

Intérêt du test de Rorschach dans un essai de validation des potentiels cérébraux en clinique psychiatrique

Meyer Timsit, P. Reul, M. Timsit-Berthier

Résumé

De larges études statistiques ayant montré l'existence d'une étroite corrélation entre la gravité des troubles psychopathologiques et la prolongation de la Variation Contingente Négative (les VCN « prolongées » étant retrouvées chez la quasi totalité des sujets psychotiques en évolution), les auteurs se proposent de mieux cerner à l'aide du test de Rorschach la structure psychopathologique de sujets névrosés chez lesquels de telles courbes de « VCN prolongées » sont également observées.

À cet effet, ils comparent les protocoles Rorschach de 18 de ces sujets avec ceux de 20 sujets névrosés à VCN normale d'une part, et ceux de 23 sujets psychotiques à VCN prolongée d'autre part. Ces protocoles se distinguent de façon significative de ceux des schizophrènes au niveau de la liste des signes de syndrome schizophrénique, de telle sorte que l'on peut dire d'eux, qu'ils n'apparaissent pas, au Rorschach, comme des psychotiques latents. En revanche ces même protocoles se distinguent de ceux des sujets névrosés à VCN normale au niveau de la liste des signes du syndrome général non spécifique de morbidité mentale. Les auteurs en concluent que chez les sujets névrosés, il existe une relation significative entre la prolongation de la VCN et l'intensité des manifestations anxieuses, telles en tous cas qu'elles peuvent apparaître au test de Rorschach.

Citer ce document / Cite this document :

Timsit Meyer, Reul P., Timsit-Berthier M. Intérêt du test de Rorschach dans un essai de validation des potentiels cérébraux en clinique psychiatrique. In: Bulletin de la Société française du Rorschach et des méthodes projectives, n°28, 1974. Le Rorschach en psychologie clinique. pp. 69-81;

doi : <https://doi.org/10.3406/clini.1974.1354>

https://www.persee.fr/doc/clini_0373-6261_1974_num_28_1_1354

Fichier pdf généré le 17/05/2018

INTERET DU TEST DE RORSCHACH DANS UN ESSAI DE VALIDATION DES POTENTIELS LENTS CEREBRAUX EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

par M. TIMSIT, P. REUL, ET M. TIMSIT-BERTHIER ¹

Depuis la découverte de la Variation Contingente Négative (VCN) en 1964, par Grey Walter, l'étude des potentiels lents cérébraux a fait l'objet d'un nombre considérable de travaux. En clinique psychiatrique notamment, elle a suscité un vif intérêt, et l'un de nous a pu montrer tout le parti que l'on pouvait tirer dans le diagnostic de la schizophrénie incipiens.

Potentiel lent cérébral recueilli grâce à certains artifices techniques (emploi d'une longue constante de temps et recours à des méthodes de sommation) la VCN est un phénomène de polarité négative qui se développe au niveau des régions antérieures du scalp lorsqu'une liaison temporelle fixe apparaît entre deux stimulations surtout lorsque la seconde implique une réponse motrice. Dans nos protocoles expérimentaux, le stimulus annociateur (S₁) est constitué par un son, le stimulus impératif (S₂) par une stimulation lumineuse intermittente que le sujet doit éteindre.

La VCN est la déflexion négative qui se développe dans l'intervalle de 1,5 seconde qui sépare S₁ de S₂. C'est un phénomène complexe et « contingent » qui varie en fonction de multiples facteurs.

Alors que l'intérêt s'était surtout porté sur sa morphologie et son amplitude, les recherches conduites pendant plusieurs années dans notre laboratoire ont montré que dans le domaine de la pathologie mentale c'était surtout à l'étude de son mode de terminaison et à sa durée qu'il convenait de s'attacher.

En effet, le profil particulier de « VCN prolongée » — type III et IV (figure 1) — caractérisé par un retard de plusieurs secondes dans le retour de la déflexion négative à la ligne de base est en corrélation positive avec la gravité des troubles psychopathologiques. Ces anomalies sont suffisamment constantes pour acquérir une valeur diagnostique d'utilité pratique pour le clinicien, puisque, dans une étude qui porte à présent sur près de 500 cas, elles ne s'observent que chez 10 % des sujets de contrôle, 35 % des sujets névrosés et 95 % des psychotiques en évolution (tandis que l'on peut être assuré que le traitement médicamenteux ne joue aucun rôle important dans leur apparition).

(1) Département de Psychologie Médicale et de Médecine Psychosomatique et Institut de Psychologie, Université de Liège.

