

Extrait des *Annales médico-psychologiques*, T. 2, 1971, n° 2, pp. 263 à 271

MASSON et C^{ie}, Editeurs, 120, Bd St-Germain, PARIS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 juin 1971

Le profil psychosomatique au test de Szondi.

Réflexions sur les concepts de normalité et de spécificité,

par J. MELON, M. DONGIER et S. BOURDOUXHE

(Liège)

Les théories psychosomatiques ne manquent pas. Aux yeux des convaincus, le foisonnement des idées est un gage de vitalité. Pour les sceptiques, au contraire, c'est l'indice d'une funeste confusion des esprits.

Les impeccables schémas d'Alexander n'exercent plus aujourd'hui la séduction des vérités nouvelles. Les canevas simplistes de cet auteur se sont trop souvent révélés n'entretenir que des rapports incertains avec la réalité clinique. L'hypothèse d'une causalité spécifique étroite a subi le contrecoup de cet excès de schématisation. Si à chaque entité nosologique (ulcus, asthme, hyperthyroïdie, etc.) correspondent un schéma d'attitude et un conflit spécifiques, le champ psychosomatique finit par ressembler à une mosaïque très disparate.

En liant le processus de « somatisation » au primat de la « pensée opératoire » corrélative elle-même de « l'écrasement du fantasme », Marty et son école ont tenté de refaire l'unité du champ psychosomatique, substituant ainsi l'idée d'une spécificité élargie à celle d'une spécificité étroite.

Les adversaires de la spécificité s'en tiennent à la théorie de la « conversion psychosomatique ». Valabrèga, par exemple, rejette la distinction entre somatisation et conversion. Il ne s'agirait que d'un seul et même processus, à condition que soient dissociés préalablement les concepts d'hystérie et de conversion. C'est aussi l'avis de Neal Miller qui se dit capable, par la méthode du conditionnement opérant, de susciter de façon durable n'importe quel type de réponse physiologique aussi bien au niveau du système sensorimoteur que dans le domaine viscéral. On voit ainsi tomber curieusement d'accord le psychanalyste lacanien et le pur behavioriste.

Dans un article récent, Brisset a tenté de concilier les opinions divergentes en essayant de montrer qu'il n'existe pas de solution de continuité entre le névrotique et le psychosomatique. Il invoque notamment la théorie du refoulement biphasé de Mitscherlich : grosso modo, le refoulement simple produit la névrose avec son cortège de fantasmes ; le refoulement au second degré conduit à la maladie psychosomatique et à l'oblitération du fantasme. Hypothèse séduisante, que les exemples judicieusement choisis par Brisset paraissent accréditer ; mais on sait que s'il existe des phénomènes de balancement névrose-trouble somatique,

E

L'alternance se produit aussi bien avec des manifestations psychotiques. La « structure » psychosomatique, si elle existe, se trouve donc entretenir des rapports de contiguïté avec la névrose comme avec la psychose.

En proposant récemment de situer la destinée psychosomatique parmi les états « limites » aux confins de ce qu'il appelle « le tronc commun aménagé », Bergeret ne contribue pas peu à entretenir la confusion régnante.

D'une manière générale, l'opinion scientifique ne manque pas de faire à tous ces auteurs le reproche fondamental de n'appuyer leur argumentation que sur la seule interprétation de faits cliniques, qu'on pourrait parfaitement considérer sous d'autres éclairages. C'est de l'herméneutique, dira-t-on, ce n'est pas de la science.

C'est ici qu'on pense naturellement à se servir des tests projectifs et des questionnaires d'inventaire de la personnalité. Il existe à ce sujet une abondante littérature dont le bilan peut apparaître assez maigre. A de rares exceptions près, on doit constater l'échec des tentatives de recherche à base de tests, entreprises en vue de définir un pattern psychosomatique général ou des profils particuliers en rapport avec les différentes entités nosologiques. Nous donnerons plus loin notre opinion sur cet échec.

LE TEST DE SZONDI ET LA RECHERCHE PSYCHOSOMATIQUE

Les recherches effectuées à l'aide du test de Szondi dans le domaine psychosomatique ne sont pas très nombreuses. La revue exhaustive en est facile. Jusqu'à ces dernières années, il n'existait à notre connaissance que cinq études traitant du sujet, toutes en langue allemande.

