

## **Etude des motivations du choix vocationnel en psychiatrie**

par J. DONNAY-RICHELLE

Assistante au Service de Psychologie médicale  
et de Médecine psychosomatique, Université de Liège

**M. TIMSIT**

Chargé de Cours associé

Service de Psychologie médicale et de Médecine psychosomatique  
Université de Liège

et M. DONGIER

Director of Allan Memorial Institute of Psychiatry, Montreal

---

Nous trouvons dans Littré cette définition de la vocation : « Inclination que l'on se sent pour un état », mais dans le cadre de cette recherche nous nous référerons au sens plus précis que lui prête Bejarano (1963) : « C'est l'ensemble des forces qui orientent la vie du sujet vers un travail lui apportant satisfaction de ses désirs profonds et réalisation de soi ; la vocation est liée à un processus de l'ordre de la « sublimation » qui procède des structures et des besoins les plus profonds de la personnalité.

» Le travail est la sublimation première, par quoi, précisément, l'homme peut s'engager en son nom, soutenu par un désir qui porte sa marque personnelle, dans une activité qui pourra durer une vie et dans laquelle il s'accomplira avec satisfaction ; la vocation est un processus dynamique puisant sa source dans l'Œdipe renouvelé à la puberté, elle est liée intimement à un désir inconscient intégré dans un conflit défensif ».

De fait, plusieurs auteurs ont prouvé par leurs travaux que le choix d'une spécialisation dépend moins de l'information reçue au cours des études que ne le pensent certains ; à titre d'exemple, citons entre autres les études de Walton (1967) et de Schumacher (1964) qui ont souligné le fait que les étudiants en médecine choisissant différents types de carrière ont déjà des caractéristiques de personnalité particulières au moment de leur entrée à l'Université, et ceux qui choisissent les mêmes spécialisations possèdent les mêmes caractéristiques.

S'il a paru légitime de s'intéresser aux types de personnalité propres à certains choix professionnels, il nous semble qu'il est tout aussi justifié

de tenter d'appréhender, en plus, les motivations qui présideraient à ces choix.

### 1. Rappel de la littérature

Nous commencerons par rapporter quelques études qui s'attachent à décrire des *traits de personnalité* propres au psychiatre.

Bruhn (1964) a analysé l'attitude d'étudiants en médecine à l'égard de quatre spécialisations : il leur demande de caractériser chacune en choisissant parmi dix traits de personnalité ceux qui y correspondent le plus.

C'est ainsi que le *chirurgien est représenté* comme quelqu'un d'auto-ritaire et arrogant, agressif et énergique, principalement soucieux de son prestige ; l'*interniste* comme sensible à une grande variété de facteurs lorsqu'il évalue un problème médical, et les étudiants des premières années (correspondant ici aux candidatures) le représentent de plus comme très intéressé par des problèmes intellectuels ; le *généraliste* comme profondément intéressé par les gens, agressif et énergique, extrêmement patient et doté d'une personnalité sympathique et agréable ; quand au *psychiatre*, il est, lui, représenté comme intéressé par les problèmes intellectuels, instable sur le plan émotionnel, possédant une pensée confuse ; ces deux derniers traits, négatifs, décrits par les étudiants créent une image du psychiatre qui n'est pas sans quelque ressemblance avec celle que, selon Redlich (1950), s'en est fait le public.

En effet, cet auteur a trouvé chez des gens de classes moyennes des sentiments très négatifs à l'égard des psychiatres. Beaucoup les considéraient comme agressifs, inutilement curieux, intéressés par l'argent et le plus souvent aussi « anormaux » que leurs patients. En analysant les caricatures reproduisant des psychiatres, Redlich les a vus représentés comme portant la barbe, ayant l'air d'étrangers habillés de façon élégante, sous forme de figures viriles écrasantes, paraissant aussi perturbés que leurs patients. Il est frappant de remarquer que bien que les étudiants en médecine aient plus de contacts professionnels avec les psychiatres, surtout ceux qui se trouvent dans les années correspondant ici aux doctorats, leur image du psychiatre ne diffère guère de celle du public.

Walton (1969) rapporte les résultats d'une recherche entreprise sur des étudiants en médecine classés en deux groupes selon leur attitude à l'égard de la psychiatrie (positive et négative). Se référant à des études antérieures, il retient quatre traits attribués au psychiatre :

1. Une certaine chaleur dans les relations avec autrui et la capacité d'établir des contacts réels (Holt et Luborsky, 1958 ; Knight, 1947).
2. Une instabilité émotionnelle (Bruhn, 1964 ; Hammond et Kern).

3. La tolérance à l'ambiguïté, nécessaire en réalité à tous les médecins, spécialistes ou non (Fox, 1957 ; Romano, 1961 ; Walton, 1969).

4. Un type de pensée introverti, s'attachant aux idées abstraites, par opposition à celui du médecin orienté vers l'aspect organique de l'être humain et s'intéressant plutôt à des matières ayant des implications pratiques (Schumacher, 1964 ; Holt et Luborsky, 1968 ; Walton, 1969).

Recourant à quatre questionnaires qui mettent en évidence chacun de ces traits, Walton obtient les résultats suivants :

— pas de rapport entre l'extraversion-introversion et le choix de la psychiatrie ;

— très légère corrélation entre l'instabilité émotionnelle et le choix de la psychiatrie ;

— forte corrélation entre la tolérance à l'ambiguïté, le type de pensée introvertie et le choix de la psychiatrie.

Dans une optique plus proche de la nôtre, puisqu'elle concerne la sélection de candidats en psychiatrie, Holt et Luborsky (1958) cherchent dans une population de 283 sujets de sexe masculin à dégager des critères permettant de prévoir si le candidat sera un bon ou un mauvais psychiatre. Leurs outils de sélection consistent en un entretien effectué par trois psychiatres différents, un examen psychologique (Rorschach, TAT, WAIS), plus éventuellement des lettres de recommandation.

Pour un très haut niveau de compétence, ils relèvent une corrélation élevée avec les éléments suivants :

— l'authenticité, c'est-à-dire la capacité d'être soi-même, par opposition à la nécessité qu'éprouvent certains de se créer une façade pour paraître au lieu d'être ;

— le maintien des bonnes relations avec les collègues ou les collaborateurs ;

— un certain détachement vis-à-vis du prestige apporté par le statut de médecin-psychiatre.

Ces trois variables forment le support de l'établissement de bons contacts avec autrui. Sont également en corrélation avec une bonne compétence générale :

— l'objectivité vis-à-vis de soi-même, sans dévalorisation ou survalorisation excessive, qualité qui se rapproche de la capacité d'introspection ;

— la maturité hétérosexuelle que l'on peut mettre en rapport avec l'aptitude à établir une relation affective étroite avec autrui, que l'on retrouve d'ailleurs dans la psychothérapie ;

— la capacité de contrôle émotionnel, c'est-à-dire à la fois d'exprimer et de contrôler affects et pulsions.