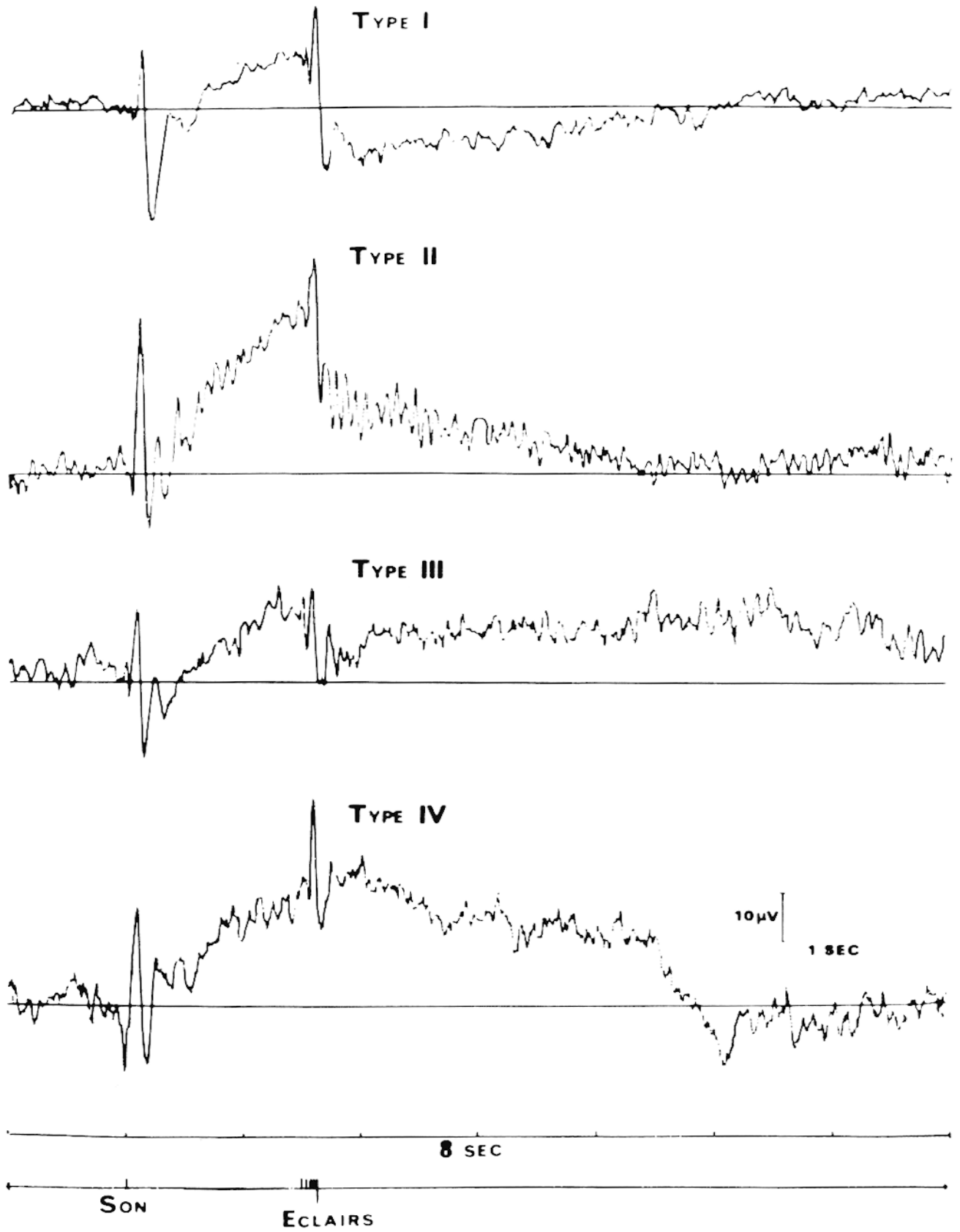


Fig. 1

Type I — VCN de durée normale. Le retour à la ligne de base se fait immédiatement après le stimulus impératif (aspect retrouvé le plus souvent chez les sujets de contrôle et les névrosés).

Type II — VCN de durée prolongée. Le retour à la ligne de base s'amorce dès la stimulation impérative (aspect retrouvé avec la même fréquence chez les sujets de contrôle, les névrosés et les psychotiques).

Type III — VCN de durée prolongée et présentant un aspect « en plateau » (surtout retrouvée chez les psychotiques).

Type IV — VCN de durée prolongée et présentant un aspect « en dôme » (surtout retrouvée chez les psychotiques).

En fait la question s'est posée de savoir pourquoi *un lot relativement important de sujets névrosés présentaient des VCN de ce type (VCN prolongée)*. Ces résultats ne se révélaient-ils pas, en apparence, contradictoires puisqu'aussi bien de telles anomalies semblaient être l'apanage des sujets psychotiques et plus précisément des schizophrènes en évolution ? Le recours à une approche clinique plus poussée n'a pu permettre de résoudre cette contradiction, et aucun critère ne nous a paru discriminatif.

Aussi l'objet de notre recherche a-t-il été de tenter de mieux cerner la structure de ces sujets névrosés à VCN prolongée, qui posaient problème, en la comparant à celle des névrosés dont la VCN avait une durée normale d'une part, et à celle des schizophrènes (à VCN prolongée) d'autre part, en ayant recours au *test de Rorschach*.

Puisqu'il s'agissait de chercher à mettre en évidence chez ces patients, cliniquement névrosés, une éventuelle *structure psychotique latente*, nous avons pensé que ce test était tout à fait approprié.

