAS	HOMMES	FEMMES
Groupe I Céphalées psychosomatiques	79	35	44
Groupe II Population non céphalalgiques	850	408	442
Groupe III Céphalées symptomatiques .	450	185	265

Groupe I. — C.P.S.
Groupe II. — N.C.
Groupe III. — C.S.

FIG. 1

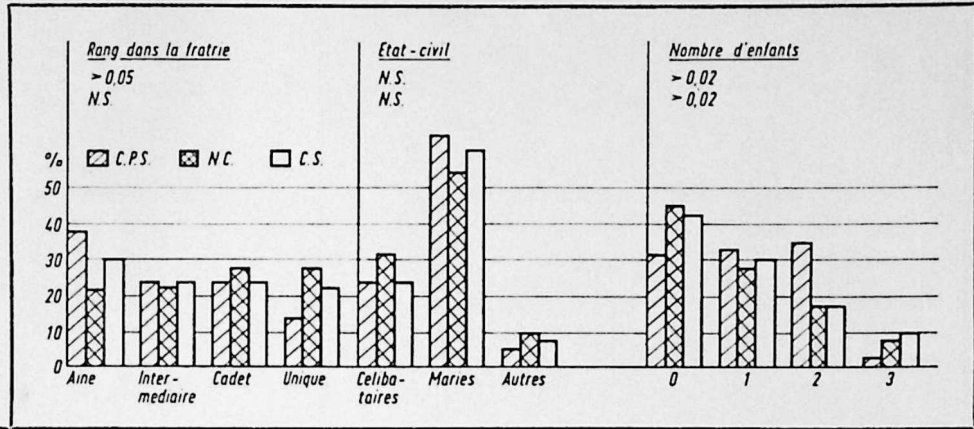
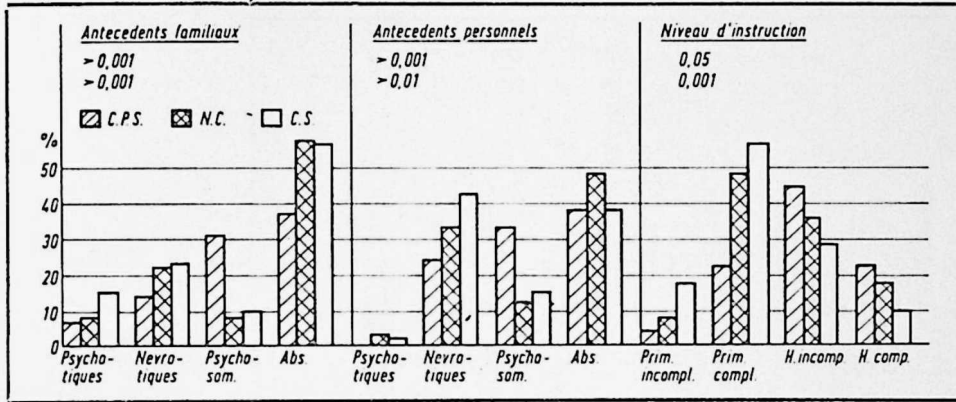


FIG. 2



la clarté de l'exposé de rassembler en trois rubriques dont la première aurait trait aux « hard data » et les deux autres aux « soft data » :

1. Données objectives (paramètres fondamentaux et éléments anamnestiques).
2. Evaluation clinique (le « point de vue du médecin »).
3. Plaintes subjectives (« le point de vue du malade »).

Dans le traitement statistique de nos données nous nous sommes délibérément limités à un calcul de corrélations effectué à l'aide du test du Chi-carré. Cette manière de procéder est certes grossière, mais en statistique non paramétrique — comme c'est le cas ici — elle offre l'avantage d'éviter les écueils liés à l'absence d'une distribution normale.

1) LES DONNÉES OBJECTIVÉES.

Aucune différence statistiquement significative n'apparaît quant à l'âge et à l'état civil. En revanche, on en met une en évidence avec le nombre d'enfants (.025). Les sujets atteints de céphalées psychosomatiques ont une propension plus grande à avoir

deux enfants. Il nous a semblé que ce profil familial pouvait être l'indice d'un plus grand conformisme, une famille de ce type (père, mère, deux enfants) répondant bien au schéma idéal moderne, du moins si l'on se réfère à l'usage qui est fait abondamment par la publicité de ce stéréotype. Il convient cependant de tempérer ce jugement dans la mesure où, lorsque nous étudions l'attitude à l'égard du milieu familial actuel, nous constatons que ces mêmes sujets sont ou bien parfaitement adaptés, ou bien ambivalents (une fois sur deux). L'on serait donc porté à croire que ce conformisme apparent ne satisfait pas entièrement le céphalalgique et que s'il « verse à la Caisse d'Epargne » c'est bien à son corps défendant ou si nous nous permettons cette expression triviale « à sa tête défendant ». Il est cependant intéressant de noter que la céphalée psychosomatique mais aussi la céphalée symptomatique, atteignent préférentiellement l'aîné de la fratrie comme si la céphalée, qu'elle soit entité psychosomatique ou simple épiphénomène, était liée à cette situation particulière qui est conférée à l'aîné, véritable « tête de la fratrie » (fig. 1).

