

TEST DE RORSCHACH ET VARIATIONS DES POTENTIELS LENTS CÉRÉBRAUX EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

PAR

M. TIMSIT, P. REUL et M. TIMSIT-BERTHIER

Depuis la découverte de la Variation Contingente Négative (V.C.N.), 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 en tirer dans le diagnostic de la schizophrénie incipiens. Ces recherches se sont poursuivies pendant plusieurs années au Laboratoire de Neurophysiologie humaine du Département de Psychologie Médicale de l'Université de Liège. Dans leur phase initiale, alors que les diagnostics psychiatriques n'étaient corrélés qu'avec les seules données obtenues à partir de l'étude de la V.C.N., les difficultés n'avaient pas manqué de surgir : dans un nombre non négligeable de cas, en effet, les résultats s'étaient révélés contradictoires, en apparence, et le recours à une approche clinique plus poussée, n'avait pu permettre de résoudre cette contradiction. Aussi, en 1969, nous sommes-nous adressé au test de Rorschach avec l'espoir que l'emploi de cette technique projective, dont la fidélité et la sensibilité sont universellement reconnues, apporterait une solution dans les cas où la validité de la V.C.N. restait encore soumise à discussion. De fait, les résultats de cette recherche ont été conformes à notre attente, mais il est juste de signaler que l'étude systématique d'autres potentiels lents cérébraux que la V.C.N. (stimulations sensorielles et surtout phénomène de Kornhuber), entreprise ultérieurement, a conduit à des résultats analogues. Nous avons néanmoins pensé qu'il était intéressant de faire état de cette confrontation entre données « Rorschach » et données électroencéphalographiques.

Ce travail a fait, en partie, l'objet d'une communication à la Société Française du Rorschach et des Méthodes Projectives à Paris, le 22 avril 1972.

Avant d'entrer dans les détails de la recherche proprement dite, il nous paraît indiqué de rappeler brièvement ce que sont les potentiels lents cérébraux et quelles modifications on peut en attendre en clinique psychiatrique.

I. POTENTIELS LENTS CÉRÉBRAUX ET PSYCHIATRIE

Pour mettre en évidence ces phénomènes électrophysiologiques, l'on doit recourir à deux artifices techniques :

— emploi d'une *longue constante de temps* : afin d'empêcher le filtrage des composantes lentes des activités électriques cérébrales, l'on doit en effet recourir à une constante de temps d'au moins 11 secondes alors qu'en électroencéphalographie classique ce temps n'est que de 0,3 seconde ;

— utilisation de *techniques de sommation* : comme ces phénomènes lents sont invisibles sur le tracé électro-encéphalographique, il est indispensable de les « sommer » et d'user ainsi d'un *moyenneur* (Enhancétron).

La V.C.N. recueillie grâce à ces artifices techniques 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. Le premier stimulus est dit annonciateur et précède de une à deux secondes le second, dit stimulus impératif parce que c'est sur lui que le sujet doit agir. Après ce second stimulus l'onde négative retourne à la ligne de base. Considéré tout d'abord comme la simple traduction électrique d'un conditionnement, la V.C.N. apparaît être aujourd'hui un phénomène complexe et « contingent », qui varie tant en fonction des diverses conditions d'expérimentation qu'à partir des multiples facteurs individuels (âge, sexe, motivation, qualité du sommeil avant l'expérience, mode de perception, personnalité, degré d'anxiété, existence d'un état psychopathologique).

Dans nos protocoles expérimentaux, le stimulus annonciateur (S_1) est constitué par un son, le stimulus impératif (S_2) par une stimulation lumi-

FIG. 1. — Différents aspects de la V.C.N.

