



Available online at www.sciencedirect.com



Psychologie française 49 (2004) 63–79

Psychologie
française

www.elsevier.com/locate/

Rorschach et maladies somatiques : Applications et éléments de validité

Rorschach and somatic illnesses: Applications and elements of validity

Serge Sultan ^{*a}, Piero Porcelli ^b

^a *Maître de Conférences, Laboratoire LPCS (EA 3658), Université de Bourgogne, France*

^b *Psychologue, Unité de Psychosomatique, Ospedale De Bellis, Castellana Grotte, Bari, Italie*

Reçu le 8 octobre 2003 ; révisé et accepté le 24 novembre 2003

Résumé

L'objet de cet article est d'offrir une revue des principales applications du Rorschach au domaine des maladies somatiques. Les études se rapportant à trois domaines sont présentées et critiquées (en allant du plus théorique ou plus empirique) : (1) La cotation des contenus par des échelles comme celle de Fisher et Cleveland (1958) ou de Masling, Rabie et Blondheim (1967) ; (2) Un ensemble d'études s'intéressant à un "facteur de risque" psychosomatique (l'alexithymie) ; (3) Un groupe de recherches visant à évaluer les corrélations des facteurs Rorschach avec les comportements de soin chez les personnes malades. Ces trois axes de recherche illustrent différentes logiques de relation psyché - soma et révèlent un certain renouveau dans ce domaine.

© 2004 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The goal of this article is to review the main applications of the Rorschach to the field of physical illness. Studies are presented and discussed concerning three areas, from the most theoretical to the most empirical: (1) The most widely used content scoring procedures, namely those of Fisher and Cleveland's (1958) and Masling et al. (1967); (2) A group of studies dealing with a psychosomatic

* Contact : Serge Sultan, Laboratoire de Psychologie Clinique et Sociale Université de Bourgogne Pôle AAFE - Esplanade Erasme BP 26513 21065 Dijon Cedex tel. +33 (0) 3 80 39 39 86 tel. sec. +33 (0) 3 80 39 39 90 fax. +33 (0) 3 80 39 39 95.

Adresse e-mail : serge.sultan@u-bourgogne.fr (S. Sultan).

risk factor (alexithymia); (3) A summary of results concerning investigations of how Rorschach variables correlate with and determine self-care behaviours in people with various diseases. These three research axes illustrate the different types of relations between mind and body. Their results demonstrate that research questions and methods are being renewed.

© 2004 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Maladies somatiques ; Rorschach Système Intégré ; Psychosomatique ; Comportement d'auto-régulation

Keywords: Physical illness; Rorschach Comprehensive System; Psychosomatics; Self-Regulation Behaviors

L'étude de la psychologie des personnes malades, ou susceptibles de développer une maladie, est un champ de recherche ancien. La production scientifique et clinique sur ce thème est impressionnante, mais ses enjeux sont difficiles à saisir au premier abord tant sont complexes les liens qui unissent psyché et soma (Dantzer, 1989; Debray, 1996; Pédinielli, 1990). Ces articulations psyché – soma se rapportent à la fois aux domaines de la psychosomatique, de la psychologie de la santé et de la médecine comportementale (Bruchon-Schweitzer, 2002; Fava & Sonino, 2000). Ces termes sont fortement connotés théoriquement et leur chevauchement engendre des confusions néfastes. Les logiques, auxquelles répond l'investigation psychologique dans ce domaine, peuvent se résumer grossièrement à trois types de recueil d'information. Premièrement, avant l'apparition de la maladie, on peut chercher à déterminer des facteurs de risque, ou de vulnérabilité, qui peuvent être des enchevêtrements complexes de variables psychologiques. L'utilisation médicale de ces informations aboutit à la prévention primaire des maladies. Une grande partie des études psychosomatiques, comme celles sur l'alexithymie, peuvent être rangées dans cette catégorie. Deuxièmement, lorsque le trouble est présent, différents fonctionnements psychologiques peuvent être étudiés en rapport avec l'évolution de la maladie. Médicalement, ces informations seront utilisées pour prévenir secondairement l'aggravation des troubles. L'étude des facteurs psychologiques liés à l'adhésion au traitement entre dans cette catégorie. Troisièmement, le trouble somatique étant présent, on peut étudier les aménagements psychologiques chez les personnes malades. Ces données pourront être exploitées dans un but de réhabilitation. L'étude des processus adaptatifs, l'évaluation de la Qualité de Vie correspondent à cette dernière logique.

Dans ce domaine, pourquoi faire appel au Rorschach ? Les arguments à invoquer ici sont ceux qui justifient directement l'élaboration du diagnostic psychologique en général. Ils tiennent à la description que permet l'instrument, à son potentiel explicatif ainsi qu'aux recommandations de traitement formulées sur la base des informations recueillies (Sultan, 2004).

La question est de savoir si le Rorschach a une utilité et une validité dans ce domaine. L'objectif de cet article est donc de faire le point des recherches récentes sur l'utilisation du Rorschach dans le domaine des maladies somatiques. Nous montrerons notamment que les différentes logiques qui unissent fonctionnement psychologique et trouble somatique ont donné lieu à des investigations avec le Rorschach. Les liens mis en évidence apportent du même coup des informations fondamentales sur la validité des variables issues du Rorschach.

Cependant, la variété des systèmes d'exploitation du Rorschach employés par les chercheurs et la diversité des cadres théoriques utilisés ne permettent pas une revue complète de la littérature. Notre propos est donc avant tout de mettre en évidence la qualité des recherches menées actuellement avec (et sur) le Rorschach, en nous basant sur des applications particulièrement illustratives issues du Système Intégré ou directement compatibles avec lui. Notre propos est basé sur la revue successive de trois axes de recherche dont les exigences méthodologiques ne sont pas du même niveau. Le premier consiste en deux méthodes d'analyse des contenus très employées dans le champ de la santé (échelles Barrière et Pénétration de Fisher et Cleveland, et Rorschach Oral Dependency Scale de Masling et ses collaborateurs). Ces méthodes font l'objet de critiques auxquelles les tentatives suivantes répondent en partie. Le deuxième axe est centré sur l'évaluation de l'alexithymie, illustrant l'exploration de "personnalités à risque", classique en psychosomatique et en psychologie de la santé. Le troisième est centré sur les variables prédictives de marqueurs de comportement, notamment dans le diabète.

1. Interpréter les thèmes : le corps et la dépendance

Une des voies suivies par les chercheurs pour exploiter les informations apportées par le Rorschach a été celle de la cotation des contenus des réponses au sein d'échelles ayant des propriétés psychométriques acceptables (surtout de fidélité). Ces contenus seraient révélateurs de thèmes profonds et sous-jacents, qui structureraient le rapport au monde des personnes. Il y aurait ainsi une analogie entre certains types de contenus (ce qui est vu au Rorschach) et une fonction psychologique fondamentale. Ces contenus (1) seraient des marqueurs du fonctionnement considéré et (2) seraient liés de manière "analogique" ou "symbolique" à ce fonctionnement. La plupart des recherches classiques dans le champ de la santé traitent de la fonction de pare-excitation du Moi (via les notions de barrière et pénétration) et de modalités relationnelles organisatrices et prototypiques (via la relation d'objet orale).