L'on sait en effet que Bleuler a décrit, de façon indubitable de schizophrénies latentes qui ne deviennent jamais manifestes, et dont on doit à Louise Zucker une remarquable étude de leurs protocoles Rorschach. L'avantage de ce test, dans ces cas difficiles, est de permettre le dégagement d'une structure morbide. Rorschach lui-même, avait précisé « qu'un certain nombre de psychoses manifestes donnent un résultat plus voisin du résultat normal que ne l'est celui de cette schizophrénie latente », et il avait remarqué que ces sujets fournissaient un protocole franchement psychotique alors que l'observation clinique ne permettait pas de poser un diagnostic de psychose.

I. DONNEES METHODOLOGIQUES

Notre étude a porté sur 61 sujets, ayant tous subi un enregistrement à l'Enhancétron. Ils se répartissent ainsi :

— Groupe I. (20 sujets) composé de patients souffrant de troubles névrotiques et dont la VCN a une durée dans les limites de la normale ;

— Groupe II. (18 sujets) comprenant des patients souffrant de troubles névrotiques mais dont la VCN a une durée prolongée ;

— Groupe III. (23 sujets), comprenant des patients psychotiques chez lesquels la VCN a une durée prolongée.

Comme on peut en juger à la lecture du tableau I, les sujets névrosés des groupes I et II ne pouvaient être distingués les uns des autres en fonction des formes cliniques de leur névrose puisqu'on retrouvait dans l'un et l'autre groupe, un nombre à peu près

équivalent de dépressions réactionnelles, de névroses hystériques, de névroses d'angoisse et de névroses obsessionnelles.

Si tous les protocoles Rorschach n'ont pu être recueillis le jour même où s'effectuait l'enregistrement électroencéphalographique, l'intervalle de temps qui a séparé ces deux

Tableau I

	GRUPE I (n:20)	GRUPE II (n:18)
	VCN NORMALE	VCN PROLONGEE
DEPRESSION REACTIONNELLE	9	9
NEVROSE HYSTERIQUE	5	5
NEVROSE D'ANGOISSE	4	2
NEVROSE OBSESSION- NELLE	2	2

opérations a néanmoins été bref, n'excédant pas une semaine. Compte tenu de la nature des troubles psychopathologiques des sujets examinés, mais aussi de la constance relative des résultats obtenus à l'aide de ces deux techniques (constance qu'il est désormais classique de décrire en ce qui concerne le test de Rorschach, mais que nous avons pu largement établir également pour les potentiels lents cérébraux), ce léger décalage entre ces deux opérations ne nous a pas semblé représenter un obstacle d'ordre méthodologique. Les difficultés ont surgi en revanche quand il s'est agi de choisir *les instruments de « mesure »* qui auraient rendu possible la comparaison des différents protocoles Rorschach et leur traitement statistique.

S'il s'était agi de groupes de patients atteints d'un psycho-syndrome organique, l'entreprise eût été relativement aisée, puisqu'aussi bien, nous disposons de listes dûment validées (listes de Piotrowski, de Hugues) où nous étions essentiellement confrontés, dans notre recherche, avec le problème du *Rorschach des schizophrènes*. Il est classique de dire que l'on peut difficilement diagnostiquer une schizophrénie en se référant au *seul psychogramme formel*.

Bohm y insiste en citant Tschudin : « s'il y a une occasion où seule la prise en considération du protocole comme un tout peut amener au but, c'est bien ici dans la schizophrénie ». Il ne s'agit évidemment pas de négliger les valeurs formelles, mais l'on sait que l'on doit avant tout se pénétrer de l'idée que le diagnostic Rorschach se fonde de préférence « sur d'autres facteurs du test qu'il est impossible de saisir pour l'instant, par la statistique ».

Cette réserve est d'ailleurs illustrée par les résultats d'une étude de Chambers et Hamlin sur le classement des cas pathologiques en cinq catégories d'avance par 20 praticiens du test de Rorschach. Si les résultats diffèrent nettement de ceux que l'on aurait

pu obtenir au hasard, ce qui démontre l'intérêt du test de Rorschach en psychopathologie, il reste que les plus faibles sont ceux qui sont donnés pour les schizophrènes.

Nous aurions pu procéder en demandant à l'un de nous, praticien du Rorschach, de classer « à l'aveugle » chacun des protocoles sur la base des critères habituellement utilisés pour discriminer les névrosés de la schizophrénie. Cette démarche nous était cependant interdite dans la mesure où la plupart d'entre eux avaient fait l'objet de discussions au sein de séminaires. Nous nous sommes donc référés à certaines des grilles qui ont été proposées dans l'étude du Rorschach des Schizophrènes, et qui se prêtent, du moins théoriquement, le mieux aux études de validité : nous avons choisi la formule alpha de Piotrowski et Lewis (1950) et les listes que Palem a récemment proposées dans son remarquable ouvrage sur « Le Rorschach des Schizophrènes » (1969) ! « Le syndrome restreint de la schizophrénie au Rorschach » et « le syndrome général non spécifique de morbidité mentale ».

La *formule alpha de Piotrowski et Lewis* est trop connue des praticiens du Rorschach pour que nous la rappellions dans le cadre de cette brève communication. Il nous faut cependant préciser que les conditions de son application sont telles qu'elles en limitent l'emploi.

Nous n'avons pu l'utiliser que dans 3 cas sur 20 pour le Groupe I., 5 cas sur 18 pour le Groupe II., et 5 cas sur 23 pour le Groupe III., ce qui évidemment rend les conclusions aléatoires.