Type I. — V.C.N. 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. — V.C.N. 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. — V.C.N. de durée prolongée et présentant un aspect « en plateau » (surtout retrouvée chez les psychotiques)

Type IV. — V.C.N. de durée prolongée et présentant un aspect « en dome » (surtout retrouvée chez les psychotiques)

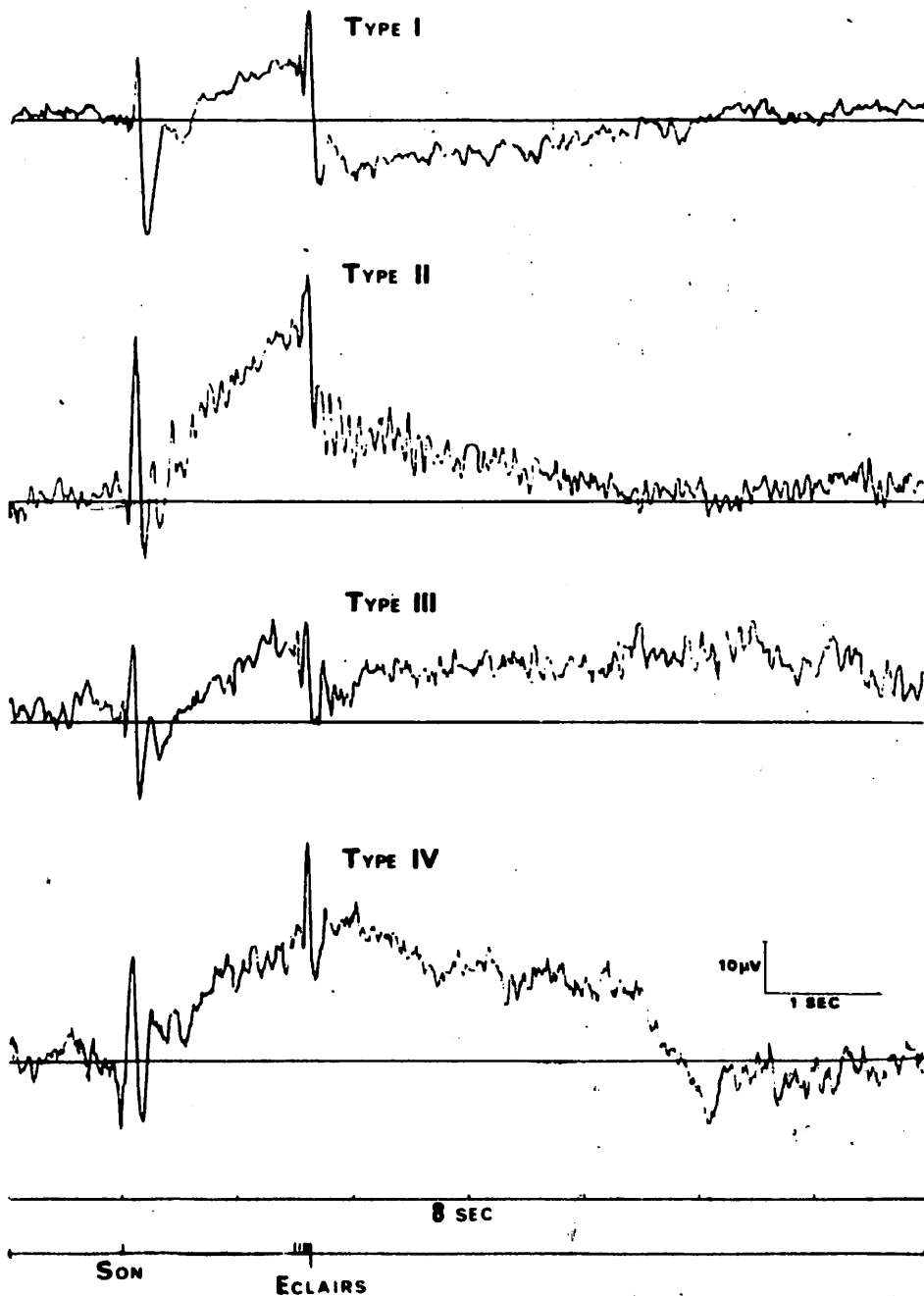


FIG. 1

neuse intermittente, que le sujet doit éteindre et l'intervalle entre S_1 et S_2 est de 1,5 seconde. Alors que l'intérêt s'était surtout porté sur la morphologie et l'amplitude de cette V.C.N. (déflexion négative comprise entre S_1 et S_2) les recherches conduites dans notre laboratoire ont montré que dans le domaine de la pathologie mentale, c'était surtout à l'étude du *mode de terminaison* et à la *durée* de la V.C.N. qu'il convenait de s'attacher.

