

Membre de l'université Paris Lumières

Lamia ALNISSANY

**Dépression, Narcissisme et style de
personnalité passive au Rorschach Système
Intégré : du diagnostic au psycho diagnostic**

*Étude comparative d'adultes dépressifs et normatifs pour la
validité des indices DEPI et CDI du Rorschach Système Intégré*

TOME 1

Thèse présentée et soutenue publiquement le 15/12/202017
en vue de l'obtention du doctorat de Psychologie de l'Université Paris Nanterre
sous la direction de Mme Anne Andronikof (Université Paris Nanterre)

Jury :

Rapporteur :	M. Christian Mormont	Professeur, Université de Sart-Tilman Liège (Belgique)
Rapporteur :	M. Nicolas Combalbert	Professeur, Université François Rabelais (Tours)
Membre du jury :	M. Cyrille Bouvet	Professeur, Université Paris Nanterre
Membre du jury :	Mme Anne Andronikof	Professeur, Université Paris Nanterre

À mes trois frères partis si jeunes, Abdo, Elia, Mohammed

Vos resterez à jamais dans mon cœur.

Je vous aime.

À ma famille en Syrie.

À mon amour, depuis le premier jour Bassam.

À mon rayon de soleil de tous les jours Serena. Je t'aime

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont au Professeur Anne ANDRONIKOF, qui m'a chaleureusement reçue au sein de son laboratoire et qui a dirigé mes travaux de recherche depuis mes études de Master jusqu'à l'achèvement de ce travail de thèse. Je la remercie pour ses conseils, son écoute attentive et pour sa réflexion originale et constructive.

Mes remerciements sincères aux membres du jury qui ont aimablement accepté d'apporter leurs contributions à ce travail.

Je remercie le service de psychiatrie, l'équipe de psychologues, d'aides-soignantes et d'infirmières de l'hôpital Charcot et plus particulièrement la chef de service Cécile OMNES, qui a accepté que j'y réalise ma recherche.

Je remercie tous les participants sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Je tiens à remercier toutes mes amies pour leur aide, leur écoute, leurs conseils, leurs commentaires et leurs propositions. Vous êtes de vraies amies. Je les remercie surtout d'avoir été vraiment présentes pour moi lorsque j'en avais le besoin. Merci Hind, Juliana, Wafia, Eve et tous les autres.

RESUME

Bien que le test de Rorschach soit l'outil d'évaluation de la personnalité le plus utilisé en France, peu d'études se sont consacrées à la validation ou l'analyse des propriétés psychométriques de cet instrument. C'est pourquoi, les objectifs de notre étude sont les suivants : Réétudier et vérifier la validité du test de Rorschach en Système Intégré pour le diagnostic de la dépression (1) évaluer l'indice de dépression (*DEPI*) ; (2) évaluer l'indice d'incompétence sociale (*CDI*) ; (3) réétudier les variables actif et passif (*a:p*) et (4) la validité des réponses reflètes ($Fr+rF > 0$) ; (5) comparer les résultats de notre étude avec ceux de Sultan et al. (2004). Pour opérationnaliser nos objectifs, deux échantillons d'adultes français (18- 70 ans), ont été recrutés : un échantillon normatif et un échantillon dépressif. Cinq outils ont été utilisés : Rorschach Système Intégré, GHQ.12, BDI, T.A.T, SFSC. Les résultats montrent (1) Qu'il n'y a pas de différence significative sur l'indice dépression sauf lorsque $DEPI=6$; (2) Une différence significative est observée entre nos deux échantillons normatif et dépressif sur l'indice *CDI*; (3 et 4) Concernant l'échantillon normatif, il n'y a pas de corrélation entre le score obtenu au Rorschach sur la variable $p>a+1$ et le score des sujets au TAT, ni de corrélation entre le score S au SF-SC et le score des réponses reflètes ; (5) la comparaison entre l'échantillon normatif combiné et l'échantillon normatif d'Exner indique une différence significative sur les variables suivantes : *SumSha*, $Fr+rF$, $X\%$, *WSum6*, $XA\%$. Enfin, les résultats montrent un intérêt clinique du Rorschach Système Intégré à savoir qu'un $DEPI=6$ est à considérer comme une indication psychopathologique, et que l'indice *CDI* est très pertinent pour le diagnostic psychologique des troubles dépressifs.

Mots clés : Rorschach Système Intégré, La Dépression, le diagnostic psychologique, le Narcissisme, le style de personnalité passive

Droits d'auteur :

Droits d'auteur réservés. Toute reproduction sans accord exprès de l'auteur à des fins autres que strictement personnelles est prohibée.

ABSTRACT

Depression, Narcissism and passive personality style in the Rorschach Comprehensive System: from diagnosis to psycho-diagnosis. Comparative study of depressive and normative adults for the validity of the DEPI and CDI indices of the Rorschach Comprehensive System

Despite the fact that, the Rorschach test is the most used personality assessment tool in France; few studies have focused on the validation or analysis of the psychometric properties of this instrument. Therefore, the objectives of our study are the following: To re-examine and verify the validity of the Rorschach Comprehensive System for the diagnosis of depression (1) to evaluate the depression index (*DEPI*) ; (2) evaluate the social incompetence index (*CDI*) ; (3) re-study the active and passive variables ($a: p$) and (4) the validity of the reflective answers ($Fr + rF > 0$) ; (5) compare the results of our study with those of Sultan et al. (2004). To operationalize our objectives, two samples of French adults (18-70 years old) were recruited: a normative sample and a depressive sample. Five tools were used: Rorschach Comprehensive System, GHQ.12, BDI, T.A.T, SFSC. The results show (1) that there is no significant difference on the depression index except when $DEPI = 6$; (2) A significant difference is observed between our two normative and depressive samples on the *CDI* index; (3 and 4) Regarding the normative sample, there is no correlation between the Rorschach score on the $p > a + 1$ variable and the TAT subjects score, or the correlation between the S score and the SF score. -SC and the score of the reflective answers; (5) The comparison between the combined normative sample and the Exner normative sample indicates a significant difference on the following variables: *SumSha*, $Fr + rF$, $X\%$, *WSum6*, $XA\%$. Finally, the results show a clinical interest of the Rorschach Comprehensive System namely that a $DEPI = 6$ is to be considered as a psychopathological indication, and that the *CDI* index is very relevant for the psychological diagnosis of depressive disorders.

Key words: Rorschach Comprehensive System, Depression, Psychological Diagnosis, Narcissism, personality style passive

TABLE DE MATIERES

Remerciements	- 5 -
Résumé.....	- 7 -
Abstract.....	- 9 -
Table de Matières.....	- 11 -
Liste de Tableaux.....	- 17 -
Liste de Graphiques.....	- 19 -
Liste des Annexes	- 21 -
Avant-Propos	- 23 -
Partie I : Approfondissement Théorique.....	- 27 -
Chapitre 1 : Le Rorschach Système Intégré et la question du diagnostic.....	- 29 -
1.1. Introduction et histoire du Rorschach Système intégré.....	- 29 -
1.2. Définition, intérêt et caractéristiques	- 32 -
1.3. La passation du test de Rorschach Système Intégré	- 35 -
1.4. Les méthodes d'interprétation du test de Rorschach.....	- 35 -
Chapitre 2 : Le diagnostic psychologique et le Rorschach System Intégré	- 38 -
2.1. Le diagnostic, une notion polysémique.....	- 38 -
2.2. Intérêt clinique du Rorschach en Système Intégré	- 41 -
2.3. Rorschach System Intégré et le psychodiagnostic : est-ce compatible ?.....	- 43 -
Chapitre 3 : Pertinence du Rorschach Système Intégré et du psychodiagnostic au regard de la dépression, du style de personnalité actif-passif et du narcissisme.	- 45 -
3.1. La dépression	- 45 -
3.2. Psychopathologie de la dépression	- 51 -
3.3. L'indice DEPI dans le Rorschach.....	- 60 -
3.4. Les composants de l'indice dépression DEPI.....	- 63 -
3.5. Validité et fiabilité de l'indice DEPI	- 68 -