La comparaison des meilleurs assistants avec les moins bons permet, d'autre part, de dégager ces caractéristiques : ils peuvent être aussi consciencieux les uns que les autres, mais les meilleurs assistants paraissent légèrement plus intelligents, et surtout ils obtiennent au QI verbal une note plus élevée que celle obtenue par les sujets moyens ; ils s'intéressent plus au travail de recherche ; ils établissent de meilleures relations avec les superviseurs, les collègues et le personnel, les assistants les moins bons se montrant plus opposants, voire agressifs et n'acceptant pas les critiques. Les meilleurs assistants contrôlent mieux affects et pulsions sans les étouffer, les moins bons font preuve d'une maîtrise moins adaptée, d'une absence de contrôle ou d'un contrôle excessif, attitude qui se transpose notamment dans leurs réactions à l'égard des patients. Les meilleurs se révèlent plus souples dans leur méthode de pensée et de travail, ils sont aussi plus intuitifs ; d'autre part, ils attirent la sympathie plus que les autres, ce qui n'a rien d'étonnant puisqu'ils sont moins rigides dans leur système défensif et plus souples dans leur relation à autrui.

Dans la même perspective, Frayn (1968), en classant les assistants selon leur compétence au point de vue thérapeutique sur une échelle en cinq points (1 : médiocre ; 5 : excellent) et en les soumettant à trois questionnaires de personnalité, retrouve de façon significative dans le groupe « très compétents » des scores plus élevés à l'échelle psychopathique (MMPI) et moins élevés à l'échelle de compulsion (MHPA, mesure de la tendance à la rigidité), ce qui suggérerait une personnalité de type actif, agressif, méticuleux, impulsif et revendicateur. Néanmoins, ces traits antisociaux ne sont pas confirmés au MHPA, puisque dans ce questionnaire les scores des assistants « très compétents » se situent à un niveau suffisant de conformité sociale à la différence de ceux des assistants « médiocres » qui se situent à un niveau excessif. Pour Frayn, ce qui est suggéré par l'échelle psychopathique du MMPI serait surtout la flexibilité, la souplesse et l'indépendance de telle sorte que les assistants « très compétents » se distingueraient des « médiocres » en ce qu'ils sont moins rigides, tant sur le plan de la personnalité que sur celui des comportements.

Ce sont notamment ces qualités que le XII<sup>e</sup> rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (1963) mentionne comme souhaitables chez le psychiatre : « chaleur dans les relations interpersonnelles, sensibilité,

compréhension intuitive des émotions jointe à de l'intelligence et à une grande souplesse d'assimilation ».

Il n'est pas sans intérêt de relever à cet égard les résultats obtenus par Strupp, Wallach, Wogan (1964) dans leur recherche sur la façon dont le patient vit le processus thérapeutique : le sentiment d'avoir obtenu le respect et l'intérêt du thérapeute est le plus souvent associé avec celui que le traitement est réussi (sentiment qu'il partage d'ailleurs avec le thérapeute).

A partir des données qui précèdent, le psychiatre apparaît donc comme quelqu'un d'intéressé par des problèmes théoriques et abstraits, porté à l'introspection, possédant un type de pensée introversive et il s'oppose en cela aux gens qui se préoccupent surtout des implications pratiques de leurs recherches, comme par exemple les médecins orientés vers l'aspect organique de l'être humain ; l'instabilité émotionnelle serait plutôt propre aux psychiatres les moins doués ; comme chez tous les médecins, mais avec une plus grande netteté, ils possèdent la tolérance à l'ambiguïté, la capacité de supporter sans angoisse excessive des situations ambiguës. Les bons psychiatres, en tant que psychothérapeutes en tous cas, se distinguent des autres par leur empathie, leur capacité d'établir avec autrui des contacts profonds, l'authenticité de leur manière d'être, c'est-à-dire d'être soi-même, naturel, sans chercher à « paraître », la confiance en soi, la maîtrise des affects et des pulsions, notamment de l'agressivité, une souplesse vis-à-vis de soi-même, à l'égard des autres et devant les règles sociales, qui s'oppose à un type de personnalité rigide.

Voilà une constellation de traits qui définissent une sorte de « portrait robot ». La question que nous nous sommes posée est de savoir si l'on est en mesure de déceler à l'aide de tests projectifs (Rorschach et TAT) les motivations qui président chez les psychiatres à leur choix professionnel.

## II. Recherche pratique

Il est admis de façon générale que les tests projectifs permettent de recueillir des informations sur l'organisation et la structure de la personnalité, le dynamisme et les contenus de l'inconscient, la nature des systèmes défensifs et les interdictions qui s'opposent au désir.

Notre recherche porte sur un groupe de quinze candidats en psychiatrie, de sexe masculin, âgés de 25 à 27 ans ; ils ont été vus dans le cadre du Service de Psychologie médicale et de Médecine psychosomatique de l'Université de Liège. Il nous a paru intéressant de les comparer à des étudiants en psychologie, et ce second groupe comprend quinze étudiants de troisième année, de sexe masculin, âgés de 20 à 24 ans. En outre, les

candidats psychiatres étant soumis à une sélection dont l'examen psychologique constitue un moment important, nous les avons répartis en deux sous-groupes selon l'appréciation portée par le chef de service\*. Le sous-groupe A comprend les candidats acceptés dès l'abord avec une appréciation favorable ; le sous-groupe B ceux qui ont été acceptés avec certaines réserves ou refusés. A ce propos, il faut souligner qu'une corrélation certaine est apparue entre l'appréciation clinique, les données du test de Rorschach et certaines données neurophysiologiques recueillies dans les deux sous-groupes.

### Résultats

Les protocoles Rorschach font apparaître chez ces candidats psychiatres une série de traits qui *se retrouvent* d'ailleurs dans ceux des étudiants en psychologie.

1. Une capacité d'opposition au milieu, de réactivité aux stimuli extérieurs, qui va à l'encontre d'une attitude passive acceptant sans critique toutes les contraintes. Nous retrouvons ainsi une des conclusions de Frayn lorsqu'il interprète les scores élevés à l'échelle psychopathique du MMPI comme une liberté vis-à-vis des conventions, des règles sociales, sans pour autant qu'on puisse parler d'attitude antisociale.

2. De nombreuses réponses « masques » qui illustrent un fait auquel on pouvait s'attendre, c'est-à-dire le désir de se cacher aux yeux des autres, tout au moins de cacher ses tendances profondes, et celui de découvrir, « dévoiler » celles des autres. Il est sous-tendu à la fois par un certain voyeurisme et par une anxiété dans les contacts humains.

3. Une anxiété concernant la virilité sous forme d'une angoisse de castration ou d'un sentiment de dévalorisation de celle-ci, qui entraîne une exhibition narcissique phallique.

4. L'utilisation d'un mécanisme général, la mise à distance, notamment grâce à l'intellectualisation. Rappelons les propos de Bejarano qui insiste sur l'importance de ce mécanisme permettant de « développer ses connaissances et ses intérêts dans la mesure même où ces acquisitions constituent une modalité permise d'une approche de thèmes, par ailleurs barrés d'interdits ». Ce trait se rapproche aussi de ce que Walton et Bruhn évoquent en parlant de « pensée introversive », c'est-à-dire tournée vers les problèmes abstraits.