L'on relève dans l'anamnèse familiale et personnelle des sujets du groupe I, une prédisposition plus grande à l'écllosion de maladies psychosomatiques, comme il est classique de le décrire. En

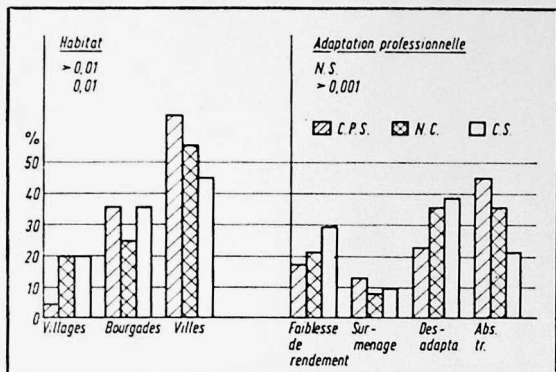
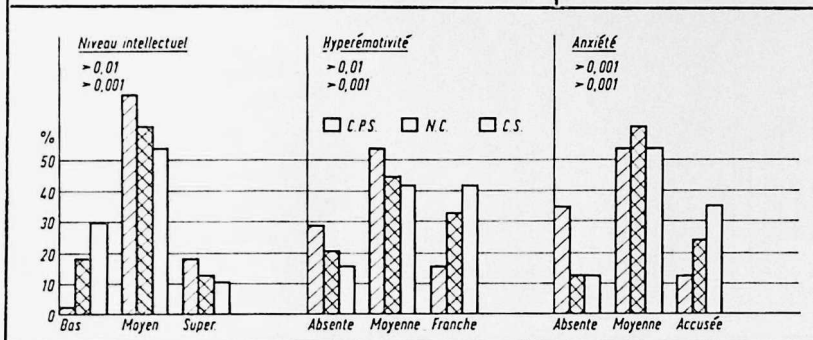


Fig. 3 (ci-contre)



Fig. 4 (ci-dessous)



revanche, l'on ne met pas en évidence de relation significative au niveau de la constellation familiale dans l'enfance et des relations que ces sujets ont pu nouer avec le couple parental. La différence est aussi notoire quant au *niveau d'instruction* : il est, de façon significative plus élevé chez les sujets atteints de céphalées psychosomatiques, résultat qui ne fait que confirmer la notion de prévalence de la pensée chez eux (fig. 2).

En ce qui concerne l'*habitat*, la relation est également significative (.01) (peu de sujets atteints de céphalées psychosomatiques sont issus de milieux ruraux), comme l'est en partie la relation avec l'adaptation professionnelle : si l'on compare le groupe I et le groupe III (céphalée-symptôme) l'on relève une désadaptation plus grande dans ce dernier groupe, et la notion d'un *surmenage* relativement plus fréquent dans le premier (fig. 3).

2) EVALUATION CLINIQUE (« LE POINT DE VUE DU MÉDECIN »).

Au clinicien le niveau intellectuel du céphalalgique apparaît plus élevé que celui des sujets des autres groupes (.01 et .001) et, il lui semble être

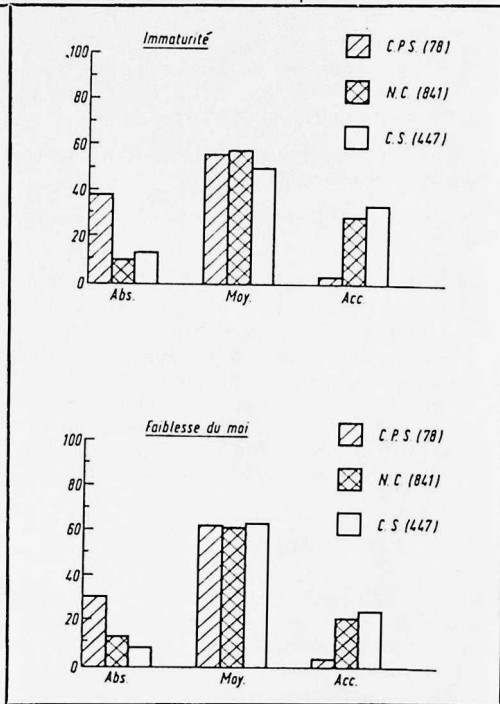


Fig. 5 (ci-contre)