3.6. Études cliniques de l'indice DEPI sur des échantillons adultes	- 69 -
Chapitre 4 : Dépression et pseudo-dépression	- 80 -
4.1. L'indice d'incompétence sociale(CDI) dans le Rorschach.....	- 81 -
4.2. Les composants de l'Indice d'Incompétence sociale (CDI).....	- 85 -
Chapitre 5 : Narcissisme et représentation du soi.....	- 91 -
5.1. La Représentation de soi	- 91 -
5.2. Le Narcissisme.....	- 95 -
5.3. La représentation de soi et le narcissisme dans le test du Rorschach.....	- 97 -
5.4. Pouvons-nous repérer la représentation de soi et le narcissisme via le test de Rorschach ? Comment ces deux aspects se manifestent-t-ils ?	- 98 -
Problématique	- 102 -
Objectifs.....	- 106 -
Hypothèses.....	- 107 -
Hypothèse générale.....	- 107 -
Hypothèse Spécifique 1 : troubles dépressifs (DEPI).....	- 108 -
Hypothèse Spécifique 2 : troubles dépressifs (CDI)	- 108 -
Hypothèse Spécifique 3: le style de personnalité actif-passif.....	- 108 -
Hypothèse Spécifique 4 : l'aspect narcissique	- 108 -
Partie II : Méthodologie.....	- 109 -
Population	- 111 -
1. Participants	- 111 -
2. Recrutement	- 111 -
3. Dispositions éthiques.....	- 113 -
4. Critères d'inclusion et d'exclusion	- 113 -
Procédures.....	- 117 -
1. Réalisation des Entretiens	- 117 -
2. Élaboration de la base de données.....	- 118 -

Instruments	- 120 -
2.1. Rorschach Système Intégré - RSI (Exner, 1993)	- 120 -
2.2. General Health Questionnaire - GHQ.12 (Goldberg, 1972)	- 123 -
2.3. Beck Depression Inventory – BDI (Beck, 1976).....	- 126 -
2.4. Thematic Apperception Test - T.A.T. (Murray, 1943)	- 127 -
2.5. The Self Focus Sentence Completion – SFSC (Exner, 1973)	- 132 -
Opérationnalisation des Hypothèses	- 134 -
Opérationnalisation hypothèse générale	- 134 -
Opérationnalisation de l'hypothèse spécifique 1 : troubles dépressifs (DEPI)	- 135 -
Opérationnalisation hypothèse spécifique 2 : troubles dépressifs (CDI)	- 136 -
Opérationnalisation hypothèse spécifique 3 : le style de personnalité actif-passif (a : p)	
.....	- 136 -
Opérationnalisation hypothèse spécifique 4: l'aspect narcissique	- 137 -
Partie III : Résultats	- 139 -
1. Population	- 141 -
1.1. Description sociodémographique des échantillons dépressif et normatif	- 141 -
2. Statistiques descriptives	- 144 -
2.1. Statistiques descriptives de l'échantillon normatif (n = 63).	- 144 -
2.2. Comparaison entre les échantillons normatifs français de notre recherche et de celle de Sultan et al. (2004)	- 147 -
2.3. Comparaison entre les échantillons normatifs français combinés (Al Nissany + Sultan et al., 2004) et l'échantillon normatif américain (Exner, 2003)	- 154 -
3. L'indice DEPI du Rorschach Système Intégré comme moyen de différencier les sujets dépressifs des sujets normatifs.....	- 156 -
3.1. Comparaison du DEPI entre l'échantillon dépressif et l'échantillon normatif-	156
-	
3.2. Comparaison entre les sujets dépressifs et normatifs dont l'indice DEPI =6-	157 -

4. L'indice <i>CDI</i> du Rorschach Système Intégré comme moyen de différencier les sujets dépressifs des sujets normatifs.....	- 159 -
1.2. 4.1. Comparaison entre les sujets dépressifs et normatifs dont l'indice <i>CDI</i> =4 et <i>CDI</i> =5	- 160 -
5. Fiabilité du style de personnalité du Rorschach Système Intégré pour capter la personnalité passive.....	- 162 -
6. Fiabilité des réponses reflet du Rorschach Système Intégré pour capter l'aspect narcissique de la personnalité	- 164 -
7. Exploration des résultats.....	- 166 -
7.1. Comparaison entre les sujets dépressifs et normatifs par rapport à l'ensemble des variables du Rorschach Système Intégré	- 166 -
7.2. Comparaison entre les sujets dépressifs et normatifs dont les indices <i>DEPI</i> ≥6 et <i>CDI</i> ≥4.....	- 169 -
Partie IV : DISCUSSION.....	- 171 -
Discussion des résultats	- 173 -
Discussion relative aux hypothèses :	- 175 -
Discussion des résultats de l'hypothèse opérationnelle générale A	- 175 -
Discussion des résultats de l'hypothèse opérationnelle générale B.....	- 177 -
Discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 1 (Troubles dépressif– <i>DEPI</i>) ..	- 178 -
Discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 2 (Troubles dépressifs – <i>CDI</i>) ..	- 179 -
Discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 3 (Style de personnalité $p > a+1$)-	181
-	
Discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 4 (aspect narcissique capté par les réponses reflets)	- 181 -
Discussion relative aux résultats exploratoires.....	- 182 -
Discussion sur la comparaison entre les sujets dépressifs et normatifs par rapport à l'ensemble des variables du Rorschach Système Intégré.....	- 183 -
Partie V : Conclusion.....	- 185 -
Limites.....	- 187 -

Perspectives	- 189 -
Conclusions	- 191 -
Références Bibliographiques	- 193 -
Annexes.....	- 209 -
Annexe 1 : Appel de recherche pour l'échantillon normatif.....	- 210 -
Annexe 2 : Appel de recherche pour l'échantillon Dépressif	- 211 -
Annexe 3 : Notice d'information pour l'échantillon Normatif (1/2) Erreur ! Le signet n'est pas défini.	
Annexe 4 : Notice d'information pour l'échantillon Dépressif (1/2) Erreur ! Le signet n'est pas défini.	
Annexe 5 : Formulaire de consentement éclairé pour les participants.....	- 213 -
Annexe 6 : Exemple de feuille Schéma block de Rorschach Système Intégré	- 221 -
Annexe 7 : Exemple de feuille de séquence de cotation	- 223 -
Annexe 8 : Exemple de questionnaires utilisés pour l'échantillon Normatif (1/4) ..	- 217 -
Annexe 9 : Exemple d'un protocole de Rorschach pour l'échantillon Dépressif (6 pages)	
.....	- 223 -

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1 : Fréquence de CDI ≥ 4 dans deux groupes de patients non hospitalisés sélectionnés en fonction de la présence ou l'absence de difficultés relationnelles.....	83
Tableau 2 : Analyses descriptives des données sociodémographiques des sujets normatifs (n = 63).....	139
Tableau 3 : Analyses descriptives des données sociodémographiques des sujets dépressifs (n=27)	140
Tableau 4 : Analyses descriptives de l'échantillon normatif (n=63).....	142
Tableau 5 : Analyses descriptives et statistiques de test (d de Cohen) en lien avec l'échantillon normatif de notre étude (n=63) et l'échantillon normatif de l'étude de Sultan et al. (2004) (n=146).....	146
Tableau 6 : Analyses descriptives et statistiques de test (d de Cohen), portant sur l'échantillon américain de référence d'Exner 2003 (350 sujets) et l'échantillon normatifs français combiné (Échantillon de notre thèse n=63 + échantillon normatif française de Sultan et al n=164).....	153
Tableau 7 : Statistiques descriptives concernant les protocoles dont l'indice DEPI ≥ 5 ...	155
Tableau 8 : Statistiques descriptives de comparaison de moyenne concernant les protocoles dont l'indice CDI ≥ 4	157
Tableau 9 : Corrélations entre la variable $p > a + 1$ et le score a : p au T.A.T. pour l'échantillon normatif.....	161
Tableau 10 : Corrélations entre la variable Fr+rF, le score S et le score A au SF-SC pour l'échantillon normatif.....	163
Tableau 11 : Comparaisons statistiques entre les échantillons dépressif et normatif.....	164

LISTE DE GRAPHIQUES

Figure 1. Distribution des effectifs de sujets dépressifs et normatifs (DEPI=6) en fonction des échantillons dépressifs et normatifs..... - 157 -

Figure 2 : Répartition des sujets en fonction de l'indice CDI =4 et CDI=5 et des échantillons dépressif et normatif..... - 158 -

Figure 3 : Distribution des effectifs de sujets dépressifs et normatifs (CDI=5) en fonction des échantillons dépressifs et normatifs..... - 160 -

Figure 4. Répartition des sujets en fonction des indices DEPI (6+7) et CDI (4+5) des échantillons normatif et dépressif..... - 169 -

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Appel de recherche pour l'échantillon normatif	207
Annexe 2 : Notice d'information pour l'échantillon Normatif.....	209
Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé pour les participants.....	211
Annexe 4 : Appel de recherche pour l'échantillon Dépressif.....	213
Annexe 5 : Exemple de questionnaires utilisés pour l'échantillon Normatif.....	215
Annexe 6 : Exemple de feuille Schémablock de Rorschach Système Intégré...	219
Annexe 7 : Exemple de feuille de séquence de cotation.....	221
Annexe 8 : Exemple d'un protocole de Rorschach pour l'échantillon Dépressif...	223

AVANT-PROPOS

La Dépression est un véritable problème de santé publique en France, elle est fréquente et présente des conséquences graves, comme des difficultés d'intégration sociale.