---

\* Professeur M. Dongler.

5. La figure maternelle apparaît comme le nœud de la problématique de tous les sujets ; elle semble polariser l'investissement affectif et pulsionnel.

Par contre, les protocoles des candidats psychiatres *se distinguent* de ceux des étudiants en psychologie par les deux éléments suivants :

1° Rien n'indique un intérêt humain supérieur à celui de la moyenne de la population, ce qui n'est pas le cas chez les étudiants en psychologie. En effet, chez ces candidats psychiatres, le pourcentage des réponses humaines, pouvant être interprété comme une capacité d'identification à l'autre, n'apparaît pas particulièrement élevé ; ce fait irait plutôt à l'encontre de l'opinion « humanitaire » de certains auteurs, tandis qu'il rejoindrait l'opinion de Eron (1958) qui dans une étude qu'il a menée montre que les attitudes humanitaires des étudiants diminuent au fur et à mesure qu'ils avancent dans leurs études médicales et que leur cynisme et leur anxiété augmentent, plus particulièrement chez les étudiants choisissant la psychiatrie.

2° Nous relevons, chez ces sujets, la présence de tendances homosexuelles qui apparaissent plus rarement dans les protocoles des étudiants en psychologie ; bien sûr, il s'agit généralement de tendances qui n'impliquent aucunement la présence d'une perversion. Il n'y a là rien d'étonnant ; Holt et Luborsky (1958) ont observé également la présence de tendances homosexuelles chez les assistants qu'ils ont étudiés.

En considérant séparément chacun des sous-groupes, nous pouvons dégager les éléments suivants :

*Les sujets du sous-groupe A* font preuve d'un bon contrôle affectif et pulsionnel, d'une capacité au moins potentielle d'établir avec autrui une relation profonde (5 protocoles sur 7 : FC > CF + C, 1 protocole sur 7 : pas de réponses couleurs).

Les besoins paraissent bien intégrés (il y a au moins une grande kinsthésie dans tous les protocoles) ; ils s'expriment de façon satisfaisante et n'envahissent pas la vie imaginaire à défaut d'être acceptés et en grande partie assumés.

En ce qui concerne la relation avec l'image maternelle, la plupart des sujets de ce groupe expriment une ambivalence impliquant un désir de rapprochement de la mère et un comportement d'évitement de cette relation de dépendance ; ce comportement d'évitement ne s'accompagne cependant pas d'une agressivité à son égard, comme nous le verrons chez les sujets du sous-groupe B et ainsi une relation hétérosexuelle positive reste possible.

L'image de soi est perçue avec moins d'angoisse que dans le groupe B et cela va de pair avec une intégration satisfaisante des besoins et des affects. On peut en déduire que ces sujets ont une stabilité suffisante et une relative confiance en soi. Dans la mesure où cette image possède une certaine solidité, il devient possible d'établir des relations humaines positives et durables, une fois l'anxiété initiale surmontée. L'agressivité est dominée et elle ne s'exprime pas d'une façon directe et violente : elle est culpabilisée, évitée ou canalisée, sans pour autant que les défenses qu'elle suscite ne deviennent un carcan et que la relation à autrui s'en trouve perturbée.

On peut parler pour les sujets de ce groupe de disponibilité.

*Les sujets du sous-groupe B* ont un système défensif plus rigide ; leur vie affective et pulsionnelle est étouffée (le F % est plus élevé et la différence est significative à p. 028). Ils sont plus pauvres quant à la variété des éléments de leur personnalité et ils s'efforcent de placer toute leur vie psychique sous la domination de la pensée. D'autre part, ils refoulent besoins et pulsions au lieu de les intégrer, ce qui donne naissance à une force sous-jacente incontrôlée, risquant à tout moment de faire éclater le mur qu'ils ont élevé entre la vie libidinale et la vie rationnelle (dans 3 protocoles sur 8, il n'y a pas de K ; dans 2 protocoles sur 8, ni K ni kan ; dans 5 protocoles sur 8, les  $k > K$  ; dans 4 protocoles sur 8,  $CF + C \geq FC$ ).

La relation à l'image maternelle semble plus mauvaise ; au Rorschach, ces sujets donnent souvent une représentation d'une mère phallique, castratrice, en face de laquelle ils ont réagi par une violente agressivité, ce qui ne les rassure guère quant à leur castration. Les relations hétérosexuelles sont niées, évitées ou vécues sur un mode agressif. L'image de soi est perçue avec beaucoup plus d'angoisse, soit que ces sujets se perçoivent comme dangereux à cause de la force pulsionnelle qui les habite, soit qu'ils se sentent entravés par un sentiment d'infériorité en rapport avec un trouble sexuel plus important que chez les sujets du groupe A (crainte de castration ou d'impuissance). Au-delà d'un conformisme apparent, insuffisant à les protéger d'eux-mêmes et du monde, cette angoisse se traduit dans les protocoles par un plus grand nombre de réponses sexuelles « crues » ; ils sont vraisemblablement trop perturbés par ce problème pour arriver à l'exprimer à travers une symbolisation comme les sujets du groupe A. En fait, l'agressivité en général est mal contrôlée ; son refoulement ne l'empêche pas de se manifester souvent, même si elle est parfois culpabilisée, et elle imprègne toute la vie du sujet, si bien que les contacts avec autrui sont inexistantes ou également vécus sur un mode agressif.



Nous introduirons ici une remarque concernant la relation à la mère chez les étudiants en psychologie : l'ambivalence paraît chez eux être plus accusée. En effet, nous retrouvons chez eux des traits observés à la fois dans le sous-groupe A, c'est-à-dire des réponses de type régressif exprimant un attachement vis-à-vis de la mère, et des traits observés dans le sous-groupe B, c'est-à-dire une représentation d'une mère phallique et dangereuse. Cependant, la dispersion des réponses à caractère primitif dans le protocole impliquerait que la recherche d'une relation étroite à la mère ne s'oriente pas de façon privilégiée vers les images féminines comme pour les sujets du groupe A, mais vers l'« autre » en général.

Dans notre démarche, qui vise à *dégager les motivations de la vocation psychiatrique* à partir des données recueillies à l'aide des techniques projectives, il nous a semblé opportun de nous référer aux études qu'Israel (1968) a développées sur la vocation médicale.

Il distingue trois sortes de désirs dont la satisfaction est apportée par la formation et la profession médicales :

a) *Désir de connaître* :

- connaître les mystères de la sexualité ;
- de façon plus angoissante encore, la vaine tentative de connaître la réponse aux questions les plus fondamentales de la vie et de la mort ;
- la connaissance scientifique en est la rationalisation.

b) *Désir de pouvoir* :

- puissance sexuelle ;
- puissance, domination de l'autre (pouvoir sur la vie et la mort de l'autre).

c) *Désir de voir* :

- voir non pas le beau, non pas comme l'imagination populaire se le représente parfois voir de jolies femmes séduisantes, mais voir la maladie, les lésions et à l'extrême la mort.