1.1. Les échelles Barrière et Pénétration (B&P) de Fisher et Cleveland (1958)

Le fondement théorique des cotations B&P repose sur la conception psychanalytique du développement psycho-affectif. Il y aurait une relation étroite entre image du corps et limite, solidité et cohésion du Moi (Duruz, 1985). Les sujets au Moi ayant des limites stables et claires seraient davantage capables d'entrer en relation avec les autres à partir de positions bien établies. Les situations pourraient être abordées d'une manière affirmée, intégrée et efficace. Le postulat des échelles B&P est que cette solidité et ces limites se traduiraient par des contenus de type "Barrière", alors que les limites corporelles plus floues, liées à un Moi moins structuré, se traduiraient par des contenus de type "Pénétration". On trouvera en [Tableau 1](#) un résumé de ces deux types de cotation. Fisher et Cleveland (et leurs successeurs) ont mis en évidence que les sujets qui ont une image corporelle caractérisée par une barrière défensive interne suffisante, ayant une surface et une structure solide (révélés par davantage de cotations B et moins de cotations P), ont davantage tendance à avoir des besoins ou désirs d'accomplissement et de réalisation de

Tableau 1

Résumé des échelles Barrière et Pénétration de Fisher et Cleveland (1958) (d'après Masling, 1999)

L'échelle Barrière reprend huit catégories de contenus et une catégorie " divers " :

- 1) Vêtement clairement identifié : homme en peignoir, toque de cuisinier ; couronne
- 2) Animaux dont la peau est spécifique : castor, crocodile
- 3) Ouvertures terrestres strictement délimitées : vallée, puits de mine
- 4) Contenants animaux inhabituels : mamelle, pis, chat bouffi ou gonflé
- 5) Surfaces servant à la protection : parapluie, bouclier
- 6) Objets protégés ou blindés : tank, vaisseau de guerre
- 7) Objets couverts, entourés ou cachés : bûche couverte de mousse, homme couvert par une couverture
- 8) Formes de contenant inhabituelles : cornemuse, trône

Divers : cage, cuillère, panier, tuyau

L'échelle Pénétration reprend sept catégories de contenus et une catégorie " divers " :

- 1) Bouche ouverte : un chien en train de manger, un homme qui vomit
- 2) Objets qui sont traversés ou pénétrés : radiographies, vision de l'intérieur du corps
- 3) Barrière corporelle cassée ou fracturée : personne qui saigne, insecte écrasé
- 4) Ouverture terrestre sans limites claires : abîme sans fonds, source jaillissante
- 5) Toutes ouvertures : orifices corporels, fenêtre
- 6) Objets non consistants, sans frontières palpables : barbe à papa, fantôme
- 7) Transparence : fenêtre

Divers : un puzzle non assemblé, une veste de fourrure déformée

Note. On n'accorde qu'un point par réponse cotable, mais une réponse peut être cotée à la fois Barrière et Pénétration. Les scores aux échelles sont les sommes des réponses cotées B ou P.

soi, et à accomplir leur tâche. Ils sont en outre peu suggestibles, ont plus de capacité à exprimer leur colère ouvertement quand ils sont frustrés (ils ont moins tendance à garder leur colère à l'intérieur d'eux-mêmes), ont une tolérance au stress plus élevée et une tendance à la gratification de soi (Masling, 1999). L'apport principal des auteurs a été de montrer que (1) l'image du corps pouvait influencer la perception du monde, notamment celle des taches d'encre ; (2) ces perceptions pouvaient être enregistrées et mesurées de manière objective ; (3) la psychanalyse pouvait aider à comprendre les perceptions des taches au Rorschach (Masling, 1999).

Il n'est pas dans notre propos d'offrir une revue des études utilisant les scores B&P dans le champ de la santé, tant l'utilisation en a été répandue. On peut dire cependant que la plupart des études utilisant ces cotations souffrent du postulat établi par Fisher et Cleveland, postulat qui n'a pas été démontré empiriquement. Ainsi nombre de recherches sur l'image du corps avec le Rorschach, même très rigoureuses (cf. Spigelman & Spigelman, 1991) peuvent être contestées si l'on remet en cause le lien (non démontré) entre le type de réponse (B&P) et les caractéristiques ou fonctionnement du Moi (limites, protection, efficacité, etc.) Cet effet a été désigné sous le nom d'effet " domino " (Viglione & Exner, 1995). Il est particulièrement dommageable à la recherche dans ce domaine. Par ailleurs, l'interprétation des scores devrait logiquement être symétrique (Barrière étant l'inverse de Pénétration) alors que l'expérience montre que les scores B&P ne sont pas inversement corrélés (Sanglade, 1983). Cela a débouché sur des interprétations centrées sur les défenses, qui, elles non plus, ne sont pas confirmées par des résultats empiriques. En bref, après 50 ans de recherches, la validité de construct des échelles B&P est encore à démontrer. A cela s'ajoute les critiques plus classiques qui ont été adressées à la plupart des études dans ce domaine, concernant la stratégie des recherches (se contentant de décrire une variable),

l'utilisation de méthodes d'analyses des données inappropriées, la non prise en compte des données normatives dans des échantillons non-consultants, ou l'absence de comparaison avec un groupe contrôle quand cela était nécessaire, etc. (Porcelli, 2004, sous presse)

1.2. L'échelle de dépendance orale au Rorschach (ROD, Masling et al., 1967)

L'effet "domino" qui mine les travaux utilisant les échelles de Fisher et Cleveland a fait l'objet d'une attention toute particulière chez les chercheurs qui ont mis au point la ROD, et les validations qui ont suivi. La dépendance est définie par les chercheurs en faisant appel à une composante motivationnelle (un besoin d'être guidé et soutenu), cognitive (un jugement sur soi caractérisé par l'impuissance et un jugement des autres considérés comme capables), affective (ressenti d'anxiété quand il est nécessaire de fonctionner de manière indépendante) et comportementale (demander à être aidé ou rassuré) (Bornstein, 1992). Les relations entre dépendance interpersonnelle et santé sont complexes (Bornstein, 2000). La dépendance aurait notamment des effets négatifs (et dans une moindre mesure positifs) sur la santé. Ainsi, des résultats suggéreraient que le vécu de conflits interpersonnels et de ruptures rendraient les individus dépendants vulnérables à la dépression et à d'autres maladies (Blatt, Cornell, & Eshkoll, 1993; Bornstein, 1995; Overholser, 1996; Maunder & Hunter, 2001). Autrement dit, la dépendance serait un facteur de risque pour le développement de certains troubles, comme l'attestent des recherches sur la douleur chronique (Kinney, Gatchel, Polatin, Fogarty, & Mayer, 1993) ou l'épilepsie (Naugle & Rodgers, 1992). Ces liens entre dépendance et santé semblent supplanter l'impact supposé de la maladie (ou de l'hospitalisation) sur la dépendance : dans une méta-analyse, Bornstein (1998) compare les études rétrospectives d'une part et les études prospectives d'autre part et montre que les résultats sont homogènes entre les deux groupes d'études, la dépendance ayant un effet clairement délétère sur l'état de santé. Les résultats actuels sur les instruments d'évaluation de la dépendance montrent aussi que les mesures "indirectes" (projectives notamment) sont au moins aussi valides que les mesures "directes" (auto-description) (Bornstein, 1999). Cet auteur observe aussi que les différences habituellement constatées selon le sexe sur les mesures de dépendance ne le sont pas lorsque les instruments sont "indirects", ce qui suggère qu'une évaluation "indirecte" permettrait d'accéder à des aspects motivationnels profonds et justifierait l'utilisation d'échelles au Rorschach comme la ROD.