L'on a pu en effet isoler un profil particulier — types III et IV (fig. 1) — qui est caractérisé par un retard de plusieurs secondes dans le retour de la déflexion négative à la ligne de base. Or ce type de variation de contingence de durée prolongée est en corrélation positive avec la gravité des troubles psychopathologiques : dans une étude qui porte à présent sur près de 500 cas, il a été démontré que ces anomalies sont suffisamment constantes pour acquérir une valeur diagnostique d'utilité pratique pour le clinicien, puisqu'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. La question s'est posée de savoir pourquoi ce lot relativement important de sujets névrosés présentait des V.C.N. de durée prolongée, alors que cette anomalie semblait bien être l'apanage des sujets psychotiques et plus précisément des schizophrènes en évolution. L'objet de notre recherche a donc été de tenter de mieux cerner la structure de ces sujets névrosés qui posent des problèmes en la comparant à celle des névrosés dont la V.C.N. avait une durée normale, et à celle des schizophrènes (V.C.N. de durée prolongée). En d'autres termes, nous nous proposons de mettre en évidence chez ces patients cliniquement névrosés, et

TABLEAU I

	GROUPE I (n:20)	GROUPE 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

différents des autres névrosés sur le plan électroencéphalographique, une éventuelle structure psychotique latente, ou en tous cas des indices précis de gravité.

Aucun critère clinique ne nous ayant paru discriminatif, nous avons jugé bon d'avoir recours au *test de Rorschach*. L'on sait en effet que Bleuler a décrit, de façon indubitable, l'existence 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.

II. DONNÉES MÉTHODOLOGIQUES

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 V.C.N. est dans les limites de la normale.

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

— Groupe III (23 sujets) comprenant des patients psychotiques chez lesquels la V.C.N. 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 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), or 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 de cas pathologiques en cinq catégories d'avance par vingt 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 névroses 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 référé 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* repose sur le « principe qu'il existe chez les schizophrènes une disproportion significative entre le potentiel énergétique et l'aptitude à contrôler cette énergie » à l'inverse de ce que l'on trouve chez les névrosés et toute personne exempte de maladie organique du cerveau. Comme le souligne Palem, elle ne prétend pas mettre en évidence « des signes proprement schizophréniques, mais des signes de défense, (contrôle) qui révèlent indirectement l'existence d'un processus psychotique dans leur intensité même ». Malheureusement, les conditions d'application de cette formule sont très strictes et en limitent l'emploi puisque les protocoles ne doivent pas avoir plus de 6 réponses globales et que le total des réponses clair-obscur ne doit pas

être inférieur au total des réponses colorées. Outre ces trois composants, Piotrowski et Lewis font également intervenir le choc-Clob et le F + %. Ces auteurs précisent que, dans les limites d'application, si un protocole de Rorschach présente un score alpha d'au moins 3 points, on peut affirmer avec un degré d'exactitude de 90 % que le sujet souffre d'un trouble mental plus sévère qu'une névrose c'est-à-dire, en d'autres termes, d'une psychose ou d'une affection cérébrale organique, bien qu'il puisse présenter aussi des symptômes névrotiques non équivoques ». Ils ajoutent que « quand le problème diagnostique est limité au choix entre névrose et schizophrénie, il y a 90 % de chances pour que le sujet soit un schizophrène quand ces exigences sont satisfaites » ¹.

Nous n'avons pu utiliser cette formule 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 extra-tensivité du type vécu, une confabulation et des phénomènes apparentés (DG, 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 » ².

Le *syndrome général non spécifique de morbidité mentale* (Palem est « un ensemble de facteurs Rorschach qui, apparaissant chez les schizophrènes, ne

1.

TABLEAU DES SCORES

Notes	G.	Somme des C	Somme des Clob — somme des C	Choc Clob	F + %
4	0	....	> 4,0	....	....
3	1	0	3,5-4,0	....	....
2	2	0,5	2,5-3,0	....	< 60
1	3,4	1-1,5	1,5-2	+	60-69
0	> 4	2-2,5	0-1	....	69
-1	....	3-4	....	....	....
-2	....	4	....	....	....

2. Nous avons également recherché systématiquement dans nos protocoles les signes du *syndrome schizophrénique* de Rorschach, d'où ce « syndrome restreint » est extrait.

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 estompages (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.