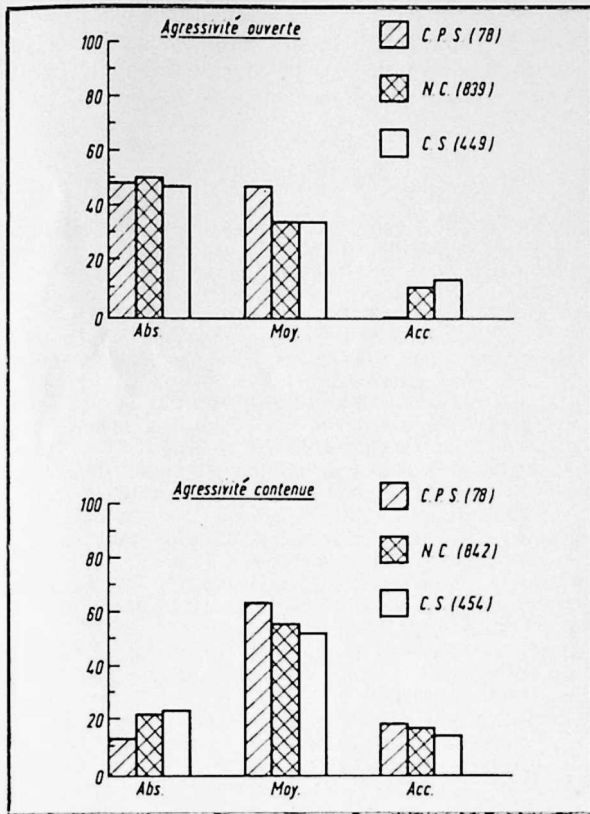


FIG. 6

moins émotif et moins anxieux (fig. 4). Les sujets du groupe I apparaissent relativement plus *mûrs*. En fait ces résultats pourraient être opposés à ceux que l'on obtient à l'aide des tests projectifs, puisqu'aussi bien le Rorschach met en évidence un certain degré d'immaturité : cette discordance en réalité, n'est qu'apparente, puisqu'aussi bien les méthodes d'approche diffèrent par les critères auxquels elles se réfèrent. Les méthodes projectives renvoient à une population « normale », tandis que notre approche statistique se fonde essentiellement

sur une population de névrosés. La « faiblesse du Moi » est nettement moindre (fig. 5).

L'agressivité ouverte est de la même façon relativement moins marquée chez les sujets du groupe I, mais contrairement à ce que l'on aurait pu attendre aucune différence significative n'apparaît au niveau de l'agressivité contenue (fig. 6).

L'on ne met en évidence aucune différence en ce qui concerne les conduites suicidaires, mais les troubles thymiques sont bien moins accusés chez les sujets des groupe I et II que chez les autres (relation significative à .001) : une fois sur deux, le médecin estime qu'ils n'en présentent guère, et quand il arrive que leur thymie soit modifiée, elle lui paraît aller dans le sens d'une humeur dysphorique plutôt que dans celui d'une dépression réactionnelle caractérisée, à l'inverse de ce qui se produit surtout dans le groupe des céphalées-symptômes. Ce qui ne signifie assurément pas que dans certaines circonstances ces patients ne décompensent sur ce mode dépressif : la céphalée perd alors son caractère. Nous avons personnellement suivi en psychothérapie plusieurs d'entre eux et il nous a été aussi donné d'observer ce classique balancement psychosomatique. Il nous a semblé cependant intéressant de signaler ces résultats statistiques dans la mesure où ils sont, pensons-nous, une belle illustration de la fonction défensive de la répression somatique (fig. 7).

Enfin, il n'est pas sans intérêt de souligner l'existence d'une relation statistiquement significative au niveau de la distribution des traits dominants de la personnalité : en effet, chez les sujets du groupe I, l'on a autant d'hystériques que d'obsessionnels, mais la proportion de sujets ayant des traits dominants obsessionnels est bien plus grande que dans les autres groupes étudiés. Sans doute ne s'agit-il chez les sujets atteints de maladies psychosomatiques que d'une façade telle qu'elle a pu être souvent décrite, puisqu'aussi bien, les tests projectifs ne rendent compte que d'une prévalence du recours à l'intellectualisation, alors que le type de résonance intime au Rorschach est généralement extratensif (fig. 8).