Le travail de Petz (1953) sur la tuberculose pulmonaire, confirmé par la thèse de Kilian (1953) attribuait une composante paranoïde importante au profil des sujets tuberculeux. Il est intéressant de noter que des auteurs utilisant le PNP de Pichot et le test de frustration de Rosensweig sont arrivés dans une étude récente à la même conclusion (N. Koninckx et S. Dongier).

L'étude de Studer-Salzmann sur 50 patients atteints de glaucome a mis en évidence leur structure paroxysmale épileptiforme, analogue à celle des migraineux. Il existe également une étude sur les enfants strabiques qui met l'accent sur leurs fortes tendances projectives (Van Alphen).

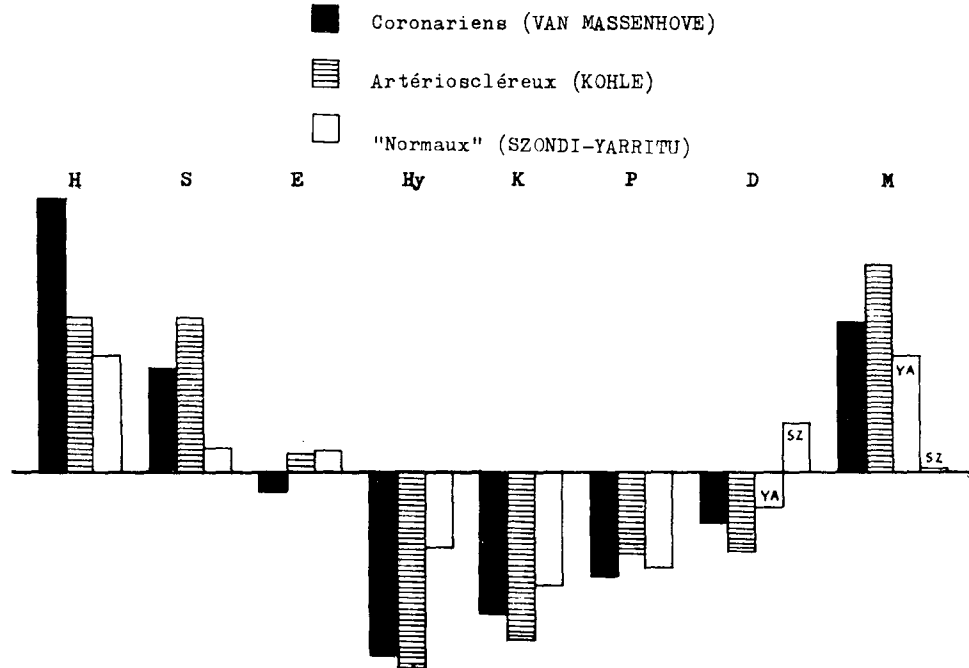
La thèse de Wegmann (1963) consacrée à la PCE dégage un pattern apparenté au profil psychosomatique dont nous allons parler. Il souligne l'accentuation particulière de la répression de fortes pulsions agressives qu'on trouve chez ces patients, ce qui rejoint les notions classiques sur la PCE.

En 1969, sont parues deux thèses importantes à nos yeux, l'une à Louvain, l'autre à Munich.

J. Van Massenhove de Louvain étudie 75 coronariens comparativement à 75 névrosés et 75 malades psychosomatiques divers. Il montre que le profil des coronariens se confond, à quelques détails près, avec le profil des psychosomatiques, mais qu'il se distingue significativement des profils névrotiques, particulièrement au niveau du facteur p. Nous verrons plus loin la signification de cette différence.

K. Kohle de Munich étudie de son côté 53 sujets atteints d'occlusion artérielle des membres inférieurs.

PROFILS PSYCHOSOMATIQUES ET PROFILS DE L'INDIVIDU MOYEN AU TEST DE SZONDI

Coronariens (VAN MASSENHOVE)

+(!!)	+(!)	-(+,+0)	-(!)	-(!)	-(!)	-	+(!)
-------	------	---------	------	------	------	---	------

Artérioscléreux (KOHLE)

+(!)	+(!)	+(-,0,+)	-(!)	-(!)	-(!)	-	+(!!)
------	------	----------	------	------	------	---	-------

Individu moyen (SZONDI)