À un premier niveau, il nous semble qu'une motivation essentielle pour les psychiatres, tout comme pour les psychologues, se retrouve dans la nécessité de maîtriser l'angoisse, et c'est en effet selon les trois modalités décrites par Israel que cette démarche s'opère.

Dans la tentative de maîtrise de l'angoisse, que ce soit devant autrui, devant soi-même ou qu'elle soit centrée par la castration, les réponses « masques, voiles, yeux », évoquant le désir de se cacher de l'autre et celui de le découvrir, nous retrouvons ces trois sortes de désirs :

a) *Désir de savoir* :

— ce qui est inconnu, mystérieux et incompris possède facilement un caractère dangereux ; si l'on découvre les énergies qui font agir, ressentir et réagir l'être humain, autre ou soi-même, il en devient moins inquiétant d'autant plus que ces phénomènes se retrouvent d'une façon générale.

b) *Désir de pouvoir* :

— la connaissance des mécanismes en jeu permet dans une certaine mesure de « manipuler » l'autre et confère un sentiment de puissance vis-à-vis de lui dans la mesure où l'on peut exercer une influence sur son psychisme.

c) *Désir de voir* :

— découvrir les fantasmes habitant chacun peut rassurer quant aux siens propres, peut-être réaliser ainsi des désirs non acceptables. On peut d'ailleurs se demander, en se souvenant que la vocation renvoie aux problèmes de l'adolescence et de l'enfance, si ce désir de voir, permettant sans doute de satisfaire notamment une curiosité sexuelle, ne concerne pas aussi plus précisément une curiosité à l'égard de la mère, que la présence d'une importante mise à distance rend acceptable.

Nous pourrions à ce propos ouvrir une parenthèse en comparant trois types de vocations humaines : prêtre, psychiatre et médecin.

Les deux premiers se différencient du troisième par la mise à distance établie dans les relations avec autrui. Les prêtres l'ont poussée jusqu'à rejeter le contact charnel, non seulement dans leur vie professionnelle, mais aussi dans leur vie privée. Les médecins, eux, touchent le corps, acceptent le contact physique, celui-ci étant déssexualisé dans leur vie professionnelle. Les psychiatres occupent une position intermédiaire ; ils ne « touchent » pas leurs patients. En effet, les techniques employées en psychothérapie se caractérisent en général par la mise à distance : le langage tout d'abord, qui constitue un moyen de contact en même temps qu'une défense (« les mots tuent les choses ») ; la relaxation où même le regard du patient est évité ; l'hypnose qui accentue encore l'éloignement et bien sûr le divan psychanalytique.

Le retrait partiel du monde et l'évitement de la femme au profit d'une appartenance à une communauté exclusivement masculine chez les prêtres, évoquent la présence de tendances homosexuelles que des études sur les motivations de cette vocation ont mises en évidence (Nodet, 1955). Il n'est pas tellement surprenant, dès lors, de les trouver chez des sujets ayant opté pour la psychiatrie, à un degré moindre sans doute, puisque la mise à distance se limite à la relation avec le patient.

C'est au *second niveau d'approche* que nous pourrions tenter de saisir leur signification. A ce niveau, nous envisagerons séparément les deux sous-groupes.

*Les sujets du sous-groupe A* possèdent une meilleure intégration pulsionnelle et affective, expriment un attachement profond à la mère, accepté ou non, mais gardent en tous cas, semble-t-il, la nostalgie d'une relation étroite avec celle-ci ; l'angoisse est moins intense, elle est mieux contrôlée, notamment en face de l'image de soi. L'agressivité est socialisée, des contacts affectifs positifs avec autrui sont possibles. Les tendances homosexuelles coexistent avec la capacité d'établir une relation hétérosexuelle satisfaisante.

On peut penser que la relation à la mère a permis l'intégration de ces différents éléments ; il semble qu'en réaction à cet attachement, il y ait un évitement de la mère (sans agressivité excessive à son égard), mais les résidus d'un besoin de contact intime avec la figure maternelle seraient satisfaits dans la relation avec le patient par une identification maternelle. Celle-ci permettrait peut-être, dans la relation avec un homme, de sublimer les tendances homosexuelles et, dans la relation avec une femme, de renverser la dépendance enfant-mère en devenant la personne dont on dépend.

Une identification maternelle n'est pas tellement inattendue. Israel (1968) reconnaît au médecin lui-même, plus autoritaire et directif que le psychiatre, un aspect maternel dans son attitude avec le patient ; d'autre part, Holt et Luborsky (1958), ayant constaté la présence de tendances homosexuelles, considèrent que si celles-ci sont importantes et non acceptées, elles peuvent amener en réaction un refus de qualités « féminines » ou « maternelles » indispensables à un bon psychiatre, comme par exemple l'intuition, l'empathie, la chaleur affective. Cela n'exclut évidemment pas qu'à certains moments le psychiatre joue un rôle plus « paternel », mais il semblerait que l'origine de la vocation psychiatrique se trouve plus particulièrement dans une identification à la mère.

*Les sujets du sous-groupe B* possèdent une personnalité plus rigide, un moins bon contrôle affectif et pulsionnel. La relation à la mère est imprégnée d'agressivité et non plus d'attachement de type infantile ; l'angoisse devant la virilité et l'image de soi est plus forte. Les pulsions agressives sont mal contrôlées, la relation hétérosexuelle est inexistante ou très mauvaise, une relation positive n'est réalisée qu'avec des personnages masculins et elle est sous-tendue par des tendances homosexuelles. Les rapports avec autrui sont vécus d'une manière générale sur un mode compétitif, au mieux, agressif, au pire.

Le trait dominant chez ces sujets est donc *l'agressivité* et la réalisation de soi ne semble possible qu'à travers cette voie. Les motivations de leur vocation seraient surtout un désir de dévoiler l'autre pour découvrir ses faiblesses, une façon de s'assurer une position dominatrice. Il s'agirait avant tout d'une relation sado-masochiste : avec un patient masculin, ces sujets pourraient sublimer leurs tendances homosexuelles, se rassurer à travers l'autre, et en même temps le dominer ; avec un patient féminin, ils pourraient satisfaire leur désir de dévalorisation de la femme en la plaçant dans une situation de dépendance, et peut-être en s'assurant de sa castration.

Quant *aux étudiants en psychologie*, deux éléments particuliers sont apparus : une plus forte angoisse devant la vie pulsionnelle et la présence d'un grand nombre de réponses (H).

Nous pourrions dès lors penser que les motivations suivantes peuvent être mises en évidence :

— la maîtrise de l'angoisse devant les pulsions en les démontant rationnellement, en les manipulant à travers celle des autres, défense contre une trop grande émergence pulsionnelle voisinant avec une forte répression ;

— une identification à des personnages nantis d'un pouvoir mystérieux, quelque peu magique, exerçant sur autrui une forte ascendance, capable de le manipuler (mages, sorcières) qui aurait pour résultat une déssexualisation de la relation. Cete identification leur permettrait de surmonter la crainte de la femme et leur fournirait une réassurance concernant la virilité en déplaçant la puissance sur un autre plan.