Nous avons repris les 13 signes du *syndrome restreint de la schizophrénie au Rorschach* retenus par Palem : un $F + \% < 70.$, refus ou des équivalents à la planche V, la présence de C pures, la présence de nominations de couleurs, l'absence de K, une extratensivité du type vécu, une confabulation et des phénomènes apparentés (D et G. etc.), un choc à la planche VII, un choc à la planche IX, des contenus à type de spaltung, maladie ou mort, la présence d'abstractions, des références personnelles à la planche IX et la persévération. Palem trouve une moyenne de 5,44 de ces signes chez ses 70 schizophrènes contre 3,35 chez ses 70 déviants non schizophrènes et cette différence, significative à .001 au test du t de Student, lui paraît marquer la très bonne valeur diagnostique de ce syndrome. Il précise que « le meilleur rendement de criblage est obtenu en plaçant le seuil entre 4 et 5 signes. Ce seuil retient environ 70 % des schizophrènes mais entraîne quand même avec lui 30 à 40 % des anormaux mentaux non schizophrènes ».

Nous avons également recherché dans nos protocoles les signes du *syndrome schizophrénique du Rorschach* d'où ces 13 signes sont extraits.

Le *syndrome général non spécifique de morbidité mentale* de Palem est « un ensemble de facteurs Rorschach qui, apparaissant chez les schizophrènes ne permettent cependant pas de les distinguer de façon significative des malades mentaux non schizophrènes mais distinguent ces catégories, ou l'une d'entre elles, des normaux » Palem lui-même souligne que certains de ces signes sont trop inconstants, ambigus, mal définis ou trop rares, donc difficiles à soumettre aux épreuves statistiques.

Nous avons retenu : refus en général, une réduction de la productivité (moins de 15 réponses), un temps de réaction inférieur à 10 secondes, une augmentation du G % (au dessus de 30 %), la présence de G syncrétiques, la diminution du D %, l'augmentation du Dd % et la présence de Dd bizarres, le relâchement ou l'incohérence de la succession, une augmentation du Dbl, des réponses fusion-figure arrière-plan, une diminution puis une disparition des K, une augmentation des kinesthésies animales et d'objets, une augmentation des réponses couleur (les sujets normaux ne dépassant pas

la valeur 4,5 pour la somme des valeurs couleur pondérée), un choc couleur, une chute aux planches colorées, une augmentation des réponses Clob et estompage (au-dessus de 3,5), l'apparition des contenus anatomiques, l'augmentation des contenus ostéologiques, l'augmentation des réponses sexuelles, l'apparition de la spaltung dans le langage, une diminution des banalités (le pourcentage normal variant de 18 à 25 % pour un rendement moyen).

Pour évaluer les différences entre les moyennes et les pourcentages obtenus dans chacun des groupes, c'est au t de Student et au U de Mann Withney (épreuve non paramétrique) que nous nous sommes adressés.

II. RESULTATS

L'étude du psychogramme formel au niveau des deux groupes de sujets névrosés (Groupes I et II) ne fait apparaître aucune différence significative au niveau du type d'appréhension, du type de résonance intime, du nombre des K et des signes classiques d'adaptation (F + %, A %, banalités). En effet, on note une prédominance du type G dans les deux groupes, et si les réponses « couleur » sont plus nombreuses dans le premier groupe (6 sujets du second n'en donnent pas contre 3 du premier), cette différence n'est pas significative. Dans le premier groupe, 8 sujets donnent 2 K ou davantage, 5 sujets donnent 1 K, et 7 n'en donnent aucune.

Tableau II

	GROUPE I (n:20) VCN NORMALE			GROUPE II (n:18) VCN PROLONGEE			SIGNIFICATIVITE	
	Me	My	S	Me	My	S	U Mann Withney	t Student
F+ %	78	80,2	10,21	75	73,95	8,95	ns à .05	1,827 ns à .05
A %	51,5	54,5	10,50	49	44,33	13,42	ns à .05	2,491 s à .02

Comme on peut en juger à la lecture du tableau II, le taux moyen des F + % est légèrement plus élevé dans le premier groupe que dans le second, mais cette différence n'est pas significative, et si le pourcentage moyen de réponses animales est également plus élevé dans le premier groupe, cette différence, appréciée au test U de Mann-Withney, n'est pas davantage significative. Quant aux réponses banales, 90 % des sujets du premier groupe et 83 % de ceux du second groupe donnent celle de la planche VIII, 90 % du premier groupe et 78 % du second donnent celle de la planche V, 60 % du premier groupe et 66 % du second donnent celle de la planche III.

La seule différence significative que l'on soit tenté de retenir, concerne la *productivité* : les protocoles des sujets du second groupe sont en effet marqués par un très net

appauvrissement de leur production puisque 12 d'entre eux (sur 18) donnent moins de 15 réponses contre 3 seulement (sur 20) de l'autre groupe (figure 2). Si l'on se réfère au nombre moyen de réponses l'on obtient dans le groupe I une moyenne de 26,7 (médian = 20 ; Sd = 15,79) et dans le groupe II une moyenne de 14,77 (médian = 14 :

Tableau III

	GROUPE I (n:20)			GROUPE II (n:18)			SIGNIFICATIVITE	
	Me	My	S	Me	My	S	U	t
R	20	26,7	15,79	14	14,77	5,9	71,5 .01	2,94 .01
R ≤ 15 (n de protoc.)	3			11			> .01	

Sd = 5,9). La différence est significative à .01 (tableau III). Nous aurons l'occasion de revenir un peu plus loin, sur l'intérêt que représente un tel résultat, et sur la signification qu'il nous paraît revêtir.