Plusieurs définitions et présentations sont proposées concernant la dépression. Sur le plan clinique, on peut dire que la dépression est apparente lorsque l'état du sujet dépasse un seuil particulier significatif, au-delà duquel les symptômes dépressifs sont si graves qu'ils rendent la personne incapable de fonctionner tel qu'il le faisait auparavant et cela, jusqu'à en devenir un trouble (Tuula Ilonen et al., 1999).

La dépression concerne un large champ clinique, et cela nous semble difficile de couvrir la dépression en utilisant un label unique étant donné les multiples formes qu'il peut prendre ou différentes catégories qu'il peut intégrer comme dans le trouble « bipolaire ». D'ailleurs, les multiples traitements médicamenteux existants comme les antidépresseurs, thymorégulateurs ou encore anxiolytiques, reflètent les nombreux tableaux cliniques couvrant la dépression (Andronikof & Réveillère, 2004; Rondet, Cornet, Kaoutar, Lebas, & Chauvin, 2013).

Parmi les problématiques majeures que les psychologues rencontrent dans le champ des troubles dépressifs, nous trouvons la question de l'évaluation diagnostique afin d'identifier les objectifs thérapeutiques. Problématique due à la complexité et à l'ambiguïté de la notion de dépression, car si on se réfère à l'approche psychologique de la dépression, appelée également position dépressive, le terme de dépression peut ainsi désigner un stade de développement (Klein, Winnicott). Il peut aussi évoquer un type de caractère, une tendance constante et permanente de la personnalité. Il est également utilisé pour exposer des variations temporaires et légères de l'humeur autant que pour indiquer des troubles sévères et constants (de Carvalho & Cohen, 1995; Husain, Merceron, Rossel, Odile, & Merceron Colette, 2001; Lehmann, 2010).

Afin de répondre à cette problématique, nous proposons dans cette thèse le diagnostic psychologique comme réponse. Le diagnostic psychologique correspond à l'étude approfondie des processus psychiques d'un sujet, dont la démarche dépasse le diagnostic au sens psychiatrique du terme. L'objectif initial est d'attraper le mode de fonctionnement unique du sujet (Andronikof, 2017). Pour atteindre cet objectif, comment procéder et quel moyen utili-

ser ? Dans notre travail de thèse, nous avons décidée d'utiliser le test du Rorschach en Système Intégré.

Nous utilisons le Rorschach en Système Intégré tout en posant la question de son efficacité et pertinence. En effet, Le test du Rorschach est l'outil d'évaluation de la personnalité le plus utilisé en France par les psychologues cliniciens (Réveillère, C., Sultan, S., Andronikof, A., & Lemmel, G., 2008). Des nombreuses recherches appliquées, utilisant le Rorschach, se sont multipliées dans un contexte récent (Sultan & Porcelli, 2004). Cependant, en Europe, très peu d'énergie a été jusqu'à présent consacrée à l'étude de cet instrument, à sa validation et à l'étude de ses propriétés psychométriques (Le Chevanton, 2013; Fontan, 2015; Sultan & Porcelli, 2004).

Dans notre thèse, nous proposons un travail de recherche portant en partie sur les qualités psychométriques du Rorschach Système Intégré afin d'étudier des indices et des variables dans le Rorschach Système Intégré à savoir (*DEPI*, *CDI*, $p > a + 1$, $Fr + rf$), tout en exposant les données normatives. Pour ce faire, les participants de notre étude ont été classés en deux groupes :

- **Étude 1** avec l'échantillon normatif, constitué d'adultes normatives, hommes et femmes, âgés entre 18-70 ans ;
- **Étude 2** avec l'échantillon consultant, constitué d'adultes diagnostiqués dépressifs, hommes et femmes, âgés entre 18-70 ans.

Les objectifs de notre étude sont les suivants : Réétudier et vérifier la validité du test du Rorschach en Système Intégré pour le diagnostic de la dépression, à savoir, évaluer l'indice de dépression (*DEPI*). Réétudier et vérifier la validité du test Rorschach en Système Intégré pour le diagnostic de la dépression, à savoir, évaluer l'indice d'incompétence sociale (*CDI*). Réétudier les variables actif et passif ($a:p$) et la validité des réponses reflats ($Fr + rF > 0$).

Enfin, comparer les résultats de notre étude avec les travaux précédents, notamment ceux de Sultan et al. (2004).

Cette thèse est composée de cinq parties, constituées chacune de différentes sous parties dont la présentation synthétique est la suivante :

Dans la **Partie I**, est présenté un APPROFONDISSEMENT THEORIQUE de ce travail. Cette partie est composée par cinq chapitres :

Dans le Chapitre 1, est présenté le test du Rorschach Système Intégré (RSI), à savoir une brève introduction, son histoire, sa définition, son intérêt et caractéristiques, sa passation et les méthodes d'interprétation existantes.

Dans le Chapitre 2, figure une discussion sur le diagnostic psychologique et le test de Rorschach Système Intégré. Nous présentons les différents types de diagnostics (nosographique, structural et psycho diagnostic).

Dans le Chapitre 3, est abordé la question de la pertinence du Rorschach Système Intégré et de la psycho diagnostic au regard de la dépression, du style de personnalité actif-passif et du narcissisme. Ainsi, nous développons la dépression et sa psycho pathologie avec les différentes approches et théories existantes à ce sujet ainsi que l'indice de dépression (DEPI) dans le Rorschach Système Intégré et les sept composants de cet indice. Nous abordons également la validité et fiabilité de l'indice DEPI et les études cliniques de l'indice DEPI pour la population d'adultes.

Dans le Chapitre 4, nous discutons la problématique de la dépression et de la pseudo-dépression, au regard de l'indice d'incompétence sociale (CDI) du Rorschach Système Intégré et ses cinq composants.

Dans le Chapitre 5, nous explorons les notions de narcissisme et de représentation de soi, qui restent très liées et qui sont essentielles pour l'étude des réponses reflètes.

À la fin de la Partie I, figurent la PROBLEMATIQUE, les OBJECTIFS et les HYPOTHESES.

La **Partie II** présente le CONTEXTE METHODOLOGIQUE. Tout d'abord, il est présenté la population : les participants, les dispositions éthiques, le recrutement et les critères d'inclusion et d'exclusion. Ensuite, nous expliquons les procédures, dont l'utilisation d'entretiens. Dans les instruments, il est décrit les cinq outils utilisés : le test de Rorschach Système Intégré ; le General Health Questionary - GHQ.12; le Beck Depression Inventory- BDI ; le Thematic Apperception Test- T.A.T (planches 1, 2, 4 et 8BM) et le Self-Focus Sentence Completion- SFSC. Cette partie se conclue par l'opérationnalisation des hypothèses.

Dans la **Partie III** sont présentés l'ensemble des RESULTATS, relatives à la population, l'échantillon normatif, et dépressif. Les résultats relatifs à l'étude sur l'indice *DEPI*, l'étude sur l'indice *CDI*, l'étude sur le style de personnalité $p > a + I$ et les réponses reflète $Fr + rF$.

Dans la dernière partie, **Partie IV**, est présenté la DISCUSSION relatif à l'ensemble des résultats.

Ensuite, il figure les LIMITES et PERSPECTIVES de ce travail et les CONCLUSION.

Pour fin, il se trouve les REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES cités dans l'ensemble de ce document et les ANNEXES.

PARTIE I : APPROFONDISSEMENT THEORIQUE

Chapitre 1 : Le Rorschach Système Intégré et la question du diagnostic

1.1. Introduction et histoire du Rorschach Système intégré

Herman Rorschach (1884-1922), jeune psychiatre suisse, s'intéresse à l'utilisation des productions pathologiques de ses patients qu'il considère comme représentatives des anomalies de leur personnalité. Il s'attache à analyser les différences individuelles et souhaite mettre au point, à partir d'épreuves de taches d'encre, une méthode empirique permettant de discriminer différents groupes cliniques.