Une bonne partie des recherches évaluant le degré de dépendance utilise la ROD. Cette échelle, développé par Masling et al. (1967) inclut 16 catégories de réponses (cf. Tableau 2). Deux types de contenus sont envisagés, ceux qui sont liés à la dépendance (par exemple les catégories 6, 9 ou 13) et ceux qui représentent des percepts "oraux" (par exemple les catégories 1, 3, ou 8). Les bases théoriques de la ROD résident dans la théorie du développement psychoaffectif de Freud (1968), particulièrement dans les notions de fixation et de régression au stade oral. Ce stade est caractérisé par un mode de relation au monde teinté d'immaturité, de dépendance, d'impuissance et de passivité. Les études princeps ayant été réalisées auprès de personnes souffrant d'obésité, l'échelle privilégie la "dépendance orale" au "sadisme oral" (dont les activités prototypiques sont celles de mordre, de mâcher etc.) car la première semblait aux auteurs plus pertinente intuitivement.

A notre connaissance, il n'y a pas d'études tentant de valider séparément les scores de dépendance interpersonnelle et d'oralité au sein de la ROD. Les études de validation contre

Tableau 2

Catégories de cotation pour la ROD (Rorschach Oral Dependency scale, Masling et al., 1967)

Catégories de cotation	Exemples de réponses
1. Alimentation (manger et boire)	Lait, whisky, langouste cuite
2. Sources d'alimentation	Restaurant, bar, sein
3. Objets liés à l'alimentation	Bouilloire, plat de service, verre
4. Personnages liés à la nourriture	Serveur, cuisinier, barman
5. Personnages nourris (passifs)	Oiseau dans un nid, homme mince ou gros
6. Mendier ou prier	Chien qui mendie, personne disant des prières
7. Organes liés à la nourriture	Bouche, estomac, lèvres, dents
8. Instruments oraux	Rouge à lèvres, cigarette, tuba
9. Protecteurs	Jésus, mère, père, Dieu, docteur
10. Cadeaux et source de cadeaux	Arbre de Noël, corne d'abondance
11. Objets porte-bonheur	Trèfle à quatre feuille
12. Activité orale	Manger, parler, chanter, embrasser
13. Passivité et impuissance	Personne perdue, personne égarée, confuse
14. Grossesse et organes reproducteurs	Placenta, ovaires, embryon, utérus
15. Parler infantile	Jeannot lapin, bobo, minet
16. Négation de percepts oraux	Sans bouche, femme sans poitrine

Note. Dans la catégorie 1, les animaux ne sont cotés que lorsqu'ils sont clairement associés à la nourriture. Dans la catégorie 3, les pots et chaudrons sont cotés s'ils sont utilisés pour cuisiner. Dans la catégorie 13, un bébé n'est coté que s'il est clairement suggéré une notion de fragilité ou de passivité. Dans la catégorie 14, les organes sexuels ne sont pas cotés. Les catégories 6, 9, 10, 11, 13 et 14 représentent des percepts liés à la dépendance ; les catégories 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 et 12 représentent des percepts liés à l'oralité. On affecte un point à la réponse si elle peut être cotée une fois ou plus sur la ROD. Le nombre total de réponses qui contient au moins un percept de " dépendance orale " est alors divisé par le nombre total de réponse (R).

critère externe utilisent toutes un score agrégé pour l'ensemble de l'échelle. Si des revues existent sur les études s'adressant spécifiquement à l'oralité et au modèle de développement psychosexuel de Freud via la ROD, les résultats semblent embryonnaires et contradictoires (Juni, 1993; Masling, 1986). En revanche, des données empiriques solides existent pour attester de la validité de cette échelle pour évaluer la dépendance interpersonnelle. Si l'on ne prend en compte que les études qui ont trait à des facteurs potentiellement importants pour la santé des individus, on a pu montrer que des scores élevés à la ROD étaient liés à la coopération et à la tendance à se conformer aux désirs d'une figure d'autorité (Bornstein & Masling, 1985; Masling, O'Neill, & Jayne, 1981), ce qui peut avoir des effets importants pour la relation thérapeute-patient. Dans le même ordre d'idée, ceux qui ont des scores élevés à cette échelle ont davantage de capacité à se représenter les attitudes et les croyances de leurs connaissances, leurs enseignants et leurs psychothérapeutes (cf. par exemple Juni & Semel, 1982). Plusieurs études indiquent que des scores élevés à la ROD constituent un signe de vulnérabilité aux troubles psychiques (difficulté à terminer une psychothérapie : Greenberg & Bornstein, 1989; O'Neill & Bornstein, 1991) comme somatiques (Bornstein, 1998).

Une tentative pour séparer les deux sous-échelles de contenu (dépendance et oralité) est celle du Système Intégré, où seules les réponses alimentation (Fd) sont cotées. Fd est cotée quand le contenu de la réponse inclut un aliment normal pour un être humain ou un animal en train de manger à condition que cette action soit conforme à l'espèce. Cette cotation n'est donc pas aussi exhaustive que les catégories de la ROD portant sur l'oralité. Une étude

a montré que cette cotation est liée à certains comportements de dépendance interpersonnelle (demandes d'aide adressées à l'enseignant lors d'un atelier ou nombre de questions posées ; Exner & Kazaoka, 1978). Néanmoins le fait que cette dernière étude n'ait pas été publiée, le nombre réduit de participants, et l'absence d'analyse statistique des résultats incitent à la plus grande précaution. En dépit du faible soutien empirique disponible, oralité et dépendance sont encore abordée de concert dans l'interprétation du Système Intégré, où la passivité éventuellement observée par le rapport a:p (mouvements actifs vs passifs) est éclairée par la " dépendance " observée à la présence ou au nombre de réponses Fd, l'ensemble pouvant être interprété à la lumière du besoin de proximité reflété par le nombre de réponses Texture (Exner, 2003b).

Malgré son intérêt, des critiques peuvent être adressées à la ROD, qui s'appliquent aussi dans une certaine mesure aux cotations du Système Intégré précitées. La critique majeure concerne la composition de l'échelle dont, à notre connaissance, l'unidimensionnalité n'a pas été clairement étudiée de manière fouillée (analyse des corrélations entre items). La " bonne " consistance interne attestée dans plusieurs études (souvent autour de 0,60, Bornstein, 1996) ne suffit pas, en effet, à attester de l'unidimensionnalité de l'échelle (Streiner, 2003). Des arguments forts, issus de précédentes méta-analyses, existent en faveur d'une structure au moins bi-dimensionnelle de l'échelle (Bornstein, 1996) : quand les coefficients de corrélation entre les catégories de dépendance et les catégories d'oralité sont agrégés entre études, l'importance de la corrélation devient faible et non-significative (r proche de 0,10). En réalité, seule une étude publiée à ce jour a démontré une corrélation entre ces deux aspects de l'échelle. Cela entache une grande partie des études de validation, notamment dans le champ de la santé, puisque la corrélation avec la dépendance interpersonnelle n'est peut-être due qu'à la partie " dépendance " de la ROD. Une autre critique porte spécifiquement sur l'utilisation de cette mesure de dépendance dans le champ de la santé : puisque les études utilisant la ROD sont rétrospectives (Marquis, Sinnott, & Winter, 1952; Rothstein & Cohen, 1958), il est tout à fait possible que le degré élevé de dépendance soit due à l'impact du trouble et à ses conséquences en terme de prise en charge (hospitalisation, comportement de malade (cf. Bornstein, 2000)). De manière générale, les recueils de données primaires sont anciens et peu nombreux.