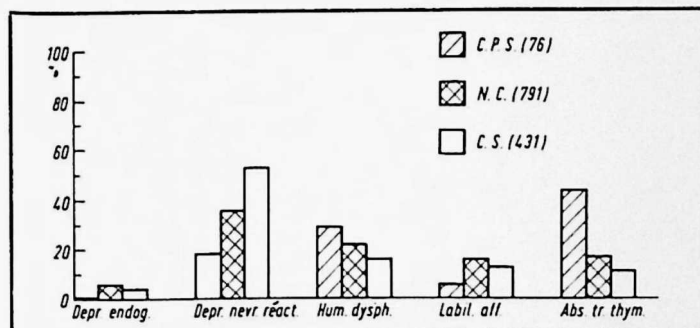


FIG. 7

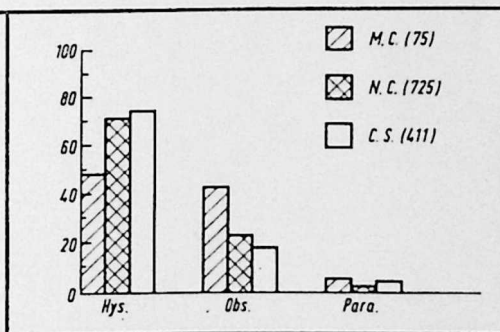


FIG. 8

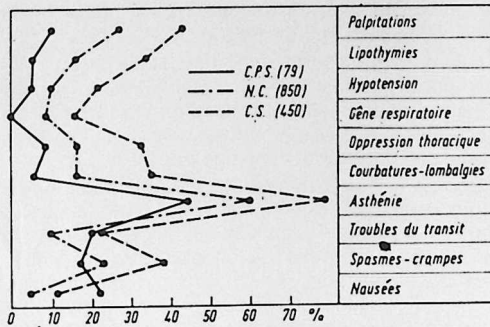


Fig. 9

3) LES PLAINTES SUBJECTIVES (« LE POINT DE VUE DU MALADE »).

Il est remarquable que les trois catégories de sujets s'opposent d'une manière aussi tranchée, les sujets souffrant de céphalées psychosomatiques ne présentant que très peu, souvent (à la différence des non-céphalalgiques, mais surtout des patients atteints de céphalées-symptômes) des palpitations, des lipothymies, de l'hypotension, de la dyspnée, de l'oppression thoracique, des courbatures, de l'asthénie ou des spasmes divers. L'on ne relève guère chez eux qu'une propension aux nausées et aux vomissements (fig. 9). D'autre part, au point de vue comportemental l'on doit relever la relation significative au niveau des conduites alimentaires, les *tendances toxicophiliques* étant plus fréquentes

chez les sujets souffrant de céphalées psychosomatiques — tendance à mettre vraisemblablement en relation avec le pôle oral de leur personnalité (mais il s'agit là d'une notion bien établie).

BIBLIOGRAPHIE

1. ALEXANDER F. — La médecine psychosomatique. Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1962.
2. BAROLIN G. S. — Headache and cervical spine. *Res. clin. Stud. Headache*, 1972/III.
3. DONGIER M., TIMSIT M., MELON J., DONGIER S. — L'informatique dans l'enseignement et la recherche psychiatrique. Quelques exemples d'application. *Ann. méd. psychol.*, 1971, 129, 99-107.
4. MARTIN M. J., ROME H. P., SWENSON W. M. — Muscle contraction Headache : a psychiatric review. *Res. clin. Stud. Headache*, 1967/I, 184-204.
5. MARTY P. — Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies. *Rev. franç. Psych.*, 1951, 15, 216-252.
6. MARTY P. — Les céphalalgies. *Encycl. Méd. chirurg. Psychiatrie*, 1955, 37 480 G 10.
7. MARTY P., M'UZAN (de) M., DAVID C. — L'investigation psychosomatique. Presses Universitaires de France, Paris, 1963.
8. MELON J., TIMSIT M. — Etude statistique sur la psychopathologie des immigrés. *Acta psychiat. belg.*, 1971, 71, 98-120.
9. STENBACK A. — Headache and life stress : a psychosomatic study of headache. *Acta Psychiat. scand.*, 1954, 92, 1-143, suppl.
10. TIMSIT M., TIMSIT-BERTHIER M. — Fondements expérimentaux de la médecine psychosomatique : les céphalées. *Rev. méd. Liège*, 1968, 23, 743-747.
11. TIMSIT M., SABATIER J. — L'emploi des ordinateurs en clinique psychiatrique. *Acta psychiat. belg.*, 1973, 73, 272-301.
12. TIMSIT M. — Test de Rorschach et céphalées. *Acta psychiat. belg.*, 1972, 72, 96-116.