La monographie qui résume ces travaux s'intitule « Test d'interprétation des formes ». Elle est conçue par H. Rorschach comme un recueil préliminaire d'études dans lequel il présente ses résultats en rapport avec l'aspect différentiel des groupes cliniques (Castro, 2011; Fouques & Bénony, 2010; Gaudriault, 2008).

En 1922, peu de temps avant sa mort, H. Rorschach publie son livre *Psychodiagnostik*, qui paraît dans l'indifférence la plus totale. Après son décès, trois de ses collègues continuent à utiliser le test d'interprétation des formes, surtout dans une approche diagnostique. Il s'agit de W. Morgenthaler, E. Oberholzer et G. Roemer. Par la suite, E. Oberholzer enseigne la méthode à un psychiatre américain en 1927, David Lévy, qui l'exporte aux États-Unis et l'enseigne, à son tour en 1927, à un jeune étudiant de l'université de Columbia, Samuel Beck. S. Beck devenu passionné par cette approche, entreprend une large standardisation du test, la première après celle de H. Rorschach.

En 1930, S. Beck renomme ainsi le « Test d'interprétation des formes » en « Test de Rorschach » (Andronikof, 2008; Castro, 2011; Debroux et al., 2009; Exner, J, 1993).

S. Beck introduisit le test aux États-Unis en 1936 et en 1939, Klopfer fonda l'Institut Rorschach de New-York. Cette dernière, devient ainsi une école américaine qui bouleversa l'interprétation du test de Rorschach. Citons surtout D. Rapaport (1945, 1946), B. Klopfer (1954, 1956), Z. A. Piotrowski (1957), A. Beck, et R. Shaffer (1961), (Fouques & Bénony, 2010). Plus récemment, J. EXNER (1974-1986) créa le « Rorschach en Système Intégré » qui donne une orientation nettement plus psychométrique (John E. Exner, 1973).

En effet, H. Rorschach souligna dans son manuscrit intitulé le *Psychodiagnostik* (Rorschach, 1921, 1942), suite à son recueil de données, la nécessité d'une expérimentation supplémentaire, mais il décéda en 1922. Exner (Exner, J, 1993) a raconté l'histoire des taches d'encre de Rorschach dès leur première apparition aux États-Unis avec la participation de plusieurs individus qui sont devenus plus tard des personnalités principales associées au test de Rorschach. Les premiers utilisateurs de la méthode, dont certains étaient des chercheurs, ont apprécié la prise de décision basée sur les données que H. Rorschach recommandait, mais ils ne se sont pas mis d'accord sur la façon de coter et d'interpréter les données.

En 1957, il existait cinq systèmes majeurs disponibles pour interpréter les taches d'encre de Rorschach : A. Beck (1944, 1945, 1952), M. Hertz (1952), B. Klopfer (B. Klopfer et D. Kelley, 1942), Z. A. Piotrowski (1957) et D. Rapaport-R. Schaefer (R. Schaefer, 1954). Les systèmes étaient bien différents les uns des autres et s'inscrivaient dans des problématiques différentes ; ce qui les rendait difficiles à comparer et à évaluer de manière critique. En conséquence, cela a été une source d'inspiration pour Exner afin d'organiser et caractériser la littérature de test de Rorschach.

Au début des années 1960, Exner(1969) et ses associés ont entrepris d'examiner les cinq notions et interprétations du test de Rorschach dans le but de déterminer laquelle était la plus pertinente. Cette action s'est révélée considérablement plus complexe et a abouti à un livre qui résume ce travail. J.E Exner, (1969) conclut qu'il existait trois problèmes évidents qui limitaient l'acceptabilité du test : (a) le désaccord entre les auteurs du système quant à comment et à quoi marquer, (b) l'absence de procédures interprétatives standardisées, et (c) l'absence de normes psychométriques raisonnables équivalentes aux normes psychométriques relatives aux mesures de capacité cognitive.

L'ensemble des travaux de J. Exner permit la création du « Système Intégré » (J.E Exner, 1978; John E. Exner, 1996) qui a complété, unifié et organisé des approches multiples pour le test de Rorschach. J. Exner prit soin de prendre en considération les forces et les faiblesses de chacune des cinq approches principales et d'en conserver les éléments les plus plausibles.

Un plus grand renforcement et un meilleur développement du système s'inspirent du travail de nombreuses personnes qui ont contribué à l'affinement du système. De nos jours, le « Système Intégré » utilise huit classes de réponses avec jusqu'à 26 codes possibles dans les

classes de réponses données (Exner. J.E., 1974; Flanagan, 2006; Wood, Nezworski, & Stejskal, 1996a).

Quant aux pays francophones, le test Rorschach en Système Intégré arrive après la deuxième guerre mondiale, sous l'influence de Loosli-Usteri (1965) de Genève. Ces cliniciens ont mis au point une terminologie française se situant à mi-chemin entre le traditionalisme suisse germanique et les novateurs américains (Debroux et al., 2009).

En France, dans les années 1960, le test de Rorschach connaît un regain d'intérêt grâce au travail d'une équipe composé par Didier Anzieu, Nina Rausch de Traubenberg et Catherine Chabert. Les apports de ces auteurs sont significatifs. Tout en restant proches des conceptions de Rorschach, ils l'abordent dans une perspective psychanalytique qui met principalement l'accent sur l'analyse qualitative de la symbolique des réponses, leur dynamique et leur contenu. Cette méthodologie est largement diffusée par ces trois auteurs qui fondent ainsi « l'école française du Rorschach »(Lemmel, 2004).

Comme mentionné auparavant, dans les années 1970, un psychologue américain, John Exner Jr lance une enquête importante sur la pratique du test de Rorschach chez ses collègues cliniciens. Il découvre avec surprise une grande hétérogénéité dans la formation ; une grande disparité dans leurs modes d'administration et d'interprétation ; une grande divergence dans l'utilisation des résultats. De ces constats, J. Exner affirme : « *L'éclectisme en matière de Rorschach était très répandu chez les cliniciens. Les approches de la méthode avaient proliféré de manière astronomique et avaient fini par produire presque autant de tests qu'il y avait d'utilisateurs* » (Exner. J.E., 1974).

De ce fait, pour répondre aux questions de fiabilité et de validité, J. Exner développe une version standardisée du test du Rorschach, nommée le « Système Intégré ». Ce système, spécifie la façon dont les cartes doivent être présentées au sujet et comment les réponses de ce dernier doivent être notées. Des variations dans l'un de ces paramètres peuvent entraîner des variations dans les réponses.

Dans les années 1980, le Rorschach en Système Intégré est introduit en France par le professeur de psychopathologie Anne Andronikof. Cette dernière, s'est formée auprès de J. Exner et a traduit ses travaux en langue française. Actuellement, sont disponibles en français les ouvrages de référence : « *Le Rorschach, un système intégré* », le « *Manuel de cotation* » et le « *Manuel d'interprétation* » qui accompagnent le test.

Le Rorschach en Système Intégré commence ainsi à être enseigné dans les universités françaises et à être diffusé par voie associative ou par le biais de la formation continue.

Cependant, de nos jours, en France, la pratique du Rorschach repose, majoritairement, sur les travaux de l'école française du Rorschach, mais aussi minoritairement sur l'école américaine représentée par J. Exner avec sa méthode du Système Intégré.

1.2. Définition, intérêt et caractéristiques

Arriver au test de Rorschach Système Intégré comme nous le connaissons aujourd'hui, a nécessité beaucoup d'organisation de la recherche, l'expansion de la base de connaissances et l'explication de la justification des décisions prises dans le développement du test (Andronikof, 2004a). Comme exprimé précédemment, J. Exner a fait la synthèse des divers systèmes élaborés par Beck (1944, 1945, 1952), Hertz (1952), Klopfer (Klopfer et Kelley, 1942), Piotrowski (1957) et Rapaport-Schaefer (Schaefer, 1954). Il a travaillé sur plus de huit mille sujets afin d'en dégager une forme de « normalisation » facilitant la production de facteurs formels. Il introduisit ainsi la notion de « cluster », ce qui du point de vue quantitatif permet de codifier les verbalisations fournies par les sujets.

Un travail énorme a été fait au niveau du processus de cotation mais aussi bien au niveau de l'interprétation, c'est-à-dire qu'il a fallu tester les variables et leurs significations cliniques pour pouvoir le légitimer. Ce qui donne au Rorschach Système Intégré une orientation nettement plus psychométrique (Andronikof, 2004; Andronikof & Réveillère, 2004; Debroux et al., 2009).