Deux problèmes majeurs doivent être traités lorsqu'on souhaite analyser les contenus au Rorschach. Premièrement, la validité de façade (*face validity*) des contenus de réponse peut poser problème car les personnes repèrent l'objet de la mesure. Cela doit être traité de la même manière qu'avec les évaluations auto-descriptives (par exemple en contrôlant la désirabilité sociale ou l'action de certaines défenses, donc en faisant appel à des variables extérieures à l'échelle proprement dite). Deuxièmement, lorsqu'on souhaite évaluer un concept abstrait (oralité, dépendance, image de soi, ...) via des productions langagières comme les contenus Rorschach, l'opérationnalisation de ce concept doit être la plus concrète possible et des études de validité (de critère notamment) doivent être disponibles. L'exemple du lien entre les contenus alimentaires au Rorschach et la " dépendance " est particulièrement parlant (Weiner, 1998). Ces préoccupations, qui sont la base du travail du scientifique en psychologie, se reflètent dans les tentatives suivantes.

2. Evaluer la personnalité “à risque” : le cas de l’alexithymie

La détermination des traits de personnalité constituant une vulnérabilité ou une protection est un objectif traditionnel de la psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002). Parmi ces traits, l’alexithymie occupe une place particulière. Les caractéristiques cliniques se référant à cette notion sont : la difficulté à identifier et décrire certains aspects du ressenti émotionnel ; la difficulté à distinguer les sentiments et les sensations physiologiques d’activation émotionnelle ; une pauvreté imaginative et fantasmatique ; un manque d’introspection ; un style cognitif extériorisant et concret ; une tendance au conformisme social (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Si ce concept a été très largement discuté en rapport à la problématique psychosomatique (cf. Pédinielli, 1992), l’alexithymie est actuellement pensée (1) soit comme un facteur prédisposant non spécifique, c’est-à-dire un facteur de vulnérabilité à la pathologie à expression somatique ; (2) soit comme un mode d’aménagement aux difficultés (maladie ou traumatisme). Elle joue un rôle dans la régulation des émotions et pourrait, sous certaines formes, avoir une base biologique (Berthoz, Artiges, Van-de-Moorle, Poline, Rouquette, & Consoli, 2002).

Depuis plus de 15 ans les recherches se sont succédées pour déterminer des critères qui permettraient de repérer le fonctionnement alexithymique au Rorschach, dans une optique diagnostique ou descriptive. Deux types d’études ont vu le jour : celles qui ont tenté une validation avec un critère externe indirect ou mal défini et celles qui ont employé une mesure reconnue de l’alexithymie comme critère externe.

2.1. Etudes Rorschach à critères indirects

Certaines études, mêmes récentes, se limitent à comparer des groupes de patients sur certains scores ou variables du Rorschach en Système Intégré. Ces groupes se différencient le plus souvent par des pathologies distinctes dont certaines sont censées être basées sur un “ fonctionnement alexithymique ”. Les différences observées sont généralement interprétées comme une mesure ou un pattern de variables marqueurs de l’alexithymie (par exemple, Clerici, Albonetti, Papa, Penati, & Invernizzi, 1992; Slepoy, Pezzotto, Kraier, Burde, Wohlwend, & Razzari, 1999). Dans cette catégorie d’études, on trouve l’étude princeps de Acklin (Acklin & Alexander, 1988; Acklin & Bernat, 1987) visant à faire émerger un groupe de variables Rorschach révélatrices d’un fonctionnement alexithymique. Dans sa version la plus aboutie, l’étude met en évidence un pattern de variables lié à la présence de quatre pathologies “ psychosomatiques ” (la nature psychosomatique des pathologies y est supposée *a priori*) : lombalgies (n = 33), troubles gastro-intestinaux (n = 31), troubles dermatologiques (n = 29), maux de tête (n = 35). Les comparaisons à l’échantillon américain de référence (n = 600) montrent des différences significatives sur des variables sélectionnées *a priori* en fonction de leur lien avec le concept d’alexithymie : R et M faibles (pauvreté fantasmatique), WSumC et FC faibles (faible réponse émotionnelle et manque de modulation des affects), faible EA (manque de ressources internes), Lambda élevé et peu de Blends (faible complexité psychique et conformisme). Malgré ses qualités indéniables (sélection de variables *a priori*, utilisation d’un système d’exploitation du Rorschach solide), le problème principal de cette étude est méthodologique : la qualité du critère externe est fortement contestable, car les auteurs supposent une équivalence entre

la présence de certains troubles et la notion d'alexithymie, ce qui est contestable (Pédinielli, 1992). D'autre part, la comparaison avec un échantillon normatif très important ($n = 600$), extérieur à la recherche, augmente artificiellement la puissance des tests statistiques utilisés. Il est possible qu'une comparaison avec un groupe contrôle ($n = 30$ environ) n'eût pas donné les mêmes résultats.

2.2. *Etudes Rorschach incluant une mesure reconnue de l'alexithymie*

A notre connaissance, seules cinq études Rorschach ont inclus une évaluation de l'alexithymie (toutes avec la Toronto Alexithymia Scale – TAS – Bagby, Parker, & Taylor, 1994). Certains résultats ne sont pas exploitables par manque d'informations données par les auteurs (Solano, Toriello, Barnaba, Ara, & Taylor, 2000). Si des résultats sont contre-intuitifs (Petot, 1996), la plupart des études incluent des variables comparables, suivant l'exemple d'Acklin (Akimoto, Fukunishi, Baba, Matsumori, & Iwai, 2002; Porcelli & Meyer, 2002; Prazeres, 1996). Les résultats de ces études vont dans le même sens : le Rorschach permet d'identifier les composantes fantasmagique, affective, relationnelle et cognitive de l'alexithymie (cf. Tableau 3).

L'étude de Porcelli et al. (2002) est particulièrement démonstrative en raison de la solidité du critère externe utilisé (stabilité de l'alexithymie mesurée par la TAS à 6 mois), de la bonne fidélité inter-cotateurs pour le Rorschach (Coefficients de Corrélations Intraclasse variant de 0,72 à 1,00), des procédures statistiques utilisées qui permettent la comparaison d'un grand nombre de variables, du contrôle du nombre de réponses dans les scores (considérés sous forme de pourcentage) et du nombre de sujets ($n = 92$) qui permet de comparer trois groupes de patients (non alexithymiques, indéterminés, alexithymiques). Dans cette étude auprès de personnes souffrant de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn), une grande partie des variables sélectionnées *a priori* (20 parmi 27) apparaissent liées au degré d'alexithymie, ce qui va dans le sens des hypothèses émises par les auteurs.