Leur choix vocationnel serait un moyen d'éviter la femme phallique et dangereuse et de se garantir contre l'angoisse (devant autrui, soi-même et concernant la virilité) en établissant avec l'autre, homme ou femme, une relation étroite, permettant de devenir pour l'autre un refuge sécurisant (identification à une mère rassurante et accueillante) tout en sublimant ou scotomisant l'agressivité dans les rapports avec autrui. De la sorte, leurs motivations s'apparenteraient à celles que nous avons dégagées dans l'un ou l'autre sous-groupe des candidats en psychiatrie.

### III. Discussion

Il nous faut accorder une attention particulière au problème délicat de la sélection.

En effet, la question se pose de savoir si oui ou non il est indiqué de procéder à une sélection. Ce problème pourrait être débattu longuement

et il serait pour le moins hasardeux de trancher dans le sens d'une acceptation ou d'un rejet catégorique des sujets sur la base de leur personnalité telle qu'elle peut être appréhendée aux tests projectifs.

Cependant, il faut reconnaître que certains, à l'évidence, ne paraissent pas aptes à remplir n'importe quel type de fonction et, par conséquent, nous nous devons de les orienter au mieux de leurs possibilités.

Notre matériel est actuellement trop réduit pour que nous puissions en tirer des informations précises dans ce domaine. Cependant, à la lumière de ce que nous avons déjà pu dégager, notre étude serait sans doute plus utile pour aider à une orientation vers l'une ou l'autre branche de la psychiatrie que pour amener une sélection intransigeante et sans nuances.

Ce sont toutes ces notions que nous nous proposons d'approfondir au cours d'une recherche plus diversifiée\*, en nous attachant à l'étude des motivations de la vocation, réalisant peut-être, comme le dit Bejarano, des désirs profonds grâce à une identification à un objet privilégié.

Nous espérons ainsi apporter une contribution à la compréhension de soi qui est particulièrement nécessaire au psychiatre et au psychologue. En effet, lorsqu'on s'intéresse à l'autre, il nous paraît utile de commencer par essayer de se connaître soi-même ; pour deux raisons : la première, c'est que l'intérêt pour l'autre procède de l'intérêt pour soi ; la seconde, c'est que la connaissance, au moins partielle, de ses propres tendances permet de diminuer l'interférence qu'elles peuvent avoir dans la relation établie avec autrui.

Nous rejoignons ainsi une pensée exprimée par la sagesse antique puisqu'il y a déjà très longtemps Socrate a prononcé ces paroles : « Connais-toi toi-même ».

## RESUME

Les auteurs tentent de valider à l'aide de techniques projectives éprouvées (test de Rorschach et *Thematic Apperception Test*) l'hypothèse selon laquelle le choix vocationnel n'est pas simplement dû au hasard, mais qu'il est soutenu par un processus dynamique interne lié à un désir inconscient et intégré dans un système défensif.

A cet effet, ils entreprennent dans une première approche l'étude de certaines motivations ayant pu présider au choix vocationnel de quinze candidats en psychiatrie vus dans le cadre du Service de psychologie médicale et de médecine psychosomatique de l'Université de Liège, l'examen psychologique faisant partie d'un bilan visant à une sélection. Ils comparent ensuite leurs protocoles Rorschach à ceux de quinze étudiants en psychologie de l'Institut de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université de Liège.

---

\* Dans le cadre du doctorat de l'un d'entre nous : J. Donnay-Richelle.

A l'analyse des résultats, il apparaît que chez les candidats en psychiatrie les motivations essentielles sont centrées sur une double tentative qui vise, d'une part, à maîtriser l'angoisse à travers la réalisation du désir de savoir, pouvoir et voir (ce qu'ils partagent d'ailleurs avec les étudiants en psychologie) et, d'autre part, à résoudre un problème de relation à la mère grâce à une identification maternelle qu'autorise l'exercice de la profession.

### SAMENVATTING

*Studie van de diepe motivatie van de beroepskeuze bij kandidaat psychiaters en studenten in de psychologie.*

De schrijvers pogen met behulp van reeds beproefde projectietechnieken (Rorschach en Thematic Apperception Test) de hypothese te bewaarhouden, volgens dewelke die beroepskeuze niet louter toevallig is maar steunt op een intern dynamisch proces, gebonden aan een onbewust verlangen, geïntegreerd in een verdedigingssysteem.

Daarom doen zij een vergelijkende studie van de diepere motivatie van de beroepskeuze bij 15 mannelijke kandidaat psychiaters en 15 mannelijke studenten in de psychologie. De ontleding van de uitslagen wijst op zekere punten van overeenkomst maar ook op verschillen in de wijze van angst-beheersing en van benadering van de relatie problemen.

### SUMMARY

*Study of the deep motivations of vocational choice in psychiatry candidates and students in psychology.*

The authors endeavour to show by means of established projective techniques (Rorschach, Thematic Apperception Test) that vocational choices are not solely induced by chance but are mainly determined by dynamic psychological processes where unconscious motives and well-integrated defense mechanisms do play a role.

They compared the vocational motivation of 15 post-graduated students in psychiatry with those of 15 male students in psychology. The results show the appearance of common factors in the vocational choices in both groups. They also show how these two groups differ in the way they master their anxiety and in the way they approach an irrational problem.

### ZUSAMMENFASSUNG

*Untersuchung der tieferen Motivation der Berufswahl bei angehenden Psychiatern und Studenten der Psychologie.*

Die Verfasser unternehmen mit Hilfe der bewährten Projektionstechnik (Rorschachtest und Thematic Apperception Test) den Versuch, die Hypothese zu erhärten, dass die Berufswahl nicht einfach eine Folge des Zufalls ist, sondern dass ihr ein innerer, dynamischer Prozess zugrunde liegt, der in engem

Zusammenhang mit unbewussten Wünschen steht, die wiederum in ein Defensivsystem eingebaut sind.

Zu diesem Zweck führen die Verfasser eine vergleichende Untersuchung der tieferen Motivation der Berufswahl bei 15 angehenden Psychiatern und bei 15 Studenten der Psychologie durch.

Die Analyse der Ergebnisse erlaubt das Herausschälen gemeinsamer Aspekte, aber auch von Abweichungen hinsichtlich der Überwindung der Ängstlichkeit und der Problemlösung.

#### RIASSUNTO

*Studio delle motivazioni profonde nella scelta professionale in allievi psichiatri e studenti in psicologia.*

Gli autori tentano di convalidare mediante tecniche proiettive consolidate (Test di Rorschach e Thematic Apperception Test) l'ipotesi secondo la quale la scelta professionale non é solo dovuta al caso, ma sottintende un processo dinamico legato ad inconscio desiderio e strutturato in un sistema difensivo.

A questo proposito iniziano, per un primo approccio, lo studio comparato delle motivazioni profonde nella scelta professionale di 15 allievi psichiatri e 15 studenti di psicologia, maschi.

L'analisi dei dati emersi consente d'inferire punti comuni, ma altresì divergenze nel modo di dominare l'angoscia e di risolvere un problema d'interrelazione.