+	+		-(+)	-	-	0(+)	+,-
---	---	--	------	---	---	------	-----

Individu moyen (YARRITU)

+	+		-(+)	-	-	-	+(!)
---	---	--	------	---	---	---	------

Individu moyen (BEELI)

+	+	+(-)	-(+)	-	-	-(+)	+(-)
---	---	------	------	---	---	------	------

Psychosomatiek Existenzform (BEELI)

+(!)	+(!)	+	-(!)	-(!)	-(!)	-	+(!)
+(!)	0	$\frac{+}{0}$	-(!)	0	-(!)	+	+(!)
0	+(!)	0	-(!)	$\frac{+}{0}$	-(!)	0	+(!)

Nous avons construit un histogramme qui permet de comparer rapidement les résultats globaux obtenus par les deux chercheurs. On peut voir d'emblée qu'ils sont remarquablement concordants au point de se confondre presque.

Par ailleurs, la comparaison avec le profil de l'individu moyen est riche

d'enseignement. Le portrait de l'individu moyen a été dressé par Szondi sur la base d'une étude statistique portant sur 1.000 cas de sujets hongrois considérés comme normaux.

Il faut souligner que dans l'esprit de Szondi, les notions de moyen et de normal ne se recouvrent nullement. L'individu moyen, c'est l'« Alltagsmensch », l'homme de tous les jours, celui que Szondi désigne parfois du terme d'individu asocial commun, laissant entendre par là qu'il le considère comme un être médiocre, peu disponible pour une relation d'échange interpersonnelle féconde.

La vaste enquête de Soto Yarritu sur 2.800 Espagnols de Navarre a confirmé point par point le portrait-robot de l'Alltagsmensch de Szondi, sauf pour ce qui concerne le vecteur C. Les Hongrois y donnent préférentiellement la réaction du détachement et de l'inconstance ($d+m-$) ; les Navarrais fournissent par contre le plus souvent le profil de l'attachement fidèle ($d-m+$). On peut y voir un élément déterminant de la psychologie différentielle des deux peuples, les Navarrais apparaissant comme plus traditionnalistes que les Hongrois. De telles interprétations sont évidemment fort hasardeuses. Les statistiques officielles nous enseignent cependant que le suicide est quatre fois plus fréquent chez les Hongrois que chez les Espagnols et que le taux des divorces (1,9 %) est en Hongrie le plus élevé d'Europe, avec le Danemark. Ces corrélations ne sont peut-être pas fortuites.

Nous fermons cette parenthèse qui n'a de sens que pour autant qu'elle donne une assise statistique solide à la notion d'individu moyen, concept de référence capital pour nos considérations psychopathologiques.

Les résultats de Szondi et Yarritu sont confirmés par les recherches ultérieures de Beeli (Lucerne) qui donne un profil identique de l'Alltagsmensch. Beeli a d'autre part construit avec le concours de Szondi une échelle de 17 profils structuraux, au nombre desquels il distingue le profil psychosomatique (Psychosomatiek Existenzform) que nous reproduisons sur le tableau synoptique. Le profil psychosomatique se distingue assez nettement des structures voisines où le « somatique » entre en ligne de compte à des degrés divers, l'hystérie de conversion et l'hypocondrie notamment.

On remarquera que le psychosomatique de Beeli est un frère jumeau du coronarien de Van Massenhove et de l'artérioscléreux de Kohle.

Ce faisceau d'éléments convergents nous permet d'asseoir nos considérations théoriques sur une base ferme. On pourra contester notre interprétation, on ne peut pas nier l'authenticité des matériaux fournis par les enquêteurs.

La réaction *factorielle* $m+$ est constante et nettement affirmée (!) * chez le psychosomatique. Elle signifie l'accrochage étroit à la mère et la dépendance doublée de tendances captatives orales. Elle signe aussi une vulnérabilité certaine dans le sens d'une disposition dépressive latente.