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, la *formule alpha de Piotrowski et Lewis* pouvait représenter un excellent indice de discrimination en raison de sa grande sensibilité. Malheureusement elle n'a pu être appliquée qu'à 13 de nos sujets, 8 névrosés et 5 psychotiques, ce qui exclut toute possibilité de traitement statistique. Néanmoins, il est remarquable que le score alpha soit égal ou supérieur à 3 chez

Tableau IV

LISTES DE PALEM	GROUPE II (n:18)		GROUPE III (n:23)		SIGNIFICATIVITE	
	NEVR VCN PROL	PSYCH VCN PROL	My	S	Median	t
SYNDROME RESTREINT	3,38	1,15	5,26	1,39	s a .01	4,6 s a .001
SYNDROME SCHIZOPHRENIQUE	3,77	1,22	6,43	2,53	s a .02	4 s a .001
SYNDROME GEN.NON SPECIF. DE MORBID.MENT.	10,44	1,46	13,13	3,33	s a .02	3,12 s > .01

les 5 psychotiques (ce qui était attendu), mais aussi chez 5 névrosés qui, eux, appartiennent tous au second groupe, avec VCN prolongée. Des études portant sur un bien plus grand nombre de cas, pourront seules montrer si cette relation entre la prolongation de la VCN et l'augmentation du score alpha est réellement significative.

L'emploi des *Listes de Palem* s'est révélé en revanche bien moins restrictif et, même si l'on admet que leur sensibilité est moins grande que celle de la formule alpha de Piotrowski et Lewis, l'on ne peut qu'être frappé de voir comme elles permettent de distinguer d'une part les névrosés des psychotiques, et d'autre part les deux groupes de névrosés entre eux. En effet :

— A) Si l'on compare les névrosés du groupe II aux psychotiques (Groupe III) l'on constate qu'il existe, pour le syndrome schizophrénique comme pour le syndrome restreint une différence significative à .001 (tableau IV) : la moyenne des signes du syndrome schizophrénique rencontrés dans le groupe III est de $6,43 \pm 2,53$ contre $3,77 \pm 1,22$ dans le groupe II, tandis que celle des signes du syndrome restreint est de $5,26 \pm 1,39$ pour le groupe III contre $3,38 \pm 1,15$ pour le groupe II. Il est intéressant à cet égard, de souligner que Palem trouve pour sa part chez ses 70 schizophrènes une moyenne de 5,44 au niveau du syndrome restreint de la schizophrénie contre 3,35 chez ses déviants non schizophrènes (différence significative à .001).

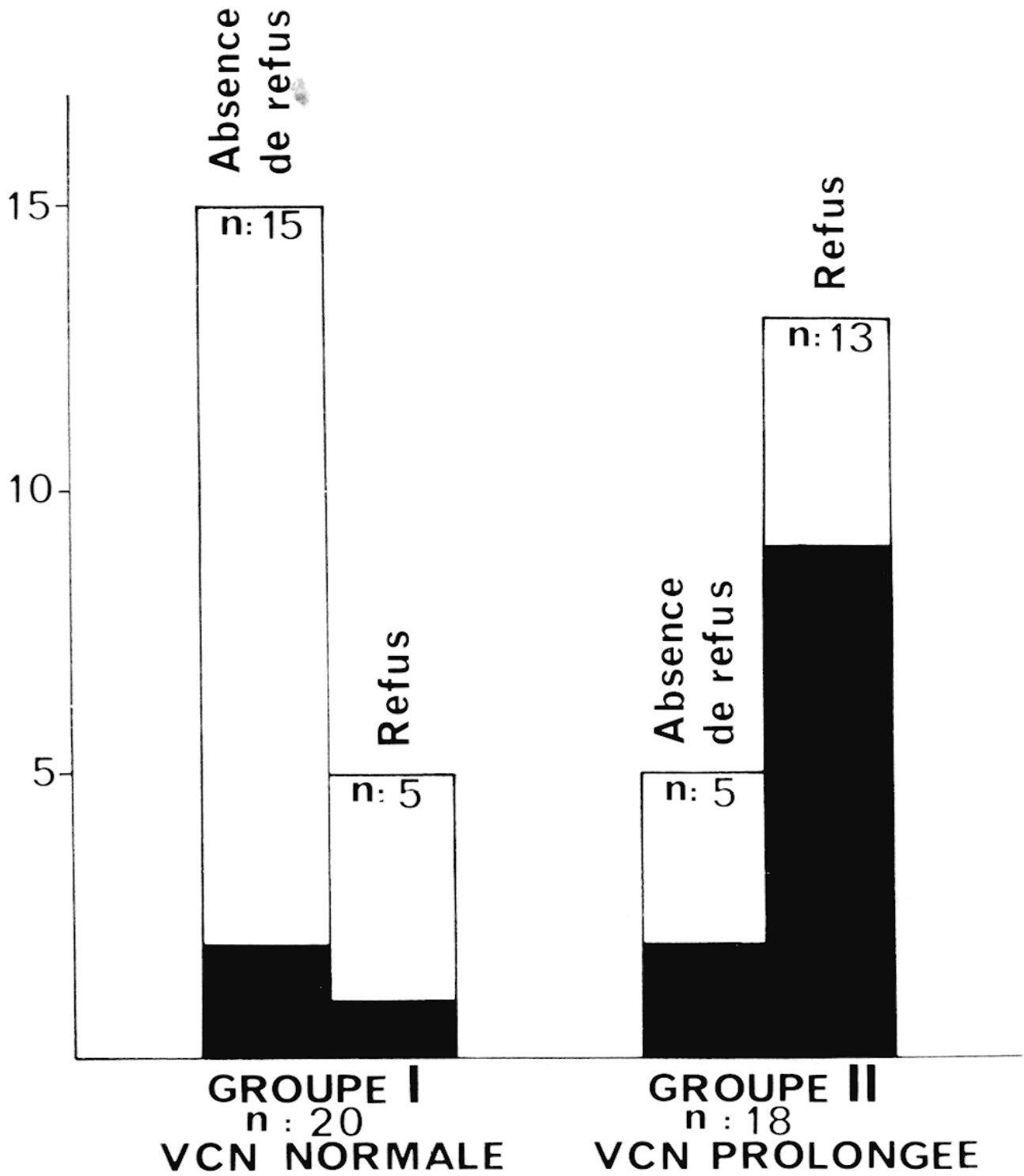
Il convient également de remarquer au passage que ces deux groupes se distinguent aussi au niveau du syndrome général non spécifique de morbidité mentale, la moyenne des signes relevés dans le Groupe III étant, comme l'on devait s'y attendre, plus élevée que celle du Groupe II (médián significatif à .02, t significatif au-dessus de .01).