#### RESUMEN

*Estudio de las motivaciones profundas de la elección de vocación en los candidatos psiquiatras y estudiantes de psicología.*

Los autores intentan, con el auxilio de técnicas proyectivas experimentadas (Test de Rorschach y Thematic Apperception Test) dar validez a la hipótesis de que la elección de vocación no es devida simplemente al azar, sino que esta comprendida en un proceso dinámico interno ligado a un deseo inconsciente e integrado en un sistema defensivo.

A este propósito, los autores emprenden el estudio comparado de las motivaciones profundas de la elección de vocación en 15 candidatos psiquiatras y 15 estudiantes en psicología del sexo masculino, en una primera aproximación.

El analisis de los resultados permite distinguir los puntos comunes, y también los divergentes en la forma de dominar la angustia y de resolver los problemas relacionales.

#### BIBLIOGRAPHIE

- BEJARANO M. Vocation et tests de projection. *Bull. Psychol.* (Paris), 1963, 295, 2-7.  
 BEIZMANN C. *Livret de cotations des formes dans le Rorschach*. Paris, Centre de Psychologie Appliquée, 1966, 251 pp.  
 BOHM E. *Traité de psychodiagnostic*. Paris, PUF, 1962.  
 BRUHN J.G., PARSONS O.A. Medical students attitudes toward four medical specialties. *J. med. Educ.*, 1964, 39, 40-49.  
 DONGIER M., TIMSIT-BERTHIER M., DELAUNOY J., KONINCKX N. CNV and slow negative waves in psychiatry. *11nd International Conference on the CNV*. Vancouver, 21-26 June 1971 (sous presse).

- DONNAY-RICHELE J. La personnalité du psychiatre et son importance en tant que déterminant du choix professionnel. *Feuillets psychiatriques de Liège*, 1971, 4, 550-575.
- ERON L.D. The effects of medical education on attitudes. *J. med. Educ.*, 1958, 33, 25-33.
- FOX R. *The student-physician*. Merton, Reader and Kendall, Cambridge, Harvard University Press, 1957, 207 pp.
- FRAYN D.H. A relationship between rated ability and personality traits in psychotherapists. *Amer. J. Psychiat.*, 1968, 9, 1232-1237.
- HOLT R., LUBORSKY L. *Personality patterns of psychiatrists*. New York, Basic Books, 1958, 386 pp.
- ISRAEL L. *Le médecin face au malade*. Bruxelles, Dessart, 1968, 334 pp.
- KNIGHT R.P. The selection of candidates for training in psychiatry. *Bull. Menninger Clin.*, 1947, 11, 83-89.
- MURRAY H.A. *Thematic apperception test*. Cambridge, Harvard University Press, 1943 (ser. of 30 cards and manual).
- MURRAY H.A. and al. *Explorations in personality*. New York, Oxford University Press, 1938.
- NODET C.H. Psychiatrie et vie religieuse. *Enc. Med. Chir. Psychiat.*, 1955, 37.750A10, 1-12.
- REDLICH F.C. The psychiatrist in caricature. An analysis of unconscious attitudes toward psychiatry. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1950, 20, 560-571.
- ROMANO J. Proceedings of the Institute on Undergraduate Medical Education. *University of Cincinnati*, 1961, 16-31.
- RORSCHACH H. *Psychodiagnostic*. Paris, PUF, 1962, 412 pp.
- SCHUMACHER C.F. Personal characteristics of students choosing different types of medical careers. *J. med. Educ.*, 1964, 39, 278-288.
- STRUPP H., WALLACH M.S., WOGAN M. Psychotherapy experience in retrospect. *Psychological Monographs*, 1964, 78, (11, Whole, n° 588).
- WALTON H.J. Personality correlates of a cancer interest in psychiatry. *Brit. J. Psychiat.*, 1969, 519, 211-219.

J. DONNAY-RICHELE

Département  
de Psychologie médicale  
et de Médecine psychosomatique  
Institut de Psychologie  
et des Sciences de l'Éducation  
Université de Liège  
Boulevard de la Constitution 119  
B-4000 Liège (Belgique)

#### Discussion

M. S. CRAHAY (Bruxelles). — Je désirerais présenter trois remarques.

La première, c'est qu'il me paraît manquer un volet à votre travail : c'est l'analyse de l'importance des facteurs circonstanciels qui peuvent avoir fait choisir la psychiatrie, et je crois que ces facteurs existent. Par exemple, je me souviens que M. Sivadon a raconté plus d'une fois qu'un des facteurs qui l'avaient marqué et qui probablement avaient déterminé dans une certaine mesure son orientation, c'était au cours de sa jeunesse, à Clermont-Ferrand je pense, la proximité d'un asile psychiatrique. Je me suis rendu compte à cette occasion d'ailleurs qu'il y avait aussi dans ma jeunesse un élément un peu semblable : il se trouvait dans ma rue une vieille femme qui s'appelait Mimi, qui présentait périodiquement des accès maniaques avec idées de persécution et qui avait systématisé son délire sur la personne d'un de mes oncles, lequel



avait eu la malencontreuse idée de construire une scierie très bruyante à côté de sa petite maison.

La deuxième remarque, c'est qu'il me semble aussi — et cela me paraît tout de même étonnant — que vous décrivez pratiquement un seul type de personnalité correspondant à celui de psychiatre. Je vais peut-être porter ma réflexion plus particulièrement sur un point : celui de la mère phallique. A partir de ce que vous avez dit, il serait intéressant de savoir dans quelle mesure on peut estimer le pourcentage dans lequel les psychiatres ont eu une mère phallique. Doit-on imputer ce choix vocationnel à ce seul type de personnalité ou peut-il y en avoir plusieurs ? Encore une fois, je pense à un travail personnel : M. Titeca se souviendra qu'à une époque déjà assez lointaine, nous avons dû examiner un certain nombre de boxeurs en vue d'une enquête parlementaire et cela m'avait paru être une occasion favorable pour procéder à une étude du choix de la vocation et de la motivation qui avait fait opter les intéressés pour un rôle aussi agressif. Or, il est apparu qu'il y avait un seul point commun entre l'ensemble des boxeurs que nous avons vus, c'était qu'ils avaient choisi la boxe et fait l'effort de devenir boxeurs parce que, venant d'un milieu sous-prolétarien, ils y voyaient la possibilité d'une promotion sociale. A part cela, les hypothèses concernant la personnalité agressive et les problèmes de frustration se sont révélées sans fondement. Nous avons, d'autre part, postulé que probablement il s'agissait de sujets très actifs ; or, nous avons trouvé qu'il n'en était rien et que même l'un des plus grands d'entre eux, celui au palmarès le plus prestigieux, était d'une telle passivité qu'après avoir abandonné la boxe, il est tombé sous la coupe d'une femme fleuriste qui, elle, était visiblement phallique et, dès lors, il régressa au point de livrer des fleurs dans les environs.