La réaction $d-$ (conservatisme affectif, tendances rétentives anales) est également marquée. Le profil $d-m+$! rend compte des fixations pré-génitales de ces sujets. Ils entretiennent avec l'objet une relation presque fusionnelle (Dual-

* Chaque réaction est affectée des quatre signes + (positif), - (négatif), \pm (ambivalent) ou 0 (nul). Les points d'exclamation signifient que la réaction est accentuée. La réaction $s+!!$, par exemple, signifie que le choix des figures sympathiques a porté cinq fois sur les portraits d'assassins.

union). Ils craignent de perdre l'objet, ils s'y accrochent avec acharnement, ils ne montrent aucune velléité de chercher un substitut, mais ils ne peuvent jamais non plus posséder vraiment l'objet en raison des interdits puissants qui pèsent sur eux (k—!). La prégénitalité est d'autant plus accusée qu'ils donnent presque constamment la réaction p—, qui renvoie selon Szondi aux notions de projection et de participation, dans le sens où l'entendait Lévy-Bruhl. Le sujet vit avec l'objet dans un rapport ambigu caractérisé par une relative indistinction du moi et du non-moi, relation duelle archaïque marquée du sceau de la dépendance et de la persécution. La problématique du psychosomatique s'intégrerait dans une dialectique de type kleinien, dans la mesure où elle oscille constamment autour des positions dépressive-paranoïde. C'est dire qu'on se trouve ici très près du pôle psychotique.

Van Massenhove a montré que c'est au niveau du facteur p que s'opère la démarcation la plus tranchée entre le psychosomatique et le névrotique. Les névrosés donnent le plus souvent la réaction p+, caractéristique du désir d'individuation du moi et corrélative dans notre expérience d'une richesse fantasmatique certaine. Les individus qui donnent le profil k—p— sont au contraire généralement dépourvus de capacité imaginative.

La sexualité du psychosomatique apparaît de prime abord comme normale. La réaction h+s+ est en effet donnée par Szondi pour être celle de l'individu moyen (Native Sexualität). Toutefois l'exacerbation (!) pulsionnelle détermine un malaise lié à une profonde carence affective et sexuelle. La frustration (h+!) est d'autant plus forte qu'elle est niée par le moi (k—!) qui refoule autant qu'il peut. Par ailleurs, ces sujets n'ont guère de possibilité de sublimer. Ils donnent rarement la réaction h—, caractéristique de la sublimation.

La répression qu'ils pratiquent sans relâche conduit ces sujets à entretenir leur frustration initiale et à développer secondairement une agressivité importante (s+!). Cette agressivité reste tendue, incapable de trouver une issue à travers le comportement. Les voies qu'elle suivra peuvent être multiples et la clinique peut seule nous renseigner sur ce point. Souvent les tendances agressives sont partiellement converties, alimentant une hyperactivité professionnelle compulsive ; ou bien elles seront retournées contre le corps propre et se trouveront à l'origine d'un trouble somatique fonctionnel ou lésionnel. Il est important de noter que ces sujets n'ont pas généralement de comportement auto-agressif manifeste susceptible de se traduire par des conduites suicidaires par exemple. On ne peut pas parler d'auto-agression psychosomatique *sensu stricto*. Le désordre organique apparaît plutôt comme l'aboutissement d'une sorte d'intoxication par les charges agressives accumulées.

Le profil sexuel h+!s+! dominé par le couple frustration-agressivité, combiné avec le profil de la relation duelle (d—m+!) confirme et renforce notre impression première d'une structure foncièrement prégénitale. Kohle dit de ses artéritiques qu'ils se définissent nosologiquement comme des obsessionnels dépressifs, dans la mesure où ils développent souvent des formations réactionnelles d'allure obsessionnelle contre une disposition primaire très forte à la passivité orale. Son enquête clinique a notamment montré que 80 % de ces patients avaient développé leur premier accident aigu dans l'année qui avait suivi la perte d'un être cher.

Considérons maintenant les facteurs centraux (e, hy, k, p). Dans le facteur e, c'est l'abondance des réactions symptomatiques qui attire l'attention. Partout ailleurs, en effet, la tension (!) règne. Le corset psychosomatique n'a pas de souplesse. Les points d'exclamation sont autant de verrous qui empêchent la satisfaction de toutes les pulsions. Il n'y a de brèche qu'au niveau du point e. Cela signifie que les tensions pulsionnelles ont tendance à se décharger à cet endroit, autrement dit, que le psychosomatique recourt préférentiellement à la soupape « épileptique ». La notion d'équivalent épileptique est abusive. Aussi préfère-t-on l'épithète « paroxysmal », qui prête à moins de confusion. Ces sujets ont un besoin d'« éclater » supérieur à la norme. La résolution de tensions pulsionnelles anormalement fortes risque de se produire chez eux de manière violente, abrupte et, en l'occurrence, quasi nécessairement par le biais de la décharge somatique. A proprement parler, ils « éclatent » dans leur corps. Ce n'est peut-être pas seulement une métaphore. Encore une fois, seule la clinique permet de préciser le lieu où « ça » éclate.