Le Système Intégré est une méthode de cotation et d'interprétation des réponses données par un sujet au test du Rorschach. La cotation de ces réponses, constitue la base pour faire des calculs statistiques, ainsi la nature, la fréquence et l'agencement de ces codes nous donne le résumé formel, qui contient un ensemble de variables et d'indices, permettant d'avoir un ensemble de variables et d'indices autorisant un classement selon divers groupes de variables reliés à des caractéristiques spécifiques de la personnalité (Andronikof, 2004; Debroux et al., 2009; Exner. J.E., 1974).

La cotation d'un protocole consiste à évaluer les réponses du sujet sur plusieurs points, ainsi chaque réponse sera cotée en référence aux caractéristiques de chaque planche. Autrement dit, ces cotations sont les suivantes (Sultan & Chudzik, 2010):

1- **La localisation** (une réponse globale (W) ; une découpe évidente de la planche (D) ; une découpe non évidente (Dd), une réponse incluant un espace blanc (S).

2- **La qualité de développement**, correspond à la manière dont le sujet organise sa perception (organisation simple de perception (o), perception organisée où il y a articulation de plusieurs détails (+) ; et inorganisation (v).

3- **Le Coefficient d'organisation**, c'est le score Z de S. Beck repris par Exner, se trouvant dans un tableau auquel on se réfère pour la cotation.

4- **Les déterminants** : les caractéristiques objectives de la planche dont le sujet fait usage dans sa réponse (la forme, la couleur, les estompages et ses nuances (diffusion, texture, profondeur), la symétrie, les suggestions de mouvement).

5- L'adéquation de l'objet mentionnée dans la réponse à la forme objective de stimulation (o, u, +).

6- **Le contenu** de la réponse et/ou le type d'objet identifié (animal, humain, nuage, entre autres).

7- **La banalité** (les réponses dans au moins un protocole sur trois dans la population générale).

8- **Les cotations spéciales** : qui permettent d'opérationnaliser un certain nombre de caractéristiques plus cliniques de la réponse comme (des particularités de langage, de la projection, de la pensée entre autres)¹.

¹ Pour une présentation détaillée voir le Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré Exner (1993). Traduction française par A. Andronikof.

Quant à l'interprétation, la première étape consiste, comme dans tout test qui se respecte, à vérifier la validité des résultats obtenus et/ou à en repérer des biais éventuels (R et Lambda). Car pour qu'un protocole soit valide, il faut que le sujet fournisse au moins 14 réponses afin que l'empreinte de sa personnalité soit repérable (Sultan & Chudzik, 2010).

L'interprétation est basée sur le résumé formel, qui est composé de deux parties : l'une qui récapitule et totalise les cotations, l'autre qui représente plusieurs ensembles de variables, pourcentages, dérivation et calcul des indices. Ainsi, nous trouvons des clusters identifiés par Exner ; ce sont : 1- La triade cognitive qui inclut le traitement de l'information, la médiation cognitive et l'idéation ; 2- Les affects ; 3- La perception de soi ; 4- La perception des relations ; 5- La tolérance au stress.

Une règle essentielle, lorsque nous interprétons un protocole de Rorschach Système Intégré, est que nous ne pouvons pas faire d'interprétations en se basant sur une seule variable, car une variable prise à part n'a pas de signification, c'est toujours un ensemble de variables groupées dans un cluster qui donne du sens. Pour commencer l'interprétation, il faut regarder les indices de Rorschach, qui sont : *EPI*, *CDI*, *S-CON*, *PTI* ; si l'un d'eux est positif, cela nous indique une stratégie d'interprétation adaptée. Des stratégies qui commencent par des définitions de concepts suivies par l'exposition de plusieurs cas de figure, selon la valeur de chaque variable si cette valeur tombe dans la moyenne, en dessous et/ou dessus, dans une démarche organisée et rigoureuse. Cela nous donne une idée de combien la démarche de l'interprétation d'un protocole de Rorschach selon la méthode Système Intégré est une méthode précise et fine. Elle respecte l'originalité de chaque sujet, c'est pourquoi la valeur d'une variable modifie la signification et les interprétations des autres variables (Exner. J.E., 1974; Lemmel, 2004).

La méthode du Rorschach Système Intégré s'inscrit dans une approche perceptivo-cognitive du processus de la réponse, mais il ne faut pas oublier l'existence et l'influence de mécanismes non conscients. Lorsqu'Exner (1993) parle de processus de la réponse, il montre clairement qu'il ressemble à une activité de résolution de problème, donc lorsque nous faisons l'interprétation de protocole du Rorschach, nous nous intéressons non seulement aux contenus des réponses mais aussi aux procédures cognitives que le sujet déploie afin de former ces réponses. En effet, Exner considère le processus de réponses semblable aux processus de résolution de problème, à savoir regarder la tâche, coder, classer, améliorer, évaluer, écarter, sélectionner les réponses (Andronikof, 2004, 2008; Englebert, 2011; Smith & Boizou, 2016).

1.3. La passation du test de Rorschach Système Intégré

La passation est standardisée selon la méthode d'Exner et elle se passe en deux temps. Dans un premier temps, il est nécessaire de *préparer les planches dans l'ordre inverse de passation et à l'envers*. De plus, la passation doit se faire côte à côte, le sujet à la gauche du clinicien et les feuilles de schéma bloc d'enquête, à droite pour pouvoir écrire.

La consigne est très simple. En tendant au sujet la première planche, l'examineur dit :

« Qu'est-ce que cela pourrait être ? »

Puis immédiatement, on tend la première planche. Il est impératif de ne pas se contenter d'une seule réponse. On retend la planche et on demande « *Quoi d'autre ?* » ou « *Prenez votre temps, je suis sûre que vous pouvez trouver autre chose ?* » (5 réponses est un maximum par planche).

Le psychologue note tout ce que le sujet dit. Une fois le premier temps de passation fini, on remercie le sujet mais on poursuit avec le deuxième temps de passation, l'enquête (J. Exner, 1998).

« Merci, nous avons terminé. Le test est fini mais, nous allons, ensemble revenir sur vos réponses afin d'être sûre de ce que vous m'avez dit et ce que vous avez vu. Il faut que je sois sûre d'être bien fidèle à vos réponses ».

1.4. Les méthodes d'interprétation du test de Rorschach

Tout d'abord, créé par Hermann Rorschach en Suisse en 1921, le Rorschach Test a été conçu à l'origine comme un instrument nomothétique, axé sur une norme donnée, et était destiné principalement à différencier les individus psychopathologiques des individus dits « normaux » (Weiner, 1996). Les cliniciens, sous la forte influence du courant psychanalytique et ce jusqu'au début des années 1990, ont continué à interpréter le Rorschach exclusivement avec la méthode idiographique. Ce n'est que dans les années 90 que les cliniciens ont commencé à redécouvrir la pratique de l'interprétation nomothétique et ceci fut croissant aux Etats-Unis.

Ainsi, les cliniciens ont redécouvert le manuscrit original de Hermann Rorschach, 1921 *Psychodiagnostik* (Aronow, Reznikoff, & Moreland, 1995). Le Rorschach a commencé à démontrer son intérêt et à être appréciée en tant qu'indicateur psychopathologie spécifique. Les cliniciens étaient ainsi en mesure d'interpréter ses résultats en les plaçant au sein d'un ensemble de critères diagnostic catégoriques et uniformes. Même si les approches idiographiques persistaient et étaient souvent intégrées à l'interprétation nomothétique, Les cliniciens américains ont par la suite commencé à montrer un plus grand intérêt pour la cognition et la perception dans la tentative de mieux prédire et comprendre les symptômes (Weiner, 1996), ceci étant le cas du Rorschach Système Intégré d'Exner (Noord, 2006).

Qu'est-ce que nous voulons dire par interprétation nomothète et par interprétation idiographique ?

Les interprétations nomothétiques « abordent les façons dont les répondants ressemblent à d'autres types de personnes » (Wood, Lilienfeld, Garb, & Nezworski, 2000), c'est à dire, dans quelle mesure leur performance est typique comparativement à des populations normales. Les interprétations nomologiques sont suivies de lignes directrices empiriques (Noord, 2006).

Concernant l'interprétation idiographique, l'accent est mis sur les interprétations qui découle d'aspects d'intérêt, « qui sont au moins un peu uniques au maquillage psychologique particulier des individus et aux circonstances actuelles ». Les interprétations idiographiques sont généralement conformes aux principes de théories psychologiques particulières (c'est-à-dire généralement psychanalytiques ou psycho dynamique) (Noord, 2006).