Le troisième point que je voudrais signaler, c'est que j'ai le sentiment qu'il doit y avoir dans chaque pays un groupe de personnes qui pourraient être confrontées avec vos données et fournir des éléments de confirmation ou éventuellement de contestation à propos de ce que vous avez dit : ce sont les psychanalystes qui font des analyses didactiques de candidats psychiatres ou de psychiatres ou de psychologues. Je voudrais savoir à ce sujet si vous avez tenté de toucher ce groupe ?

M<sup>me</sup> J. DONNAY (Liège). — En ce qui concerne la première remarque de M. Crahay, je me demande si l'on ne peut pas dire que parmi les différents événements et les diverses circonstances qui émaillent la vie de chacun, ce n'est précisément pas le hasard qui joue le rôle essentiel, et c'est peut-être ce qui nous a le plus frappés dans cette étude. Peut-être, en effet, doit-on retenir des facteurs telle la proximité d'un hôpital psychiatrique ou la rencontre fortuite avec un aliéné ?

Pour ce qui est des autres remarques, je puis seulement dire que nous comptons poursuivre notre étude, notamment en soumettant aux mêmes épreuves d'autres groupes professionnels. Ce n'est qu'à ce moment que je pourrai tenter de proposer des réponses.

M. Ch. MERTENS de WILMARS (Louvain). — Je désire tout d'abord féliciter M<sup>me</sup> Donnay, non seulement parce que le problème qu'elle a soulevé est important, mais aussi parce qu'elle l'a abordé avec beaucoup de délicatesse et un sens des nuances qui mérite des louanges.

Je voudrais lui demander si elle est au courant des deux enquêtes dont l'une est coordonnée en France par Chertok et dont l'autre est réalisée aux Etats-Unis par Preiss. Ces deux enquêtes ont, en effet, les mêmes objectifs que ceux de son étude. M<sup>me</sup> Donnay peut-elle nous préciser si la description qu'elle donne des psychiatres se rapproche d'une structure orale ou anale, c'est-à-dire obsessionnelle ? Si sa réponse n'est pas différenciée, il faut en conclure que l'on retrouve chez les psychiatres diverses structures de personnalité avec toutefois un dénominateur commun, à savoir une prévalence pour les prédispositions pré-génitales.

Ne pense-t-elle pas, d'autre part, que les contingences sociales et économiques influencent tellement ce choix vocationnel que nous devons nous attendre à trouver chez les psychiatres des structures de personnalité assez variées ? Si l'on pouvait faire de très vastes enquêtes, il serait possible d'écarter, par corrélation partielle, l'influence de ces facteurs contingents. Ne pense-t-elle pas qu'il serait utile d'utiliser parallèlement aux épreuves projectives, des questionnaires très objectifs, portant sur ces contingences sociales et économiques ? Ces données objectives mettraient mieux en lumière les aspects projectifs.

Je me demande enfin s'il n'est pas nécessaire d'examiner conjointement des groupes contrôles (dentistes, chirurgiens) avant de conclure à l'existence d'une structure spécifique chez les psychiatres.

Je dois dire pour terminer que j'ai été très frappé par la remarque de M<sup>me</sup> Donnay relative à la prise de conscience chez les psychiatres de leur problème psychologique. Cela nous remet en mémoire la boutade : si les psychiatres sont fous, les médecins sont des fous qui s'ignorent.

M<sup>me</sup> J. DONNAY (Liège). — En ce qui concerne l'utilisation de questionnaires, je précise que nous avons avec les intéressés de longs entretiens qui se poursuivent pendant les doctorats et au cours desquels j'essaie de me faire une opinion sur la situation sociale et familiale des sujets et sur les raisons qui semblent d'après les intéressés eux-mêmes avoir guidé leur choix professionnel. D'autre part, il entre dans mes intentions, non seulement de poursuivre mon étude sur un nombre plus élevé de sujets, candidats psychiatres ou psychologues, mais aussi de me livrer à une étude similaire sur des groupes de comparaison : j'ai l'intention notamment d'examiner des ingénieurs, d'une part, et des médecins non psychiatres, d'autre part, afin de mieux définir ce qui est particulier aux psychiatres et aux psychologues par rapport à d'autres personnalités et d'autres choix professionnels. Tout ce que je puis dire pour le moment, c'est que les sujets que nous avons déjà examinés ont, je crois, avant tout pour but la relation psychothérapeutique de type analytique et que les assistants en psychologie sont des étudiants qui choisissent la psychologie clinique parce qu'ils ont à peu près la même optique.

M. Ch. MERTENS de WILMARS (Louvain). — Ai-je raison de croire que ce sont surtout des protocoles de type obsessionnel qui correspondent à ce groupe ?

M<sup>me</sup> J. DONNAY (Liège). — Dans l'état actuel de nos recherches, je ne me crois pas autorisée à dire que les protocoles de type obsessionnel sont les plus couramment observés chez nos sujets. Non seulement il y a chez eux une assez grande variété de protocoles, mais, en outre, il y a un nombre assez élevé de protocoles mettant en évidence beaucoup d'oralité, ce qui les rapprocherait des personnalités dites hystériques.

M. Ch. MERTENS de WILMARS (Louvain). — Je pense même qu'il serait opportun que vous sépariez les psychiatres en divers groupes. Il y a les psychiatres s'occupant de problèmes de santé publique, les psychanalystes, les psychiatres asilaires ou les pédopsychiatres ou encore les neuropsychiatres. On peut s'attendre à ce qu'ils soient dotés de personnalités de types différents.

M<sup>me</sup> S. DURET-COSYNS (Bruxelles). — J'avais simplement une remarque à faire sur le sexe de votre échantillonnage. J'ai, en effet, l'impression que les groupes d'étudiants en psychiatrie que vous avez examinés étaient constitués en très grande majorité par des hommes. J'aimerais savoir si vous avez aussi eu l'occasion d'étudier des groupes de psychologues où l'élément féminin est souvent majoritaire, et je crois qu'il y aurait de toute façon lieu de scinder vos groupes en deux, selon le sexe.

M<sup>me</sup> J. DONNAY (Liège). — Les circonstances ont fait que les candidats en psychiatrie que je me proposais d'examiner étaient presque tous des hommes. J'ai cependant parmi mes candidats psychologues un assez grand nombre de sujets féminins et je pourrais alors les diviser en deux groupes et comparer les résultats obtenus chez les psychologues masculins à ceux enregistrés chez les psychologues féminines.

M. E. EVRARD (Liège). — Je voudrais poser deux questions à M<sup>me</sup> Donnay.

Tout d'abord, vous avez dit qu'au fur et à mesure que les étudiants ou les psychiatres en formation augmentent leurs connaissances, on voit naître chez eux d'une façon plus prononcée l'anxiété et le cynisme. Il conviendrait d'abord de s'entendre sur ce qu'on entend par « cynisme » : s'agit-il simplement de non-conformisme ou bien d'un non-conformisme avec une note agressive ou impudente ?

Par ailleurs, vous avez dit que « le psychiatre ne voit pas le corps ». Je crois qu'il y a tout de même un certain nombre de psychiatres qui voient le corps de leur malade puisqu'ils se livrent à un examen somatique complet et à un examen neurologique assez poussé. J'estime d'ailleurs que, contrairement à ce que proclament certains psychothérapeutes, cela ne constitue pas un désavantage sur le plan de la psychothérapie ; je crois, au contraire, qu'avoir examiné quelqu'un complètement est souvent une ouverture sur le plan psychologique et que les entretiens qui suivent sont souvent plus fructueux.