L'accentuation très nette de la réaction hy—(!) laisse précisément deviner que le sujet n'a que des facultés réduites de manifester ouvertement ses affects. La crainte d'être mal jugé, puni et rejeté l'en empêche. L'artérioscléreux n'est pas démonstratif ; il n'exprime pas ses conflits ; il n'utilise ni la parole ni le geste pour se satisfaire et se libérer ; ses conflits de tendances sont internalisés et « somatisés ».

Le refoulement et la négation (k—!) peuvent atteindre une telle intensité qu'aucun indice conflictuel n'émerge plus dans la conscience.

Le *profil du moi* (k—p—) est typiquement celui de l'Alltagmensch : il refoule et il projette. La radicalisation de la négation (k—!) confère cependant à ce profil une spécificité certaine.

La projection (p—!), tantôt modérée, tantôt excessive, complète ce système de défense essentiellement négatif.

Si nous comparons les profils globaux du psychosomatique et de l'Alltagmensch, nous pouvons constater qu'il n'existe entre eux que des différences quantitatives. Il n'y a pas d'altérité structurelle. C'est un fait important. Il est en accord avec le sens commun qui constate que tout individu moyen est un psychosomatique en puissance. Mais il faut bien considérer que cet homme dit normal ne l'est qu'au plan statistique. Son profil psychologique apparaît au test de Szondi comme le produit d'une organisation répressive (le Drill-Ich de Szondi) plus stérilisante que féconde. A partir de là s'édifie une anthropologie szondienne dont les postulats ne sont pas éloignés de l'affirmation célèbre de l'antipsychiatre anglais Ronald Laing : « Notre état normal n'est qu'un effrayant état d'aliénation ! »

Revenons à la question de la spécificité. A notre avis, on trouve dans la parenté structurelle des profils psychosomatique et moyen l'explication du fait qu'il est souvent impossible de différencier par la méthode des tests les malades psychosomatiques des sujets contrôles. Si le test de Szondi repère des différences essentielles, c'est à notre avis parce qu'il permet non seulement de dégager une structure, mais surtout de quantifier ses déterminants. Le facteur quantitatif est ici capital. Savoir qu'un sujet se défend par la négation ne nous avance pas tellement. Le plus important réside dans l'évaluation de l'intensité du processus.

Nous arrivons donc à la conclusion qu'il existe bien un profil psychosoma-

tique général, d'une relative spécificité par rapport à d'autres (hystérique, « normal », etc.). D'autre part, l'analyse plus fine nous permet de différencier une grande variété de sous-groupes. Nous avons cité plus haut la composante paranoïde découverte par Petz et Kilian chez les tuberculeux, et l'accentuation des tendances à l'agression brutale chez les polyarthritiques (Wegmann). Van Massenhove a montré qu'il existait un gradient assez net pour les traits obsessionnels, quand on passe du psychosomatique général au coronarien et de l'angineux à la victime d'infarctus *. Il utilise à cet effet un « index d'obsessionnalité » donné par le rapport exprimé en pourcentage des réactions k_{\pm} sur le total des réactions \pm . Il obtient les chiffres suivants :

Psychosomatiques	20,7 %
Angor hommes	16 %
Angor femmes	21 %
Infarctus	35 %

Kohle a de même comparé à l'intérieur de son échantillon d'artérioscléreux les coronariens aux non-coronariens. Il a également noté que les coronariens avaient une structure du moi plus obsessionnelle. Nous avons nous-mêmes calculé sur la base des chiffres fournis par cet auteur l'index d'obsessionnalité de ses sujets. Les coronariens ont un index presque deux fois plus élevé que les non-coronariens. Les deux auteurs obtiennent donc des résultats analogues. Ceci confirme l'opinion que les coronariens se singularisent par une accentuation des tendances obsessionnelles (Dongier).