— B) Si l'on compare *les névrosés entre eux* (groupes I et II) l'on constate qu'à la différence de ce que l'on a relevé entre les groupes II et III, il n'y a *pas de différence significative* au niveau des signes du syndrome schizophrénique, puisque l'on obtient une moyenne de $3,77 \pm 1,22$ dans le groupe II contre une moyenne de $2,65 \pm 1,03$ dans le groupe I. En revanche, ces deux groupes se distinguent d'une manière franchement significative (.001) en ce qui concerne le syndrome général non spécifique de morbidité mentale : la moyenne des signes relevés dans le groupe II est en effet de $10,44 \pm 1,46$ contre $7,45 \pm 2,18$ dans le premier (tableau V).

Ainsi, peut-on dire, sur la base des listes de Palem que le groupe des névrosés à VCN prolongée possède une originalité certaine. Il ne saurait être confondu ni avec le groupe des sujets schizophrènes dont la VCN est également prolongée, puisqu'il en diffère d'une façon significative au niveau des signes du syndrome schizophrénique ; ni avec celui des sujets névrosés dont la VCN est normale puisqu'il s'en distingue, non au niveau du syndrome schizophrénique, mais au niveau du syndrome général non spécifique de morbidité mentale. Cet indice est, en effet, plus élevé, de façon significative, quand la VCN est prolongée.

Si l'on entreprend d'analyser plus en détails les signes Rorschach qui distinguent ces deux groupes de sujets névrosés, l'on se rend compte que l'augmentation du score au syndrome général non spécifique de morbidité mentale chez les patients du second groupe est essentiellement liée à trois ordres de manifestations : un appauvrissement de la production, une fréquence plus grande des protocoles comportant des refus, une perturbation plus nette aux planches colorées.

— La diminution significative de la production chez les sujets névrosés ayant une VCN prolongée (groupe II) a été mentionnée plus haut lors de l'étude du psychogramme formel (tableau III).



Histogramme de répartition des protocoles Rorschach en fonction des refus et de la productivité dans les groupes I et II (sujets névrosés). En noir, nombre de Rorschach présentant moins de 15 réponses.

Fig. 2

— Il convient également de remarquer que la distribution des protocoles Rorschach comportant au moins un refus n'est pas due au hasard : c'est dans le groupe II que ces protocoles sont les plus nombreux (13 sur 18 contre 5 sur 20 dans le groupe I) et cette différence est significative à .01 (Fig. 2).

Au vu de ces résultats concernant la productivité et la répartition des refus, l'on était en droit de se demander si ces deux indices n'étaient pas liés entre eux. De fait, si l'on ne relève aucune relation significative entre eux lorsqu'on étudie la répartition des protocoles Rorschach lorsqu'ils comportent ou non des refus, et un nombre de réponses inférieur ou égal à 15, il n'en est plus de même lorsqu'on se réfère au nombre moyen de réponses fournies dans chacun des groupes. Dans ce cas on obtient une différence significative à .001. Ainsi est-il remarquable que les protocoles Rorschach qui comportent au moins un refus et ont en même temps un nombre de réponses inférieur à 15, sont au nombre de 9 sur 18 (soit 50 % dans le groupe II), alors que l'on n'en compte qu'un seul sur 20 (5 %) dans le groupe I.