Concernant les méthodes d'interprétation de Rorschach, nous tenons à préciser que la méthode créée par Hermann Rorschach ne repose pas sur une théorie définie de la personnalité, contrairement à la plupart des méthodes projectives (TAT, CAT, test d'association de mots de Jung, entre autres.). La méthode de Rorschach formait une « expérience diagnostique de perception » selon les termes-mêmes de son auteur qui a travaillé pour aborder le « principe actif » de sa méthode tout en se concentrant sur les composantes principales du fonctionnement personnel à savoir la perception, la mémoire, et la conscience. En respectant une démarche

empirique et scientifique et à partir des faits observés pour construire, éventuellement, une théorie du test et/ou de la personnalité.

Selon Andronikof-Sanglade (1995) « *Autrement dit, la méthode de Rorschach ne peut être « revendiquée » par une quelconque théorie de la personnalité. En outre, les approches psychanalytiques et en Système Intégré de l'interprétation ne peuvent en aucun cas se réfuter l'une l'autre puisqu'elles ne se situent pas dans le même règne épistémologique* ».

Néanmoins, en règle générale, nous pouvons avancer qu'il existe plusieurs méthodes d'interprétations du test de Rorschach, avec des principes généraux, des objectifs, des méthodes différents selon que l'on se place dans l'approche psychanalytique ou quantitative autrement dit l'approche perceptivo-cognitive.

Pour l'approche psychanalytique, il y a l'école psychanalytique française qui privilégie la dimension relationnelle de la passation d'un Rorschach, qu'elle analyse en termes de transfert et contre-transfert. Elle place « l'écoute » du sujet par le clinicien au centre du processus de l'interprétation et récuse toute velléité de standardisation du test. Pour cet auteur, « *C'est dire à quel point nous sommes éloignés d'une situation standardisée, d'une conception objectivant et anonyme du test* » (Chabert C., 1997).

Autre, l'école psychanalytique aux États-Unis : elle insiste généralement sur l'importance de disposer d'un système de codage fiable et d'une bonne standardisation du test (Klopfer, Rapaport, Bellak pour les tests thématiques, et même P. Lerner). Quant à l'approche quantitative (ou approche perceptivo-cognitive), elle se situe en quelque sorte aux antipodes. En effet, cette approche a différentes méthodes d'interprétation, et la méthode dont nous faisons usage c'est le système intégré, l'interprétation se centrant d'abord sur le résultat (la configuration d'un certain nombre de variables prédéfinies en référence à des tables de normes) pour dégager des processus de fonctionnement, avant d'incorporer des éléments plus subjectifs (Andronikof, 2008).

Bien évidemment ces deux méthodes d'interprétation sont complémentaires et se manifestent dans la pratique du diagnostic comme nous allons le voir.

Chapitre 2 : Le diagnostic psychologique et le Rorschach System Intégré

2.1. Le diagnostic, une notion polysémique

Nous débutons sur la question du diagnostic et de sa manifestation d'après la méthode de Rorschach système intégré en faisant tout d'abord la distinction entre trois types de diagnostic. Le mot « diagnostic » est polysémique car il peut signifier : *diagnostic nosologique* (psychiatrique), *diagnostic de structure* (modèle psychanalytique), *diagnostic psychologique* (psycho diagnostic) (Andronikof, 2017).

2.1.1. Le diagnostic nosographique

Tout d'abord, le diagnostic nosographique ou bien le diagnostic psychiatrique. Les praticiens considèrent le diagnostic psychiatrique comme un point de départ avec pour objectif de comprendre le patient. Autrement dit, ce type de diagnostic situe le sujet dans une grande catégorie, une catégorie de référence qui est une entité nosographique. Dans ce sens ce type de diagnostic permet de subjectiver le sujet en le classant dans une catégorie générale.

Le Rorschach « système intégré » n'a été validé que pour certaines catégories nosographiques conformes à la nomenclature du DSM III- R et DSM- IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ; American psychiatric association., Crocq, & Guelfi, 2004). Il s'agit principalement de la schizophrénie, des troubles de l'humeur (dépressions majeures en particulier) (Andronikof, 2008, 2017; Andronikof & Réveillère, 2004).

2.1.2. Le diagnostic structural

Ensuite le diagnostic structural qui d'une certaine manière, divise les sujets selon leurs structures de personnalité sous-jacente (névrose, psychose, état limite, ou perversion selon les modèles). Ce type de diagnostic est utilisé avec le Rorschach mais plutôt selon l'interprétation

de l'école psychanalytique, et prend un ensemble de variables du Rorschach renvoyant à une configuration particulière du psychisme individuel (Andronikof, 2008).

2.1.3. Le diagnostic psychologique

Le diagnostic psychologique correspond à l'étude approfondie des processus psychiques d'un sujet, dont la démarche dépasse le diagnostic au sens psychiatrique du terme, et qui en même temps lui est semblable. L'objectif initial est d'attraper le mode du fonctionnement unique du sujet (Andronikof, 2017). Dans ce sens, le Rorschach Système Intégré a l'avantage et la capacité de faire une description assez fine des relations de force entre les différents aspects du fonctionnement du sujet (affectif, le stress, les mécanismes de pensée, le rapport à soi, les ressources encore disponibles au sujet etc.). Il permet de comprendre les points de fragilité aussi bien que les point de force du sujet, et de saisir la dynamique interne du son fonctionnement. Il permet également de capturer les relations du sujet aux autres (Andronikof & Réveillère, 2004; M. C. Sendín, 2010)

Dans le domaine de la psychologie clinique, le Rorschach en Système Intégré permet de soutenir le processus de la pratique de l'examen psychologique, dont l'un des défis est de se fonder sur des données normatives et un corpus de recherche, tout en cherchant à décrire l'individu de manière subtile et approfondie. Cette pratique particulière se situe en quelque sorte à mi-chemin entre la singularité du sujet telle qu'elle est prônée par la psychologie projective et la normativité de la tradition psychométrique, c'est-à-dire entre perspective idiographique et approche nomothétique de l'évaluation. Un aspect particulièrement novateur de ce mode d'examen est l'usage particulier de la communication des résultats qu'on pourrait qualifier d'« active ». En formalisant l'esprit et la méthode de la communication des résultats, l'évaluation devient une véritable intervention psychologique dont les effets peuvent être majeurs, comme en attestent les cas cliniques étudiés par des auteurs pionniers dans le domaine du diagnostic psychologique (Sultan, 2004; Sultan & Chudzik, 2010).

L'idée sous-jacente du psycho diagnostic était que les sujets se comportent de manière organisée, ce qui est un des fondements de la psychologie (J. E Exner, 1995; Wood, Nezworski, & Stejskal, 1996b) d'où l'importance que le diagnostic psychologique vienne de son fonctionnement. Il y a en général au moins cinq fonctions au diagnostic psychologique. Il

s'agit d'une description fidèle du fonctionnement de la personne. Il s'agit de sa façon de se comporter et ses problèmes, l'analyse du développement et des causes du problème (pathogénèse et étiologie). Il s'agit de la question d'un trouble, éventuellement situé au sein d'un système de classification (par exemple le DSM IV). Il s'agit de la question du pronostic, qui concerne la question de l'évolution du trouble. Et enfin, l'évaluation des interventions qui avaient été recommandées (Sultan, 2004). Ainsi, nous comprenons que la psycho diagnostique représente une approche assez complète d'un trouble particulier.

L'activité du psycho diagnostique représente une activité indispensable pour toute intervention clinique (Sultan, 2004). Établir un diagnostic psychologique revient à décrire une dynamique individuelle, le jeu des forces et des faiblesses, des déficits, des fonctions adaptatives, de réactions individuelles, qui déterminent une conduite et son évolution. Il ne s'agit pas de se limiter à une classification en fonction d'un système de pathologie. Le diagnostic psychologique se réfère donc à la compréhension individuelle du cas. Il vise à offrir le portrait d'une personne, à décrire son fonctionnement, et à rendre compte de ses difficultés dans son contexte de vie (Sultan, 2004).

Quant à la manifestation diagnostique dans le test de Rorschach, nous pouvons avancer que dès l'apparition du test, Herman Rorschach (1921, 2000), très préoccupé par les différences inter-individus dans son expérience diagnostique qu'il nomme « psycho diagnostique », montre clairement une volonté d'élaboration individuelle. Selon lui, « la perception n'obéit pas à une règle générale, mais à des règles individuelles ». Ainsi, jusque dans son origine, le diagnostic psychologique révèle des préoccupations centrées sur une personne, la volonté de dresser un portrait aussi fidèle que possible du fonctionnement psychologique d'une personne (Sultan & Porcelli, 2004).