Pour notre part, nous avons entrepris une recherche basée sur la démarche inverse : sur un total de 800 tests, nous avons isolé les 40 profils qui correspondaient le mieux au profil psychosomatique de Beeli et nous avons cherché à savoir quels tableaux cliniques présentaient ces sujets. Tous ont été testés au cours de leur séjour à la Clinique médico-psychologique de l'Université de Liège. Il s'agit donc de sujets hospitalisés *a priori* pour des motifs psychiatriques.

Les dossiers ont été soumis à l'examen d'un psychiatre étranger à nos préoccupations théoriques qui les a codés en fonction d'un certain nombre de critères propres. Un contrôle a été exercé par le psychiatre responsable de la clinique, ce qui a permis de lever quelques ambiguïtés **. Ce travail fait l'objet d'une publication à venir ; aussi ne donnons-nous ici que des résultats très fragmentaires.

Sur les 40 sujets, 23 (57,5 %) se sont révélés porteurs d'une affection psychosomatique caractérisée, actuelle ou ancienne. Si on ajoute les patients souffrant de troubles somatiques fonctionnels divers, il ne reste que 5 sujets (12,5 %) totalement indemnes de troubles somatiques. Or, ces 5 sujets sont tous sans exception des psychotiques ou des parapsychotiques.

Sur l'ensemble du groupe, il y a 11 psychotiques : 4 paranoïaques, 2 schizophrènes, 1 maniaco-dépressif et 4 parapsychotiques ou prépsychotiques. Les 4 paranoïaques sont chacun porteurs d'une affection psychosomatique et, dans 2 cas, le balancement délire-

* Ce fait est en accord avec les résultats des études prospectives d'Ostfeld et Lebovits, de même qu'avec les données obtenues au Rorschach (Defourny).

** Nous exprimons notre gratitude au Dr Albert Demaret pour sa collaboration très précieuse.

maladie psychosomatique a été relevé. Le caractère paranoïaque franc est rencontré dans 21 cas (52,5 %).

Les traits de caractère oraux (passivité, dépendance, revendication affective...) apparaissent dominants dans 24 cas (60 %). Un tableau dépressif franc est apparent chez 24 sujets (60 %). Si on isole les sujets qui ne présentent ni composante orale-dépressive ni traits de caractère paranoïaque, on ne retient que 6 cas, et parmi eux 4 hystériques et les 2 schizophrènes. Le diagnostic de névrose hystérique est porté 6 fois (15 %).

Il n'y a pas d'obsessionnel vrai dans le groupe. La présence de formations réactionnelles de type obsessionnel (travail compulsif essentiellement) est relevée 9 fois (22,5 %). La présence de conduites suicidaires a été notée 6 fois, chez 3 hystériques et 3 psychotiques.

La variable de l'âge est particulièrement instructive à considérer. Chez les individus âgés de moins de 30 ans, on découvre, sur un total de 6 sujets, 4 psychotiques et 2 hystériques de conversion considérées comme graves. Ce sont les deux seuls cas d'hystérie de conversion de notre échantillon.

Nous avons demandé à nos collaborateurs de juger de l'importance de la négation en distinguant deux catégories : la négation au premier degré, où le sujet admet la réalité d'une problématique psychologique mais s'efforce de la contourner, et la négation au second degré, où toute implication de facteurs psychologiques est rigoureusement exclue. La négation est apparue dans tous les cas : au premier degré dans 5 cas, au second degré dans les 35 autres.

Nous pensons que ce type de recherche, rarement entreprise, est fort utile pour la validation de nos hypothèses. Les résultats obtenus nous paraissent encourageants. Le profil psychosomatique au test de Szondi existe bel et bien ; sa spécificité est relative mais réelle. Ce profil recouvre une structure nettement prégénitale où les composantes dépressives orales et projectives paranoïaques sont manifestes. Elles apparaissent à l'évidence lorsque ces sujets décompensent et sont amenés malgré eux à rencontrer le psychiatre. Leur négation de la réalité psychologique est massive, totale et difficilement ébranlable. Comme tel, le psychosomatique apparaît plus proche du pôle psychotique que du pôle névrotique. Il est intéressant de noter que les jeunes qui présentent le profil psychosomatique au test de Szondi sont presque tous psychotiques. Comme le sont les sujets qui donnent ces réactions au test sans présenter de troubles somatiques.