M<sup>me</sup> J. DONNAY (Liège). — En ce qui concerne l'attitude « cynique » dont vient de parler M. Evrard, je dois préciser qu'il ne s'agit pas de ma part d'une observation personnelle. J'ai, en effet, seulement repris la citation faite par Eron dans un travail paru en 1958 ; les auteurs n'y précisent pas ce qu'ils entendent exactement par le terme « cynisme ». D'autre part, je rappelle encore que les sujets que j'ai examinés s'orientaient vers la psychothérapie. On peut en dire autant des auteurs précités qui dirigent une école de type psychanalytique. Votre remarque est probablement très pertinente, mais je dois reconnaître que je n'ai personnellement pu ni la confirmer, ni l'infirmier à partir des études auxquelles je me suis livrée sur des psychiatres belges.

M. W. GEERTS (Bruxelles). — Un des aspects qui engendrent en général le plus d'agressivité vis-à-vis des psychiatres est, je crois, celui de l'imprécision de leur terminologie ; c'est évidemment la manière d'employer des mots avec beaucoup de générosité qui fait que toute la neuropsychiatrie est devenue extrêmement riche en... imprécisions. Ma question est exactement centrée sur cette imprécision verbale, car je ne parlerai pas d'imprécision dans les faits. Il existe je crois à l'heure actuelle en psycholinguistique des possibilités d'examiner la verbalisation ou les capacités de verbalisation de l'individu. Je pense que lorsque quelqu'un veut devenir dessinateur, c'est parce qu'il aime dessiner. Or, les moyens instrumentaux de la psychiatrie sont très pauvres puisqu'ils sont pratiquement limités aux seules possibilités de verbalisation. Il y a là un élément essentiel dont il convient de tenir compte chaque fois qu'il s'agit de contacts humains, de contacts avec le malade et même d'exposés scientifiques. Il est rare de voir, dans de tels exposés, des schémas techniques remplacer des expressions verbales. Dans ces conditions, j'aimerais demander à M<sup>me</sup> Donnay si elle a eu la possibilité d'examiner par des moyens approfondis et adéquats les capacités de verbalisation des psychiatres et des futurs psychiatres et éventuellement s'il n'y a pas là un élément de sélection qui pourrait peut-être à l'avenir amener à une plus grande clarté dans la littérature scientifique ?

M<sup>me</sup> J. DONNAY (Liège). — A ce propos, j'ai signalé effectivement que Holt et Laborsky ont relevé que les psychiatres et les meilleurs assistants psychiatres avaient obtenu un résultat très élevé à la partie verbale de l'échelle d'intelligence. Il y a certainement là une capacité de verbalisation qui leur est particulière.

M. Y. CROCHELET (Bruxelles). — J'ai eu l'impression que dans ce que vous décriviez au Rorschach vous mettiez en évidence une structure paranoïde : vous utilisez souvent des termes tels que intellectualisation ou tendances homosexuelles. En déduisez-vous que les psychiatres seraient des gens interprétatifs et dès lors fort subjectifs ?

Une remarque de détail aussi : êtes-vous bien certaine que vous n'allez pas trop vite en disant que le pourcentage de réponses humaines au Rorschach n'étant pas grand, cela indique un manque d'intérêt humain particulier, puisque vous avez, d'autre part, de nombreuses réponses primitives et des réponses masques qui vont diminuer votre pourcentage de réponses humaines ?

Ensuite, un autre point : personnellement, dans le cadre d'un mémoire de licence en psychologie, j'ai autrefois soumis 40 sujets psychologues ou candidats psychologues au Rorschach, au TAT et à d'autres tests projectifs. Dans cette étude, qui n'a pas été publiée, je n'ai rien trouvé de bien particulier, ce qui était peut-être dû à mon incompetence à l'époque... J'ai seulement eu l'impression que j'avais affaire à des gens pas tellement différents des autres êtres humains dont la psychodynamique était loin d'être toujours d'un même type ou marquée de mêmes traits, et, comme l'a dit un confrère, je me demande ce que donnerait votre étude si on la réalisait avec d'autres professions, par exemple des curés, ou des bouchers, ou des aviateurs ?

Encore une question : selon vous, le bon psychiatre est-il finalement celui qui a peu de problèmes ou en a eu peu, ou celui qui en a eu beaucoup ?

Enfin, êtes-vous d'accord avec les travaux américains qui concluent qu'il y a beaucoup plus de divorces et de suicides chez les psychiatres que chez les autres médecins ?

M<sup>me</sup> J. DONNAY (Liège). — Au sujet du premier point, je pense qu'effectivement le psychiatre doit être assez interprétatif ; c'est bien pour cela que je dis qu'il est utile pour lui de se connaître lui-même afin de pouvoir diminuer l'interférence de ses propres problèmes et de ses propres tendances.

En ce qui concerne le pourcentage moins élevé de réponses humaines chez les psychiatres, je pense qu'il s'agit d'un phénomène réel, puisque d'après mon expérience les psychologues en eurent beaucoup plus que les psychiatres. Disons que c'est significatif à p.010. Alors, il reste bien sûr la comparaison avec les autres professions, étude que j'ai inscrite à mon programme. Peut-être trouverai-je qu'effectivement il n'y a pas suffisamment d'éléments particuliers chez les psychiatres et les psychologues ?

Vous m'avez demandé si je pensais qu'il était préférable pour devenir un bon psychiatre d'avoir personnellement eu des problèmes. Actuellement, je pense que les meilleurs psychiatres sont peut-être ceux qui ont eu beaucoup de problèmes à affronter, mais qui ont réussi à les maîtriser et à en sortir. En ce qui concerne le divorce et le suicide, je rappelle que mon étude ne porte que sur quinze candidats et que je ne pourrai répondre à la question posée que lorsque j'aurai eu suffisamment d'entretiens avec mes sujets pour savoir si leurs parents s'entendaient bien, s'ils étaient ou non divorcés, si les relations entre parents et enfants étaient satisfaisantes, etc.

M. Ch. MERTENS de WILMARS (Louvain). — Dans la même ligne de ce qui vient d'être dit, je crois que, même si l'on trouve chez les psychiatres une fréquence élevée de divorces, il faut être très prudent avant d'en conclure que les psychiatres divorcent plus souvent que les autres. Il ne faut, en effet, pas perdre de vue que les médecins proviennent le plus souvent d'un milieu social où, en raison du niveau socioéconomique et culturel, on divorce plus facilement. De même, il faut être très prudent avant d'affirmer que la connaissance de soi facilite la relation avec autrui. Cela n'est pas vrai : bien se connaître en rend souvent plus difficile la relation à autrui. C'est l'expérience de l'inutilité des défenses relationnelles qui permet leur abandon et facilite la relation ; mais la connaissance elle-même n'est jamais curative.

---