Les études sur ce thème ont donc de nombreuses qualités méthodologiques. Cependant, l'interprétation des caractéristiques alexithymiques en terme de facteur de risque est très contestable étant donné (1) la stratégie de recherche centrée sur des patients *déjà* malades ; sur ce point des études longitudinales ont montré que l'alexithymie était parfois moins corrélée au cours de la maladie que le niveau de détresse (Porcelli, Leoci, Guerra, Taylor, & Bagby, 1996) (2) le fait que le statut " psychosomatique " de certains troubles soient maintenant largement contesté (Spiro, 1999). On pourra aussi regretter l'absence de contrôle de facteurs confondants dans ces études, notamment la dépression et l'humeur de manière générale. Ces critiques n'ont cependant rien à voir avec l'utilisation du Rorschach et tiennent à des problèmes de faisabilité. En ce qui concerne le pattern de l'alexithymie au Rorschach, certaines questions restent en suspens : les variables Rorschach sont-elles des marqueurs exclusifs de l'alexithymie? Autrement dit, leur configuration peut-elle être observée dans d'autres problématiques, notamment psychopathologiques ? Ce point touche à la validité discriminante des mesures de l'alexithymie au Rorschach, ainsi que le soulignait Pédinielli (1992). Ce problème est traité par Prazeres (1996) qui a élaboré une fonction discriminante pour classer les sujets inclus dans son étude en fonction du " pattern alexithymique " du Rorschach et examiné la qualité du classement au regard du classement

Tableau 3

Synthèse des variables Rorschach liées à l'alexithymie dans la littérature récente (d'après Porcelli et al., 2002)

Variables Rorschach	Interprétation	Facettes de l'alexithymie
R et M "bas"	Productivité verbale réduite et moindre capacité à utiliser des fonctions idéationnelles élaborées.	Constriction dans les processus fantasmatiques. Cette facette décrit des sujets qui manquent d'introspection et font preuve d'une relative pauvreté dans leur vie fantasmatique.
WSumC et FC "bas"	Moindre capacité à exprimer ses émotions et à moduler ses états émotionnels.	Difficulté à distinguer et à communiquer ses sentiments. Cette facette décrit des sujets qui sont incapables de contrôler de manière adaptée l'expression de leurs émotions et de communiquer celles-ci de manière adéquate à leur environnement.
Pop "élevé" et T = 0	Conformisme social et difficulté à aborder des relations intimes. Froideur et distance relationnelle.	Difficulté à avoir des relations empathiques avec les autres. Décrit des sujets qui ont des relations superficielles avec les autres et des difficultés à entretenir des relations proches et chaleureuses.
Lambda "élevé" et Blends "bas"	Style de pensée simpliste et évitant. Moindre complexité psychologique.	Simplification et pensée concrète. Les pensées sont factuelles, centrées sur l'évitement des ambiguïtés émotionnelles et l'engagement affectif.
EA "bas" et style EB ambiequal	Moindre ressources personnelles et style de coping instable et inefficace.	Vulnérabilité au stress chez des personnes susceptibles d'avoir des difficultés dans la régulation émotionnelle.

Note. Dans les études considérées, l'alexithymie est évaluée par la TAS (Bagby, Parker & Taylor, 1994). Les termes "bas" et "élevé" se réfèrent à des seuils différents suivant les études cliniques. En l'absence de seuil objectif, nous proposons au lecteur de considérer les seuils d'interprétation classiques du Système (Weiner, 1998; Exner, 2002, 2003) quand cela est possible. Dans le cas inverse, on pourra considérer la moyenne \pm un écart-type des échantillons normatifs existants ou les valeurs centrales des groupes de Porcelli et al. (2002). R : nombre de réponses ; M : nombre de mouvements humains ; WSumC : somme pondérée des déterminants couleur ; FC : nombre de réponses déterminées par la forme et secondairement par la couleur ; Pop : nombre de banalités ; T = 0 : pas d'estompage texture ; Lambda : nombre de réponses purement formelle / autres réponses ; Blends : nombre de réponses à plus d'un déterminant ; EA : M + WSumC ; style EB ambiequal : style fondamental où M et WSumC sont à peu près équivalents. Les interprétations des variables sont issues de la revue de littérature d'Exner (2003).

général par la TAS (plus de 88% de classements corrects pour un groupe de $n = 34$), mais les résultats demeurent à ce jour non publiés. Si les études actuelles apportent des arguments en faveur de la validité de certains patterns, nous avons certainement besoin dans ce domaine, d'études visant à répliquer et approfondir les résultats obtenus, notamment par la mise en œuvre de méthodes d'analyse de données multidimensionnelle permettant d'opérationnaliser la notion de "pattern" alexithymique et d'affirmer le pouvoir descriptif ou classificatoire de celui-ci.

3. Prévoir les comportements d'autoprotection ou de soins

L'évaluation par le Rorschach de facteurs de personnalité (comme l'alexithymie) n'a d'intérêt scientifique que si ces facteurs peuvent donner lieu à des recherches solides. Si un facteur de personnalité est considéré comme un facteur de risque, on s'attendra à des stratégies de recherche centrées sur la mise en évidence de tels facteurs, qui se reposent sur des plans longitudinaux ou quasi-expérimentaux (Chmura Kraemer, Kazdin, Offord, Kes-

sler, Jensen & Kupfer, 1997). Dans ce contexte, un courant de recherche s'est développé sous l'influence des modèles de l'adaptation de la psychologie de la santé. Son objectif est de faire le lien entre des facteurs Rorschach précédemment validés (dont les validités de construct et de critère sont attestées par des recherches empiriques indépendantes) et des comportements, ou plutôt des marqueurs de comportement (mesure d'adhérence au traitement, mesure d'équilibre métabolique, etc.). Nous prendrons deux exemples de domaines ayant donné lieu à ces investigations : le diabète insulino-dépendant et l'infarctus du myocarde.

3.1. Etudes Rorschach chez des personnes diabétiques insulino-dépendantes

La plupart des études Rorschach réalisées auprès de patients diabétiques insulino-dépendants (type 1), visent à dégager un ensemble de caractéristiques psychologiques chez les malades qui permettraient de les distinguer de groupes contrôles non malades (à la recherche de " la personnalité diabétique ", Faellstroem & Vegelius, 1978; McCraw & Tuma, 1977). Cette voie de recherche ancienne n'a pas abouti à des résultats probants, les psychologues s'apercevant avec le temps que la compréhension du fonctionnement psychologique des personnes malades ne bénéficiait pas du contraste systématique avec une norme extérieure. D'autres études se sont intéressées au lien entre le fonctionnement psychologique (au Rorschach) et le processus d'adaptation à la maladie (Ahnsjo, Humble, Larsson, Settergren-Carlsson, & Sterky, 1981; Andronikof-Sanglade, 1986). Il semble que plus la maladie est ancienne, plus des signes de perturbation (validés par ailleurs) apparaissent dans les protocoles.

Le contrôle métabolique, évalué par des marqueurs biologiques du taux de glycémie est un reflet indirect des comportements d'autorégulation des patients diabétiques. Dans le diabète de type 1, le fonctionnement psychologique est ramené classiquement à un modèle d'autorégulation comportementale. Seules trois études ont exploré les liens entre le fonctionnement psychologique au Rorschach et le contrôle métabolique, reflet des comportements de régulation de la glycémie (Di Iullo, Ranzini, & Zabattini, 1985; Koch & Molnar, 1974; Sultan, Jebrane, & Hartemann-Heurtier, 2002). Les études anciennes obtiennent peu de résultats notables, mais ceci est probablement dû à la nature du marqueur biologique utilisé à l'époque (glycosurie) bien moins valide que celui actuellement utilisé dans les laboratoires (dosage de l'hémoglobine glyquée) (notamment pour l'étude de Koch & Molnar, 1974); l'étude de Di Iullo et al. (1985), elle, ne prend en compte que les contenus des réponses Rorschach et aboutit à la conclusion que l'équilibre glycémique est lié à une image de soi meilleure (moins de contenus morbides notamment). D'autres auteurs ont exploré les corrélations entre certaines variables Rorschach et l'équilibre glycémique de manière plus systématique (Sultan et al., 2002). Dans cette étude, les variables ont été sélectionnées en fonction des résultats obtenus à l'aide d'autres instruments que le Rorschach (surtout des questionnaires auto-administrés), évaluant la détresse émotionnelle, les styles de coping et la résolution de problème, et l'efficacité cognitive (ces résultats sont repris dans Bishop, 1994; Bruchon-Schweitzer, 2002 et Sultan & Hartemann-Heurtier, 2001). Deux analyses de régression successives ont pu montrer que les trois groupes de variables (correspondant à trois groupes de facteurs Rorschach) était liés à l'équilibre glycémique à long terme. Les principaux résultats sont résumés dans le [Tableau 4](#) : les