III. RÉSULTATS

1) Aspects individuels

Dans le Groupe I, — patients névrosés ne présentant pas de variation contingente négative prolongée — les protocoles Rorschach ne montrent aucun signe de processus psychotique latent, et ils sont en parfaite concordance avec le diagnostic posé.

Chez un seul patient, cependant, (névrose obsessionnelle avec éreutrophobie) le contenu de certaines interprétations pouvait laisser suspecter un état transitoire de dépersonnalisation : à la planche V, en particulier, il donne la réponse suivante : « ça fait penser à la collision de deux mammifères à cornes, chevreuils ou antilopes, quelque chose comme ça... Comme si l'image était déformée, floue, du fait de la collision et de la vitesse à laquelle les deux animaux se sont rencontrés », et à la planche IX : « Ça s'impose assez nettement étant donné les couleurs qu'il y a tout autour. Cela pourrait représenter la vision d'une divinité animale devant les peuples indiens. Je vois très bien une tribu nègre en transes prosternée devant ces gens. » A l'enquête il précise que « la vision d'une personne droguée ou en transes ».

Dans le Groupe II — sujets névrosés présentant une variation contingente négative prolongée — dans trois cas, les protocoles Rorschach renvoient à un trouble profond de la personnalité.

Dans le premier, il s'agit d'une patiente de 40 ans, atteinte d'un état dépressif grave décompensant une névrose de caractère obsessionnelle. Les idées d'indignité et la culpabilité sont exprimées d'une façon quasi-délinquante, tant l'autocritique est faible. La patiente est assiégée par l'idée qu'elle pourrait être indirectement responsable d'un meurtre. Néanmoins, sous l'effet d'anti-dépresseurs et d'une psychothérapie, elle s'améliore. Le protocole Rorschach est marqué par des signes de dépression (introversion sans couleur avec rendement appauvri), mais certains éléments paraissent plus suspects : la patiente exprime en effet directement, sur le plan projectif des thèmes homosexuels (à la planche III « deux hommes qui jouent à quelque chose, je ne sais quoi », à la planche VII « deux femmes qui veulent s'embrasser sur la bouche », et elle ajoute à l'enquête « ça a l'air vicieux », à la planche X « deux femmes qui se regardent drôlement »).

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, qui consulte pour difficultés scolaires (baisse du rendement et difficultés de concentration). Depuis deux ans, il a présenté des échecs répétés et il éprouve un profond malaise et une inquiétude au sujet de son avenir. Tendü, anxieux, il est en proie à des préoccupations d'ordre philosophique et métaphysique. Il adopte une attitude régressive avec pleurs et clinophilie. Sa structure de personnalité semble associer de façon complexe les traits schizoïdes, paranoïaques et hystériques. Le protocole Rorschach révèle une angoisse profonde de type phobique (extra-tensivité, choc couleur, choc au noir, F % à 60 et F + % à 78). Cependant, l'absence de K, des réponses primitives (tronc, sang), une anarchie pulsionnelle, des préoccupations somatiques et surtout une réponse « accouchement » font suspecter une évolution psychotique.

Dans le troisième cas, le sujet, âgé de 20 ans, est amené à consulter à la suite de l'absorption massive de sédatifs qui ont eu, chez lui, un effet excitant. L'anamnèse révèle un isolement affectif important et un rejet de la part des parents. L'inhibition, au cours de la présentation, le caractère décousu du discours, les stéréotypies verbales, la lenteur de l'idéation, le maniérisme, font suspecter un processus psychotique. Néanmoins, au décours des premiers entretiens, l'impression prévaut d'une névrose obsessionnelle. Au test de Rorschach l'abaissement du F + %, la distanciation, la spaltung dans les contenus, la persévération, la confabulation, des réponses Gbl plaident en faveur de processus psychotiques, sur le plan dynamique, une alternance à plusieurs planches, de réponses « reflet » - « êtres déformés », pose le problème d'un trouble de l'image du corps.

Cependant, hormis ces trois cas, où le test de Rorschach met en évidence une perturbation plus profonde que la clinique ne le laissait présager, il n'est pas possible d'affirmer qu'il existe une structure psychotique chez ces sujets névrosés présentant des VCN prolongées.