— Enfin, si le choc couleur est également relevé dans les deux groupes, il revêt cependant un caractère plus franc et plus massif dans le second : ce sont surtout les refus qui l'objectivent puisqu'on en compte 7 pour la planche IX et 3 pour les planches VIII et X.

Il n'est pas sans intérêt de relever encore, pour être complet, que cette propension à refuser au moins une planche du Rorschach et à fournir un nombre de réponses réduit concerne bien les sujets névrosés à VCN prolongée du groupe II. Chez les sujets psychotiques à VCN prolongée du groupe III en effet, l'on ne compte que 6 protocoles comportant au moins un refus, sur 23, et 8 protocoles avec un nombre de réponses inférieur ou égal à 15.

Tableau V

LISTES DE PALEM	GROUPE I (n:20) VCN NORMALE		GROUPE II (n:18) VCN PROLONGEE		SIGNIFICATIVITE	
	My	S	My	S	Médian	t
SYNDROME SCHIZOPHRENIQUE	2,65	1,03	3,77	1,22	n s	
SYNDROME GEN. NON SPECIF. DE MORBID. MENT.	7,45	2,18	10,44	1,46	s à .001	4,78 s à .001

III. DISCUSSION

Dans la mesure où les études antérieures portant sur un nombre de sujets relativement grand avaient révélé la particulière fréquence des anomalies du mode de terminaison et de la durée de la VCN chez les sujets psychotiques (VCN prolongée), l'on pouvait légitimement formuler l'hypothèse que l'existence de VCN de ce type chez des sujets né-

vrosés pourrait conduire à la découverte d'une psychose latente. On pouvait, en l'occurrence, s'attendre à en trouver les indices dans les protocoles Rorschach de ces sujets. Cette hypothèse se fondait sur la signification que ces larges études statistiques avaient, au départ attribuée à la prolongation de la Variation Contingente Négative (corrélation VCN prolongée-processus psychotique).

Dans notre recherche, l'étude comparée de la fréquence d'apparition des signes du syndrome schizophrénique de Palem chez des sujets répondant à ces critères (Groupe II) et chez les schizophrènes dont la VCN était prolongée (Groupe III) nous a montré qu'il n'en était rien : les sujets du Groupe III diffèrent de façon significative de ceux du Groupe II. Il nous est permis de conclure, dans les limites de cette étude, que *les névrosés à VCN prolongée n'apparaissent pas au Rorschach comme des psychotiques latents*.

En revanche, ils ne peuvent davantage être purement et simplement assimilés sur la base du test de Rorschach, aux névrosés dont la VCN a une durée normale et un mode de terminaison également normal puisqu'aussi bien, s'ils n'ont pas davantage de signes schizophréniques qu'eux, ils s'en distinguent d'une façon statistiquement significative, par une élévation de l'indice de morbidité non spécifique de Palem.

Cette élévation nous a paru être essentiellement due à l'appauvrissement de la productivité, à la présence de refus et à une réactivité plus accusée aux planches colorées. On peut se demander quelle est la valeur symptomatique de ces différents phénomènes Rorschach. Il est indubitable que si on les envisage séparément, cette valeur peut largement prêter à discussion.

Ainsi, la baisse de la production n'a-t-elle pas une signification univoque : Rorschach lui-même considère que « le nombre de réponses fournit relativement peu d'indications caractéristiques » ; depuis, l'on a tendance à y voir l'expression d'une modification de l'humeur (dépression) et d'une angoisse notable. Piotrowski, pour sa part en fait un des éléments constitutifs de son psychosyndrome organique.

Il est d'autre part classique, depuis Rorschach de considérer les refus comme ayant un sens différent selon qu'ils sont opposés aux planches difficiles (refus névrotique) ou aux planches faciles (ils plaideraient alors en faveur d'une psychose). Quant aux perturbations devant les planches colorées (choc couleur), elles procèdent très généralement d'un trouble névrotique, en rapport avec un processus de refoulement et des manifestations conflictuelles.

Lorsqu'ils sont rassemblés en une constellation, cependant, et c'est le cas des protocoles présentés par nos sujets, ces indices Rorschach traduisent très généralement un blocage et une inhibition qui sont en rapport avec une angoisse particulièrement prégnante et intense, et telle que les mécanismes de défense habituellement élaborés par les organisations névrotiques sont ici débordés.

Dans ces conditions, l'on peut être amené à conclure que *chez les sujets névrosés, il existe une relation significative entre la prolongation de la VCN et l'intensité des manifestations anxieuses, telles, en tous cas qu'elles ont pu apparaître au niveau des protocoles Rorschach*.

Quels enseignements peut-on tirer de ce double constat ? Il nous semble, en premier lieu, que l'équation hâtive à laquelle on aurait pu être tenté de se rallier à la suite des résultats encourageants des premières études statistiques (VCN prolongée = processus

psychotique) n'est pas recevable, du moins sous cette formulation qui la situe dans une perspective réductionniste.