Tableau 4

Variables Rorschach corrélées au contrôle glycémique (hémoglobine glyquée) dans le diabète de type 1 (d'après Sultan et al., 2002)

Variabes Rorschach	Interprétation	Sens de la corrélation
SumY > 1	- Détresse émotionnelle - Sentiment d'incontrôlabilité	→ Déséquilibre glycémique
WSumC	- Expression émotionnelle - Traitement des tâches par essais et erreurs	→ Equilibre glycémique
SumT = 0	- Détachement Social - Indépendance et froideur relationnelle	→ Equilibre glycémique
SumC' > 1	- Tristesse, mélancolie - Répression des ressentis affectifs	→ Déséquilibre glycémique
WSum6 Spec. Sc. (*)	- Dérapages cognitifs - Relâchement de la pensée	→ Déséquilibre glycémique

Note. Les variables sont placées par ordre de probabilité dans le modèle initial de régression : les corrélations les plus probables sont placées en premier. Les interprétations des variables sont issues de la revue de littérature d'Exner (2003). SumY > 1 : plus d'un estompage de diffusion dans le protocole ; WSumC : somme pondérée des réponses à déterminant couleur ; SumT = 0 : pas d'estompage texture ; SumC' > 1 : plus d'une réponse déterminée par des couleurs "achromatiques" ; WSum6 Spec. Sc. : somme pondérée des six cotations spéciales critiques. (*) Cette corrélation n'apparaît plus lorsque les complications sont introduites dans le modèle de régression (variable confondante).

variables Y > 1 et C' > 1 permettent d'expliquer un moins bon équilibre glycémique, la variable T = 0 et WSumC étant liées à un meilleur équilibre. Ces liens peuvent être interprétés comme l'impact négatif d'une détresse émotionnelle et d'un sentiment d'incontrôlabilité sur l'équilibre glycémique, le rôle positif d'un détachement social, d'une froideur, d'une capacité à exprimer des émotions, et à fonctionner par essais-erreur (Exner, 2003b).

L'intérêt de cette étude est qu'elle contrôle une variable confondante très couramment ignorée par les chercheurs, à savoir la présence de complications, potentiellement responsable de ressenti émotionnel négatif. De plus, les corrélations mises en évidence sont comparables, sinon supérieures, à ce qui a pu être observé avec des questionnaires. Cette étude est cependant limitée, car le plan de recherche est transversal alors que la problématique, ici encore, touche à la prédiction. Les premiers résultats d'une analyse longitudinale chez les mêmes patients tendent à montrer que certaines des variables considérées gardent un pouvoir prédictif à 5 ou 6 ans (notamment la variable Y > 1, Sultan, 2003). Par ailleurs, on ne doit pas perdre de vue que la glycémie n'est qu'un marqueur indirect du comportement (Sultan, Hartemann-Heurtier, & Grimaldi, 2003).

3.2. Etudes Rorschach dans les maladies cardio-vasculaires

Les études Rorschach chez les personnes cardiaques sont très rares. Une étude ancienne (Siltanen, 1975) auprès de patients ayant des signes d'infarctus observe que ces patients montrent des signes d'anxiété, d'agressivité, de solitude et sont davantage défensifs, comparés à un groupe contrôle, mais l'auteur ne précise pas les caractéristiques (et variables impliquées) directement imputables au Rorschach, la batterie d'instruments contenant des procédures variées.

Sultan, Bungener et Andronikof (2002) ont comparé deux groupes de patients cardiaques suivis en médecine générale, ayant vécu un infarctus avec chirurgie plus d'un an avant l'évaluation, les deux groupes se différenciant selon leur niveau d'adhésion aux conseils hygiéno-diététiques de leur médecin (consommation de tabac, régime alimentaire, activité physique). Les Rorschach des deux groupes ont été comparés sur certaines variables présélectionnées en fonction de leur lien supposé à un modèle d'invulnérabilité lié à la prise de risque (Sultan & Jouvent, 2001) : les indices DEPI et CDI, l'indice EGO et la présence de reflets ($Fr + rF > 0$). Globalement, les comportements de non-adhésion ont été caractérisés au Rorschach par des indices DEPI (et dans une moindre mesure CDI) positifs en plus grande proportion, une présence supérieure de réponses reflet, le niveau de l'indice EGO n'étant pas différent selon le groupe, ce qui dresse un portrait de la non-adhésion caractérisée par une dépressivité et une centration importante sur soi.

Cette étude a plusieurs limites. D'une part, la mesure du comportement (adhésion) est réalisée par une technique auto-descriptive et rétrospective (changement avant/après épisode), or ce type de méthode est contesté (Wright, 1993). D'autre part, des facteurs confondants non évalués peuvent être responsables des résultats obtenus, notamment le niveau de détresse émotionnelle, celui-ci étant lié étroitement à la centration sur soi, cette variable étant traditionnellement associée aux réponses reflet et à l'indice EGO (Exner, 2003a). Enfin, le nombre réduit de sujets ($n = 16$), même s'il est très courant dans ce domaine, ne permet pas de réelle inférence quant à la validité externe des résultats.

4. Conclusion

Bash (1986,1995) a montré dans deux revues de littératures que les études utilisant le Rorschach dans le domaine de la santé souffraient de limites importantes. Les problèmes principaux qu'il a relevés tenaient à l'hétérogénéité des patients (problèmes de critères d'inclusion ou d'exclusion nuisant à la validité interne des résultats), au manque de description de la méthodologie employée (nuisant à la reproductibilité des recherches), à l'utilisation de méthodes de description de données inappropriées (menant à des choix statistiques fallacieux) ainsi qu'à la non publication des résultats négatifs des études (seules les variables discriminant les groupes étant mentionnées).

Les trois axes de recherche que nous avons présentés tentent, avec plus ou moins de succès, d'apporter des réponses à ces problèmes de base, mais de nombreuses questions restent en suspens. Plusieurs pistes de progrès peuvent être dégagées quant à l'utilisation du Rorschach dans ce domaine. Tout d'abord, les études devraient inclure exclusivement des échelles ou facteurs validés, afin d'éviter l'effet "domino" (Viglione & Exner, 1995). On s'attend également à ce que les variables incluses dans les études de validation soient sélectionnées avec précaution *avant* le recueil sur la base de leur lien supposé avec le critère. De même, comme pour toute cotation de discours ou de matériel non structuré (observation directe, vidéo, échelles cliniques, etc.), les études devraient faire systématiquement état d'une évaluation de la fidélité inter-cotateurs (pour cela, des avancées méthodologiques récentes facilitent grandement le travail, cf. Meyer, Hilsenroth, Baxter, Exner, Fowler & Piers, 2002). Enfin, les études Rorschach devraient préciser les critères de validité utilisés pour la sélection des protocoles après le recueil de données : dans beaucoup

d'études, on peut penser que l'engagement dans le travail demandé au Rorschach est un bon critère (il est évalué par le nombre de réponses et la proportion de réponses purement formelles).