Nous ne prétendons pas pour autant qu'il n'existe pas des formes de passage entre le névrotique et le psychosomatique, mais elles nous paraissent constituer l'exception, au plan statistique.

Par ailleurs, nous ne cachons pas que notre lot de patients est composé d'une majorité de cas graves, correspondant à des profils szondiens parfois caricaturaux (c'est la raison pour laquelle nous les avons choisis !). Cet élément tempère évidemment la sévérité de nos conclusions. L'optique structurale entraîne inévitablement un certain radicalisme qu'il faut savoir apprécier *cum grano salis*.

Enfin, il est important de souligner que les psychosomatiques ne se suicident pas, pour autant qu'ils ne soient ni hystériques ni franchement psychotiques. Fantasmer est dangereux. Ce serait la réponse finaliste à la question : « Pourquoi somatise-t-on ? »

Jean MELON,

153, boulevard de la Constitution, B 4000 Liège.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER F. — *La Médecine psychosomatique*, Payot, Paris, 1967.
- ALEXANDER F., FRENCH T.M., POLLACK G.H. — *Psychosomatic Specificity*, vol. 1, The University Chicago Press, 1968.
- BEELI A. — *Existenzdiagnostische Hilfstabellen*, Manuskript, 1961.
- BERGERET J. — Les états limites. *Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie*, 37395 A 10, 1970.
- BRISSET Ch. — Hystérie et psychosomatique. *Evol. Psychiat.*, 1970, 35, 374-404.
- DEFOURNY M. — Approche des phénomènes psychiques dans la maladie coronarienne. *Mémoire de Licence en Psychologie*, Université de Liège, 1970.
- DONGIER M. — Spécificité et non-spécificité en psychosomatique cardiovasculaire. *Méd. et Hygiène*, 1967, 25, 156-157.
- DONGIER M. — L'approche psychosomatique en cardiologie : art, science ou pseudo-science ? *Cœur et Méd. Int.*, 1968, 7, 229-235.
- FRANKIGNOUL M., DONGIER M. — Personnalité du coronarien et psychodynamique. *Revue de la littérature*. A paraître in *Psychologie Médicale*, 1971.
- FRANKIGNOUL M., MELON J. — Quelques problèmes méthodologiques en recherche psychosomatique. *Feuilles Psychiatriques de Liège*, 1971, 4, 5-39.
- KILIAN H. — Triebstruktur und Tuberkulose. *Med. Diss. München*, 1953 (cité par Köhle).
- KÖHLE K. — Psychosomatische Untersuchungen an Patienten mit Gliedmassenarterienverschlüssen. *Med. Diss. München*, 1969.
- KONINCKX N. — La composante paranoïaque, facteur psychosomatique dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 1966, 8, 395-406.
- LEBOVITS B.Z., OSTFELD *et al.* — Prospective and retrospective psychological studies of coronary heart disease. *Psychosom. Med.*, 1967, 29, 265-272.
- MARTY P., M'UZAN (DE) M., DAVID C. — *L'Investigation psychosomatique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963.
- MILLER N.E. — Learning of visceral and glandular responses. *Science*, 1969, 163, 434-445.
- PETZ G. — Triebstrukturanalyse bei Lungenkranken. *Szondiana*, 1953, 1, 134-155.
- SOTO YARRITU F. — Validierung des Szonditestes durch eine Gruppenuntersuchung von 2352 Fallen. *Szondiana*, 1955, 2, 65.
- STUDER-SALZMANN U. — Schicksalspsychologie und Glaukom. *Szondiana*, 1955, 2, 129.
- SZONDI L. — *Lehrbuch des experimentellen Triebdiagnostik*, Huber, Bern, 1960.
- VALABREGA J.-P. — Problèmes de théorie psychosomatique. *Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie*, 37400 C 10, 1966.
- VAN MASSENHOVE J. — Contribution à l'application de la théorie et du test de Szondi en médecine psychosomatique. *Thèse Louvain*, 1969.
- WEGMANN Th. — Psychische Faktoren bei primär chronischer Polyarthritits rheumatica im Lichte einer triebexperimentellen Reihenuntersuchung mit dem Szonditest. *Med. Diss. München*, 1963 (cité par Köhle).