Dans le Groupe III — sujets psychotiques présentant une variation contingente négative prolongée — tous les protocoles Rorschach ne sont pas également « parlants ». Cependant, dans la majorité des cas, le diagnostic de psychose ne laisse aucun doute. Seuls trois protocoles ne montrent que peu de signes de désorganisation : l'un (sujet de 18 ans), parce qu'il est très pauvre, le second (sujet de 29 ans) parce que le mélanisme

régressif dissimule un fond pathogène, et le troisième parce que (sujet de 21 ans) il maintient un contact satisfaisant avec la réalité.

2) Etude statistique

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 (six sujets du second n'en donnent pas contre trois du premier),

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

cette différence n'est pas significative. Dans le premier groupe, huit sujets donnent 2 K ou davantage, cinq 1 K et sept n'en donnent aucune, tandis que dans le second groupe, six sujets donnent 2 K ou davantage, six autres une seule K, et les six derniers n'en donnent aucune. 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 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 douze d'entre eux (sur dix-huit) donnent moins de quinze réponses contre trois seulement (sur vingt) 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, Sd = 5,9). La différence est significative à .01

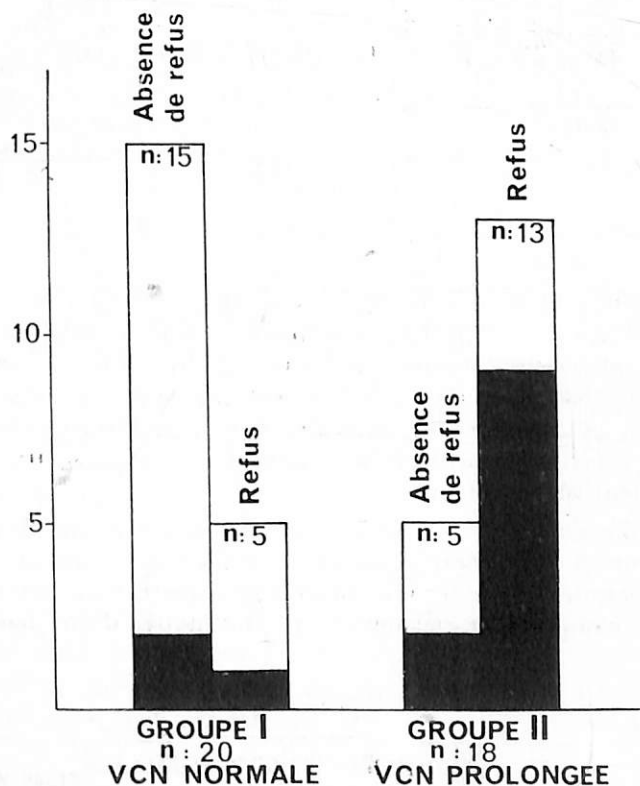


FIG. 2. — Histogramme de répartition des protocoles Rorschach en fonction des refus et de la productivité dans les groupes I et II (sujets névrosés). En noir nombre de Rorschach présentant moins de 15 réponses

(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 treize de nos sujets, huit névroses et cinq psychotiques, ce qui exclut toute possibilité de traitement statistique. Néanmoins,

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	

il est remarquable que le score alpha soit égal ou supérieur à trois chez les cinq psychotiques — ce qui était attendu — mais aussi chez cinq névrosés, qui, eux, appartiennent tous au second groupe, avec variation contingente négative prolongée. Des études portant sur un bien plus grand nombre de cas, pourront seules montrer si cette relation entre la prolongation de la variation contingente négative 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 névro-

TABLEAU IV

LISTES DE PALEM	GROUPE II (n:18) NEVR VCN PROL		GROUPE III (n:23) PSYCH VCN PROL		SIGNIFICATIVITE	
	My	S	My	S	Médian	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

sés 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 que, 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 variation contingente négative prolongée possède une origi-

TABLEAU V

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

nalité certaine. Il ne saurait être confondu ni avec le Groupe des sujets schizophréniques dont la V.C.N. est également prolongée, puisqu'il diffère d'une façon significative au niveau des signes du syndrome schizophrénique, ni avec celui des sujets névrosés dont la V.C.N. 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 V.C.N. est prolongée.

Si l'on entreprend d'analyser plus en détail 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 V.C.N. prolongée (Groupe II) a été mentionnée plus haut lors de l'étude du psychogramme formel (tableau III).