D'autres recommandations touchent au champ de la maladie et de la santé et permettent, pourvu qu'elles soient prises en compte, d'envisager des pistes de recherches fructueuses. Ainsi, la mise en évidence de facteurs de risque ou de vulnérabilité, qu'ils soient liés à la personnalité ou à l'environnement, nécessite des études longitudinales dont nous manquons cruellement pour avancer. En effet, la notion même de facteur de risque inclut un lien causal. Deuxièmement, l'importance de facteurs confondants est à prendre en compte de manière très sérieuse dans le domaine de la santé : le statut de la maladie (son stade d'évolution, sa gravité, etc.) peut avoir un effet majeur sur des variables psychologiques (comme le degré de détresse, l'anxiété, etc.), qui elles-mêmes sont susceptibles d'influencer les comportements de soin des personnes malades ou les facteurs psychologiques évalués, comme l'alexithymie. C'est pourquoi les études centrées sur la prévention secondaire doivent contrôler les caractéristiques de la maladie pour spécifier les corrélations psyché – soma mises en évidence. Si des progrès notables ont été réalisés sur les aspects psychométriques comme la fidélité (inter-juges notamment) dans l'évaluation de la personnalité des sujets touchés par la maladie, des marges de progrès importantes subsistent quant aux questions de validité des mesures employées à partir du Rorschach.

L'application du Rorschach au domaine des maladies somatiques a donc abouti à des questionnements théoriques et des progrès méthodologiques. Les premiers touchent à la définition de concepts équivoques comme " la dépendance orale " ou " l'alexithymie " et débouchent sur des problèmes de mesure. Les deuxièmes concernent l'amélioration progressive des caractéristiques de fidélité et posent le problème crucial de la validité des échelles employées. L'originalité de ce domaine de recherche est que les contraintes pour administrer la preuve se sont exercées avec la même vigueur sur des axes ayant des inspirations théoriques très différentes, les conceptions d'origine psychanalytique donnant parfois lieu à des outils de mesure relativement solides (cf. Rorschach Oral Dependency scale).

Ces remarques nous amènent à souhaiter que davantage de recherches portent directement *sur* ces facteurs Rorschach en utilisant des critères externes valides faute de quoi une grande partie de la recherche *avec* ces facteurs risque d'être caduque. Dans notre domaine, le Rorschach, comme d'autres outils d'évaluation, ne peut pas être considéré comme un outil abouti, mais nécessite une démarche continue de validation.

Remerciements

La rédaction de cet article est soutenue par l'association ALFEDIAM et le Laboratoire AVENTIS.

Références

- Acklin, M. W., Alexander, G., 1988. Alexithymia and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease* 176, 343–350 A Rorschach study of four psychosomatic groups.

- Acklin, M. W., Bernat, E., 1987. Depression, alexithymia and pain prone disorder: A Rorschach study. *Journal of Personality Assessment* 51, 462–479.
- Ahnsjo, S., Humble, K., Larsson, Y., Settergren-Carlsson, G., Sterky, G., 1981. Personality changes and social adjustment during the first three years of diabetes in children. *Acta Paediatrica Scandinavica* 70 (3), 321–327.
- Akimoto, M., Fukunishi, I., Baba, T., Matsumori, M., Iwai, M., 2002. Alexithymia and sociocultural factors in a Japanese sample: A study with the Rorschach. *Psychological Reports* 90, 205–211.
- Andronikof-Sanglade, A., 1986. Du diabète infantile à l'enfant diabétique: une étude psychologique des rapports entre l'enfant et la maladie. *Perspectives Psychiatriques* 25, 162–170.
- Bagby, R. M., Parker, J.D.A., Taylor, G. J., 1994. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 38, 23–32.
- Bash, K. W., 1986. Psychosomatic diseases and the Rorschach test. *Journal of Personality Assessment* 50, 350–357.
- Bash, K. W., 1995. Psychosomatic diseases and the Rorschach test. *Rorschachiana* 20, 16–26.
- Berthoz, S., Artiges, E., Van-de-Moorlele, P.-F., Poline, J.-B., Rouquette, S., Consoli, S.-M., 2002. Effect of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices: An fMRI study of men with alexithymia. *American Journal of Psychiatry* 159 (6), 961–967.
- Bishop, G. D., 1994. *Health psychology, integrating mind and body*. Allyn & Bacon, Boston, MA.
- Blatt, S. J., Cornell, C. E., Eshkol, E., 1993. Personality style, differential vulnerability, and clinical course in immunologic and cardiovascular disease. *Clinical Psychology Review* 13, 421–450.
- Bornstein, R. F., 1992. The dependent personality: Developmental, social, and clinical perspectives. *Psychological Bulletin* 112, 3–23.
- Bornstein, R. F., 1995. Interpersonal dependency and physical illness: The mediating roles of stress and social support. *Journal of Social and Clinical Psychology* 14, 225–243.
- Bornstein, R. F., 1996. Construct validity of the Rorschach Oral Dependency Scale: 1967-1995. *Psychological Assessment* 8, 200–205.
- Bornstein, R. F., 1998. Interpersonal dependency and physical illness: A meta-analytic review of retrospective and prospective studies. *Journal of Research in Personality* 32, 480–497.
- Bornstein, R. F., 1999. Criterion validity of objective and projective dependency tests: A meta-analytic assessment of behavioral prediction. *Psychological Assessment* 11 (1), 48–57.
- Bornstein, R. F., 2000. From oral fixation to object relations: changing perspectives on the psychodynamics of interpersonal dependency and illness. In: Duberstein, P. R., Masling, J. M. (Eds.), *Psychodynamic perspectives on sickness and health*. American Psychological Association, Washington, DC, pp. 3–37.
- Bornstein, R. F., Masling, J. M., 1985. Orality and latency of volunteering to serve as experimental subjects: A replication. *Journal of Personality Assessment* 49, 306–310.
- Bruchon-Schweitzer, M., 2002. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Dunod, Paris.
- Chmura Kraemer, H., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., Kupfer, D. J., 1997. Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry* 54, 337–343.
- Clerici, M., Albonetti, S., Papa, R., Penati, G., Invernizzi, G., 1992. Alexithymia and obesity. Study of the impaired symbolic function by the Rorschach test. *Psychotherapy and Psychosomatics* 57 (3), 88–93.
- Dantzer, R., 1989. *L'illusion psychosomatique*. Odile Jacob, Paris.
- Debray, R., 1996. *Clinique de l'expression somatique*. Delachaux et Niestlé, Genève.
- Di Iulio, M. G., Ranzini, L., Zabattini, G. C., 1985. Diabetes during development: influence on the personality and importance of metabolic control. *Eta Evolutiva* 21, 45–54.
- Duruz, N., 1985. *Narcisse en quête de soi*. Mardaga, Bruxelles.
- Exner, J. E., 2003a. *Manuel d'interprétation du Rorschach en Système Intégré*. Editions Frison-Roche, Paris.
- Exner, J. E., 2003. *The Rorschach*. 4th ed. A Comprehensive System, 1. Wiley, Hoboken, NJ.
- Exner, J. E., Kazaoka, K., 1978. Dependency gesture of 16 assertiveness trainees as related to Rorschach movement responses (No. 261). *Rorschach Workshops*, Asheville.
- Faellstroem, K., Vegelius, J., 1978. A discriminatory analysis based on dichotomized Rorschach scores of diabetic children. *International Journal of Rehabilitation Research* 1, 45–54.
- Fava, G. A., Sonino, N., 2000. Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics* 69, 184–197.
- Fisher, S., Cleveland, S. E., 1958. *Body image and personality*. Nostrand, Princeton, NJ.
- Freud, S., 1968. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Gallimard, Paris.