En second lieu, nous pensons que l'étude des potentiels lents cérébraux, et particulièrement de la VCN fournissent des éléments de discrimination sensible chez les névrosés puisque leurs anomalies (prolongation de la VCN) sont manifestement liées à « une plus grande morbidité mentale non spécifique », et plus précisément à une angoisse plus intense, ce que le test de Rorschach met en évidence. Tenter d'aller au-delà de ces simples constatations et risquer par une extrapolation à partir de données cliniques et projectives à la nature des phénomènes bio-électriques nous paraît être une entreprise *téméraire*.

Les résultats de cette recherche nous confirment dans l'opinion que l'un de nous a déjà formulée en se référant à l'effort méthodologique principalement réalisé par l'école française (Lairy, Zazzo, Netchine) : « il s'agit de réfuter aussi bien l'attitude réductionniste que l'attitude paralléliste et d'affirmer l'autonomie mutuelle des deux champs de réalité, celui des faits psychologiques et celui des phénomènes physiologiques, avec pour conséquence l'impossibilité de les faire s'ajuster point par point tout en connaissant la multiplicité des passages. »

RESUME

De larges études statistiques ayant montré l'existence d'une étroite corrélation entre la gravité des troubles psychopathologiques et la prolongation de la Variation Contingente Négative (les VCN « prolongées » étant retrouvées chez la quasi totalité des sujets psychotiques en évolution), les auteurs se proposent de mieux cerner à l'aide du test de Rorschach la structure psychopathologique de sujets névrosés chez lesquels de telles courbes de « VCN prolongées » sont également observées.

A cet effet, ils comparent les protocoles Rorschach de 18 de ces sujets avec ceux de 20 sujets névrosés à VCN normale d'une part, et ceux de 23 sujets psychotiques à VCN prolongée d'autre part. Ces protocoles se distinguent de façon significative de ceux des schizophrènes au niveau de la liste des signes de syndrome schizophrénique, de telle sorte que l'on peut dire d'eux, qu'ils n'apparaissent pas, au Rorschach, comme des psychotiques latents. En revanche ces mêmes protocoles se distinguent de ceux des sujets névrosés à VCN normale au niveau de la liste des signes du syndrome général non spécifique de morbidité mentale. Les auteurs en concluent que chez les sujets névrosés, il existe une relation significative entre la prolongation de la VCN et l'intensité des manifestations anxieuses, telles en tous cas qu'elles peuvent apparaître au test de Rorschach.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D. — Les méthodes projectives. *P.U.F.* Paris, 1960. 286 p.
- BEIZMANN C. — Livret de cotation des formes dans le Rorschach. Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Paris, 1966. 251 p.
- BOHM E. — Traité du psychodiagnostic de Rorschach. *P.U.F.* Paris, 1955. 633 p.
- NETCHINE S. — L'activité électrique cérébrale chez l'enfant normal de 6 à 10 ans. *P.U.F.* Paris, 1969.
- PALEM R.M. — Le Rorschach des schizophrènes. Ed. Universitaires. Paris, 1969. 279 p.
- PECHOUX R., DAVIDOU P., ESCAFIT H. et LEMEE M. — Les incertitudes du test de Rorschach dans la schizophrénie. Congrès des al. neurol. français. Bordeaux, 1956.
- PIOTROWSKI Z.A. — The Rorschach inkblot Method in, Handbook of clinical Psychology. Ed. by Wolman B.B., McGraw-Hill Book Cy., 1965, 522-561.
- PIOTROWSKI Z.A. and LEWIS N.D.C. — An experimental Rorschach diagnostic aid for some of schizophrenia. *Amer. J. Psychiat.*, 1950. 107, 360-366.
- RAUSCH DE TRAUBENBERG — Rorschach d'adolescents schizophrènes et pré-schizophrènes. *Bull. gr. fr. Rorschach*, 1957. 9, 47-52.
- REUL P. — Essai de validation de la valeur diagnostique de la VCN et des potentiels cérébraux lents par le psychodiagnostic de Rorschach. *Mémoire de Licence en Psychologie*. Liège, 1970. 52 p.
- RORSCHACH H. — Psychodiagnostic. *P.U.F.* Paris, 1962. 412 p.
- TIMSIT-BERTHIER M., KONINCKX N., DARGENT J., FONTAINE O. et DONGIER M. — Etude de la variation contingente négative chez les psychotiques et les pré-psychotiques. *Ann. méd. Psychol.*, 1968. 1. 424-434.
- TIMSIT-BERTHIER M., KONINCKX N., DARGENT J., FONTAINE O. et DONGIER M. — Variations contingentes négatives en psychiatrie. *Electroenceph. clin. neurophysiol.*, 1969. 28, 41-47.
- TIMSIT-BERTHIER M., KONINCKX N., TIMSIT M. et DONGIER M. — Utilisation des calculateurs électroniques en électroencéphalographie psychiatrique. *Rev. neurol.*, 1970. 5, 337-350.
- WALTER W.G., COOPER R., ALDRIDGE V.J., McCALLUM W.C. et WINTER A.L. — Contingent Negative Variation : an electric sign of sensori-motor association and expectancy in the human brain. *Nature*. London, 1964. 203, 380-384.
- ZUCKER L. — The psychology of latent schizophrenia based over Rorschach studies. *Amer. J. Psychother.*, 1952. 6, 44-62.