— 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 (figure 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 lorsque l'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 groupé 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 sept pour la planche IX et trois 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 variation contingente négative prolongée du Groupe II. Chez les sujets psychoti-

ques à V.C.N. prolongée du Groupe III, en effet, l'on ne compte que six protocoles comportant au moins un refus sur 23, et huit protocoles avec un nombre de réponses inférieur ou égal à quinze.

IV. 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 V.C.N. chez des sujets psychotiques (V.C.N. prolongée), l'on pourrait légitimement formuler l'hypothèse que l'existence de V.C.N. de ce type chez des sujets névrosés 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 V.C.N. — corrélation de V.C.N. 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 des schizophrènes dont la V.C.N. était prolongée (Groupe III) nous a montré qu'il n'en n'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 V.C.N. 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 V.C.N. 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 eu 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 névrotiques) 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, 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 V.C.N. et l'intensité des manifestations anxieuses, telles, en tout 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 — V.C.N. 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 celle de la V.C.N. fournissent des éléments de discrimination sensible chez les névrosés puisque leurs anomalies (prolongation de la V.C.N.) sont manifestement liées à « une plus grande morbidité mentale non spécifique », et plus précisément à une angoisse plus intense que le test de Rorschach met en évidence. Tenter d'aller au-delà de ces simples constatations et risquer une extrapolation à partir de données cliniques et projectives à la nature de phénomènes bio-électriques nous paraît être une entreprise téméraire. Les résultats de cette recherche nous confirment dans l'opinion que nous avons déjà formulée³ en nous 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 reconnaissant la multiplicité des passages : les données électro-physiologiques servent ainsi avant tout, à éclairer le tableau clinique. Dans cette perspective, l'on ne doit plus adopter pour une morphologie électro-encéphalographique identique, un seul et même système explicatif, mais au contraire, on doit s'efforcer de trouver des significations différentes à des images électriques semblables lorsqu'elles s'inscrivent dans des organisations psychologiques opposées. »

³ M. Timsit-Berthier, et M. Timsit — L'Electroencéphalographie fonctionnelle en psychiatrie. Bilan et perspectives. L'Evolution Psychiatrique, 1972, 3, p. 584.

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 « V.C.N. 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 des sujets névrosés chez lesquels de telles courbes de « V.C.N. prolongées » sont également observées.

A cet effet, ils comparent les protocoles Rorschach de 18 de ces sujets avec ceux de 20 sujets névrosés à V.C.N. normale d'une part, et ceux de 23 sujets psychotiques (à V.C.N. prolongée) d'autre part, en se fondant sur les données classiques du psychogramme formel, la formule alpha de Piotrowski et Lewis, et les listes de Palem (syndrome schizophrénique, syndrome général non-spécifique de morbidité mentale).

Ils constatent que les protocoles des sujets névrosés à V.C.N. prolongée se distinguent de façon significative de ceux des schizophrènes au niveau de la liste des signes du 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 V.C.N. 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 V.C.N. et l'intensité des manifestations anxieuses, telles en tout cas, qu'elles peuvent apparaître au test de Rorschach.

*Département de Psychologie médicale et de médecine psychosomatique,
et Institut de Psychologie, Université de Liège
153, bd de la Constitution 4000 Liège*

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D. — Les méthodes projectives. *P.U.F.*, Paris, 1960, 286 P.
- BEJZMANN 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 LEMÉE 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 forms 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 V.C.N. 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.
- TMSIT-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. med. Psychol.*, 1968, 1 : 424-434.
- TMSIT-BERTHIER M., KONINCKX N., DARGENT J., FONTAINE O. et DONGIEU M. — Variations Contingentes Négatives en psychiatrie. *Electroenceph. clin. Neurophysiol.*, 1969, 28 : 41-47.
- TMSIT-BERTHIER M., KONINCKX N., TMSIT M. et DONGIER M. — Utilisation des calculateurs électroniques en électroencéphalographie psychiatrique. *Rev. neurol.*, 1970, 5 : 337-350.
- TMSIT-BERTHIER M. et TMSIT M. — L'électroencéphalographie fonctionnelle en psychiatrie. Bilan et perspectives. *L'évolution Psychiatrique*, 1972, 3 : 567-584.
- 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.
-