Selon cette perspective, le Rorschach en Système intégré est un instrument très puissant dans le domaine du psycho diagnostique. Le test du Rorschach Système Intégré peut jouer un rôle important dans le processus de prise de décision diagnostique, en particulier chez les enfants et les adolescents (Debroux et al., 2009; Gallarda et al., 2001; Sultan & Porcelli, 2007).

2.2. Intérêt clinique du Rorschach en Système Intégré

Le Rorschach est une épreuve projective qui permet d'aller au-delà de simples observations comportementales en s'intéressant au fonctionnement et à la structure de personnalité de l'individu (Exner, J, 1993). Le test de Rorschach permet de saisir certains éléments du fonctionnement psychologique qui ne sont pas toujours cliniquement perceptibles (Sultan et al., 2004). Bien que la méthode créée par H. Rorschach ne repose pas sur une théorie définissant au préalable la personnalité, il forme une « expérience diagnostique de perception » selon les termes de son auteur. En effet, il se concentre précisément sur les caractéristiques du fonctionnement personnel, à savoir la perception, la mémoire et la conscience tout en respectant une démarche empirique et scientifique basée sur des faits observés permettant de construire dans un second temps, éventuellement, une théorie de la personnalité.

De ce fait, se questionner sur l'intérêt clinique du Rorschach revient à explorer la question de l'intérêt diagnostique et des recommandations thérapeutiques qui en découlent, la question du pronostic concernant la question de l'évolution du trouble et en fin, la question de l'évaluation des interventions.

Concernant l'intérêt diagnostique, l'enjeu du Rorschach Système intégré est de capter les structures profondes de la personnalité, à savoir les différents aspects du *self*, les capacités cognitives, la représentation de soi et les rapports affectifs. D'autre part, plusieurs constellations de scores peuvent être combinées pour former des index de pertinence hypothétique pour le diagnostic clinique, notamment l'évaluation de la dépression (indice DEPI) ou encore de la schizophrénie (indice SCZI) (Sultan, 2004). Par exemple sur la seule base des données présentées par Exner (1991), Ganellen en 1996 a conclu que ces deux indices présentent une efficacité diagnostique élevée. Néanmoins, les preuves publiées dans des revues évaluées par des pairs ne favorisent pas une vision aussi optimale des indices DEPI et SCZI. Bien que l'indice SCZI se soit révélé significativement lié aux diagnostics de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques chez les adolescents et les adultes (Archer & Gordon, 1988; G J Meyer, 1993; Wood, Nezworski, Stejskal, Garven, & West, 1999) toutes les recherches publiées sur l'indice DEPI indiquent qu'elles souffrent d'une perte substantielle, de problèmes de sensibilité et de spécificité au diagnostic de dépression (Archer & Krishnamurthy, 1997; Ball, Archer, Gordon, & French, 1991; Carlson, Kula, & St. Laurent, 1997; G J Meyer, 1993).

Il est important de rappeler néanmoins, que l'intérêt du Rorschach dépasse le fait de mettre une étiquette diagnostique, ou bien d'intégrer la personne à un système de classification, nosographique, structurale, comme ce fut abordé précédemment. Hermann Rorschach a fondé ce test sur l'intuition, sur « la projection de l'interprète » ou « l'art clinique », mais avec Exner ces études se sont dirigées vers une « science pure », permettant l'analyse statistique des données. Cette approche a abandonné la technique qui tente de se pencher sur la symptomatologie caractéristique d'un trouble mais plus de développer des indices composés de variables.

Les indices et index qui ressortent du test permettent précisément une cartographie complexe d'un fonctionnement personnel et des recommandations cliniques qui peuvent en découler. Le Rorschach Système Intégré nous permet de préciser l'ordre de l'interprétation de notre protocole comme nous l'avons déjà précisé, et il inclut des variables clés dont nous pouvons en saisir pour proposer des interventions thérapeutiques. En effet, des exemples récents d'intérêt diagnostique et thérapeutique de Rorschach Système Intégré sont présentées dans les travaux de (Kostogianni & Andronikof, 2009; Sultan, 2004; Sultan & Chudzik, 2010)(M. C. Sendín, 2010), entre autres.

Enfin, concernant la question du pronostic, la possibilité de multiples passations du test à un même sujet permet une vision à plusieurs moments (T) permettant un éclairage quant à l'évolution de son fonctionnement pathologique. Par conséquent, les changements psychiques examinés, concernant une amélioration ou une régression, affirment des modifications directement cohérent avec l'organisation psychique propre à chaque personne (Champagne & Léveillée, 2012).

Ainsi, nous comprenons l'intérêt clinique de test de Rorschach au Système Intégré, qui permet avec l'ensemble de ces variables, indice et constellation d'aller au-delà des simples observations, pour découvrir les structures profondes de la personnalité permettant de répondre de manière constructive et pertinente à la question de diagnostique psychologique en proposant des interventions thérapeutiques vérifiables.

2.3. Rorschach System Intégré et le psychodiagnostic : est-ce compatible ?

Pour répondre à cette question, nous tenons à préciser que l'un des intérêts de la méthode du Système Intégré réside dans sa capacité à découvrir les processus psychologiques sous-jacents, que même les tests d'auto-évaluation n'ont pas la capacité d'évaluer aisément. Pourtant Exner a toujours affirmé que le Rorschach n'était pas un instrument diagnostique, d'autant plus que ni lui ni ses proches collaborateurs ne l'ont utilisé dans cette perspective (Andronikof-Sanglade, 1992). Nous pouvons avancer que l'utilisation du Rorschach « système intégré » est très pertinente pour décrire le fonctionnement psychique, ce que nous avons appelé le **diagnostic psychologique** (Andronikof, 2008).

Quant au **diagnostic de dépression**, la dépression couvre différentes figures sémiologiques avec des classifications nosographiques différentes, tant en fonction de ses expressions cliniques qu'en raison même de l'imprécision du diagnostic de dépression (Roustit, Cadot, Renahy, Massari, & Chauvin, 2008); comme nous l'avons déjà développé auparavant.

En se basant sur les travaux d'Exner (1986) qui a effectué un ensemble d'analyses factorielles sur un ensemble de protocoles de Rorschach de patients souffrant de troubles affectifs sur un échantillon de 1400 personnes, ceci a permis l'évaluation de sous-groupes particuliers de patients, dont ils présentaient tous les signes de la dépression mais qui n'étaient pas s'améliorés par l'utilisation des antidépresseurs.

En considérant l'article d'Andronikof et Réveillère de 2004, la particularité de ses sous-groupes est qu'il démontre différentes caractéristiques captées par l'indice classique de dépression (DEPI). Ils constituent, à notre avis, un syndrome à part entière (Andronikof & Réveillère, 2004).

Ainsi nous comprenons qu'il y a deux types d'approches interprétatives accompagnant le test de Rorschach depuis le temps d'Herman Rorschach, nomothétique et idiographique, et que milieu des années 1990 aux États-Unis, le Rorschach a connu un avancement avec les travaux d'Exner. Il y a de trois types de diagnostic à savoir : le diagnostic nosographique, le diagnostic structural et le diagnostic psychologique. D'une part, le psycho diagnostic sert à dresser un portrait psychologique de la personnalité d'un sujet et d'autre part, le Rorschach en système intégré a pour but de comprendre l'individu avec ses différentes forces et faiblesses.

Dans ce sens nous comprenons la puissance diagnostique du Rorschach en système intégré, ainsi que sa place pour faire la diagnostique psychologique. Il se propose à la fois comme un outil concourant au diagnostic psychologique dont l'un des avantages est de permettre de mieux appréhender la construction psychique de la personnalité et sa dynamique. Cela, tout en respectant son intégration dans la vie psychique du sujet, et dont l'autre avantage est d'être utilisé comme un pilier et un appui dans une démarche thérapeutique (Roman & Laupies, 2009).

Le Rorschach Système Intégré permet de dépasser l'identification d'une problématique à l'identification des ressources et des compétences psychiques de l'individu. Et enfin nous comprenons l'intérêt de l'indice (*DEPI*) pour la compréhension de la dépression et son intégration dans le psychisme de l'individu.

Chapitre 3 : Pertinence du Rorschach Système Intégré et du psychodiagnostic au regard de la dépression, du style de personnalité actif-passif et du narcissisme.