- Greenberg, R. P., Bornstein, R. F., 1989. Length of psychiatric hospitalization and oral dependency. *Journal of Personality Disorders* 3, 199–204.
- Juni, S., 1993. Rorschach content psychometry and fixation theory. *Genetic, Social and General Psychology Monographs* 119, 75–98.
- Juni, S., Semel, S. R., 1982. Person perception as a function of orality and anality. *Journal of Social Psychology* 119, 99–103.
- Kinney, R. K., Gatchel, R. J., Polatin, P. B., Fogarty, W. T., Mayer, T. G., 1993. Prevalence of psychopathology in acute and chronic low back pain patients. *Journal of Occupational Rehabilitation* 3 (95-103).
- Koch, M. F., Molnar, G. D., 1974. Psychiatric aspects of patients with unstable diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine* 36, 57–68.
- Marquis, D. P., Sinnott, E. R., Winter, W. D., 1952. A psychological study of peptic ulcer patients. *Journal of Clinical Psychology* 8, 266–272.
- Masling, J., 1986. Orality, pathology, and interpersonal behavior. In: Masling, J. (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories*, 2. Erlbaum, Hillsdale, NJ, pp. 73–106.
- Masling, J., 1999. Bodies under investigation: a review of Body Image and Personality by S. Fisher and S.E. Cleveland (1958). *Journal of Personality Assessment* 72 (1), 164–174.
- Masling, J., O'Neill, R. M., Jayne, C., 1981. Orality and latency of volunteering to serve as experimental subjects. *Journal of Personality Assessment* 45, 20–22.
- Masling, J. M., Rabie, L., Blondheim, S. H., 1967. Obesity, level of aspiration, and Rorschach and TAT measures of oral dependence. *Journal of Consulting Psychology* 31, 233–239.
- Maunder, R.G., Hunter, J.J., 2001. Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine* 63, 556–567.
- McCraw, R. K., Tuma, J. M., 1977. Rorschach content categories of juvenile diabetics. *Psychological Reports* 40, 818.
- Meyer, G. J., Hilsenroth, M. J., Baxter, D., Exner, J. E., Fowler, J. C., Piers, C. C., 2002. An examination of interrater reliability for scoring the Rorschach Comprehensive System in eight data sets. *Journal of Personality Assessment* 78 (2), 219–274.
- Naugle, R. I., Rodgers, D. A., 1992. Personality inventory responses of males with medically intractable seizures. *Journal of Personality Assessment* 59, 500–514.
- O'Neill, R. M., Bornstein, R. F., 1991. Orality and depression in psychiatric inpatients. *Journal of Personality Disorders* 5, 1–7.
- Overholser, J. C., 1996. The dependent personality and interpersonal problems. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184, 8–16.
- Pédinielli, J.-L., 1990. Corps malades: l'opération de souffrance. *Psychologie Clinique* 4, 13–28.
- Pédinielli, J.-L., 1992. *Psychosomatique et alexithymie*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Petot, D., 1996. Alexithymia: Psychological poverty or psychological richness ? A Rorschach study. *Rorschachiana* 21, 153–168.
- Porcelli, P., 2004. *The Rorschach and psychosomatic medicine*. Psimatica, Madrid (in press).
- Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, G. J., Bagby, R. M., 1996. A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research* 41, 569–573.
- Porcelli, P., Meyer, G. J., 2002. Construct validity of Rorschach variables for Alexithymia. *Psychosomatics* 43 (5), 360–369.
- Prazeres, N., 1996. *Essay of a study on alexithymia with the Rorschach and the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*. Université de Lisbonne, Portugal Thèse de Doctorat.
- Rothstein, C., Cohen, I., 1958. Hostility and dependency conflicts in peptic ulcer patients. *Psychological Reports* 4, 555–558.
- Sanglade, A., 1983. Image du corps et image de soi au Rorschach. *Psychologie Française* 28, 104–110.
- Siltanen, P., 1975. Psychological characteristics related to coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research* 19, 183–195.
- Slepoy, V. D., Pezzotto, S. M., Kraier, L., Burde, L., Wohlwend, K., Razzari, E., 1999. Irritable bowel syndrome: clinical and psychopathological correlations. *Digestive Diseases and Sciences* 44 (5), 1008–1012.
- Solano, L., Toriello, A., Barnaba, L., Ara, R., Taylor, G. J., 2000. Rorschach interaction patterns, alexithymia, and closeness to parents in psychotic and psychosomatic patients. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 28 (1), 101–116.

- Spigelman, A., Spigelman, G., 1991. Relationship between parental divorce and the child's boundary definiteness. *Journal of Personality Assessment* 56, 96–105.
- Spiro, H., 1999. The rise and fall of psychosomatic concepts in ulcerative colitis. Communication présentée au 22nd Ulm Workshop on psychological factors in inflammatory bowel disease, Ulm, Germany.
- Streiner, D. L., 2003. Starting at the beginning: An introduction to coefficient Alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment* 80 (1), 99–103.
- Sultan, S., 2004. *Le diagnostic psychologique. Théorie, éthique, pratique*. Editions Frison-Roche, Paris (sous presse).
- Sultan, S., 2003. Predicting Glycemic Control in Diabetic Patients : A Longitudinal Study with the Rorschach. Paper presented at the Midwinter Meeting of the Society for Personality Assessment, San Francisco, CA, 19-23 mars.
- Sultan, S., Bungener, C., Andronikof, A., 2002. Individual psychology of risk-taking behaviours in non-adherence. *Journal of Risk Research* 5 (2), 137–145.
- Sultan, S., Hartemann-Heurtier, A., 2001. Coping and distress as predictors of glycemic control in diabetes. *Journal of Health Psychology* 6 (6), 731–739.
- Sultan, S., Hartemann-Heurtier, A., Grimaldi, A., 2003. Comprendre les patients pour promouvoir l'autorégulation dans le diabète de type 2 : Vivre avec une maladie qui commence avant son début. *Diabetes & Metabolism* 29, 3S21–23S30.
- Sultan, S., Jebrane, A., Hartemann-Heurtier, A., 2002. Rorschach variables related to blood glucose control in insulin-dependent diabetes patients. *Journal of Personality Assessment* 79 (1), 122–141.
- Sultan, S., Jouvent, R., 2001. Comparative risk judgments and risk-taking in sexual behaviours. *International Review of Social Psychology* 14 (4), 83–104.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J.D.A., 1997. *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Viglione, D., Exner, J. E., 1995. Formulating issues in Rorschach research. In: Exner, J. E. (Ed.), *Issues and methods in Rorschach research*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, pp. 53–71.
- Weiner, I. B., 1998. *Principles of Rorschach interpretation*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ.
- Wright, E. C., 1993. Non-compliance - or how many aunts has Matilda ? *The Lancet* 342, 909–913.