3.1. La dépression

Dans ce chapitre, nous allons présenter la définition de la dépression, sa prévalence et, ensuite, aborder la question de la complexité de la dépression concernant ses symptômes et ses causes ; une complexité qui se reflète également dans les différents modes de traitement.

3.1.1. La dépression selon le DSM-V

Lorsque le terme « dépression » est employé dans un contexte médical, on désigne principalement la dépression majeure, appelée également trouble dépressif caractérisé. Elle se définit comme un ou plusieurs épisodes distincts d'un minimum de deux semaines – bien que la majorité des épisodes durent considérablement plus longtemps – et qui fait rupture avec le fonctionnement habituel du sujet.

Voici les critères diagnostiques selon le DSM-V :

- A. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
 - 1. Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex., se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex., pleure). (Remarque : Chez les enfants et les adolescents, peut-être une humeur irritable.)

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (p. ex., changement de poids excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (Remarque : Chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.)
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Remarque : Les critères A à C représentent un épisode de dépression majeure.

Remarque : Les réponses à une perte significative (par exemple, deuil, ruine financière, pertes d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou invalidité) peuvent inclure les sentiments de tristesse intense, la rumination sur la perte, l'insomnie, le manque d'appétit et la perte de poids listés dans le Critère A, ce qui peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en rapport avec la perte, la présence d'un épisode dépressif majeur, en plus de la réponse normale à une perte importante, devrait également être examinée avec soin. Cette décision requiert inévitablement l'exercice du jugement clinique basé sur l'histoire de l'individu et les normes culturelles pour l'expression de la détresse dans le contexte de la perte.

D. L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, une trouble schizophrénie forme, un trouble délirant ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque.
Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes similaires à la manie ou l'hypomanie sont induits par une substance ou sont imputables aux effets physiologiques d'une autre condition médicale.

Le diagnostic est généralement accompagné des spécificateurs de sévérité et d'évolution suivants :

Sévérité / Evolution	Episode isolé	Episode récurrent
Leger	F32.0	F33.0
Moyen	F32.1	F33.1
Grave	F32.2	F33.2
Avec caractéristiques psychotiques	F32.3	F33.3
En rémission partielle	F32.4	F33.41
En rémission complète	F32.5	F33.42
Non spécifié	F32.9	F33.9

Il est à spécifier si le trouble s'accompagne de :

- Détresse anxieuse
- Caractéristiques mixtes (présence de certains symptômes de manie/hypomanie)
- Caractéristiques mélancoliques
- Caractéristiques atypiques
- Caractéristiques psychotiques (délires, hallucination etc.) congruentes à l'humeur
- Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur
- Catatonie
- Avec l'apparition péripartum (dépression postnatale ou postpartum)
- Avec motif saisonnier (dépression saisonnière, épisode récurrent seulement).

La forme chronique de la dépression, appelée « trouble dépressif persistant » ou dysthymie, est diagnostiqué lorsque la perturbation de l'humeur se poursuit pendant au moins 2 ans chez les adultes ou 1 an chez les enfants. Ce diagnostic, spécifique au DSM-5, inclut à la fois la dépression majeure chronique du DSM-IV et la dysthymie, moins important en termes de sévérité que la dépression majeure, mais chronique dans le temps (American psychiatric association., Crocq, & Guelfi, 2015).

3.1.2. Définition, prévalence et complexité

La Dépression est un véritable problème de santé publique en France et dans plusieurs pays, car elle est fréquente et présente souvent des conséquences graves, comme des difficultés d'intégration sociale.

De manière générale, la dépression se réfère à une émotion humaine qui peut aller d'une période de chagrin comme réponse à une déception ou bien à une perte jusque à un sévère désordre accompagnée par des idées délirantes. Dans le sens clinique, on peut dire que la dépression se produit lorsque le sujet dépasse un seuil particulier sur un sous-continent sous-jacent, au-delà duquel les symptômes dépressifs sont si graves qu'ils rendent la personne incapable et que cela devient un trouble (Tuula Ilonen et al., 1999).

La dépression concerne un très large champ, puisqu'elle constitue un diagnostic psychiatrique fréquent et en augmentation chez la population consultante. Pourtant, en effet, cela nous semble difficile de couvrir la dépression en utilisant un label unique ; ayant un même intitulé pour des différentes sous-catégories comme les « bipolaire », les « unipolaire », etc. D'ailleurs, les différents modes de traitement comme les antidépresseurs, thymus régulateurs et autres, reflètent la différence des nombreux tableaux couvrant la dépression (Andronikof & Réveillère, 2004; Rondet et al., 2013).

Selon Rondet, Cornet, Kaoutar, Lebas, & Chauvin (2013), la prévalence de la dépression en France est estimée entre 5 et 12% dans la population générale et elle augmente de manière significative dans les populations pauvres où elle arrive jusqu'à 41% dont la majorité est des femmes (Rondet et al., 2013).

Parmi les problématiques majeures que les psychologues rencontrent dans le champ des troubles dépressifs, nous trouvons la question de l'évaluation pour des objectifs diagnostiques. Comment expliquer ce problème ? En effet, plusieurs hypothèses sont possibles parmi lesquelles le problème de définition de la dépression, en effet, la dépression peut être un trouble à part, comme elle peut être des symptômes accompagnés d'autres troubles (Fouques & Bénony, 2010).

Les informations disponibles sur le sujet de la dépression sont nombreuses, les recherches, multiples, proviennent de nombreux différents domaines (biochimique, neurologique, physiologique, psychologique), et en plus il y a une multiplicité de variables observables. Tous ces facteurs confirmant de la dépression sont un phénomène loin d'être simple.

La dépression est un phénomène complexe, une complexité qui se manifeste par l'ambivalence vis-à-vis de la dépression, ambivalence du côté du symptôme ou syndrome d'une part et de son repérage sémiologique d'autre part ; en effet repérage sémiologique

s'incline devant la recherche du fonctionnement psychique et de l'organisation de personnalité sous-jacente.

De plus, il y a une complexité et une ambiguïté de la notion de dépression : si on se réfère à l'approche psychologique de la dépression, le terme de dépression peut désigner un stade de développement (Klein, Winnicott) ; il peut aussi évoquer un type de caractère, une tendance constante et permanente de la personnalité ; il est également utilisé pour exposer des variations temporaires et légères de l'humeur autant que pour indiquer des troubles sévères et constants (de Carvalho & Cohen, 1995; Husain et al., 2001; Lehmann, 2010).

Nous retrouvons une explication claire de cette complexité dans l'article « Problèmes de la clinique de la dépression » de Haynal (1984). Il souligne bien la confusion vis-à-vis de la question de la dépression et remarque que « *la confusion dans la terminologie clinique exprime probablement celle de notre vision de cette maladie* ». L'auteur ajoute qu'à travers les multiples classifications de la dépression (endogène-exogène, constitutionnelle-réactionnelle, unipolaire-bipolaire, psychotique-névrotique), la dépression semble renvoyer tantôt à un état, tantôt à une structure et tantôt à une prédisposition constitutionnelle. (Haynal, 1984) indique, par exemple, que l'effort de délimitation de la dépression se heurte assez rapidement aux liens que peuvent entretenir dépression et psychose, et ce à travers des concepts comme ceux de « schizo-affectif » et de « psychose maniaco-dépressive » (Husain et al., 2001).

Cette complexité et ambiguïté est aussi présente quant à la méthodologie de diagnostic de dépression, si on prend l'exemple de DSM-IV, Haynal (1984) énumère les critères, les symptômes et les seuils de sévérité pour un épisode dépressif-majeur séparément des critères diagnostiques pour les diagnostics liés à la dépression. Il se réfère à la dépression psychotique avec des délires et des hallucinations comme une forme de dépression majeure grave malgré la preuve que la dépression psychotique est un désordre distinct plutôt qu'un sous-type de dépression majeure grave (Tuula Ilonen et al., 1999).

En effet il est assez complexe d'aborder les symptômes de la dépression car la dépression est un bon exemple pour illustrer ce que nous appelons la polysémie des symptômes, c'est-à-dire (la capacité d'un symptôme à avoir des significations multiples). Comme Bergeret (1980) l'avait démontré, la dépression peut être rencontrée chez les patients, par exemple, qui présentent une schizophrénie de phase précoce (ou prodromique) intégrée dans une organisation psychotique de base, ou une spirale dépressive descendante suite à un épisode maniaque ;

on peut aussi rencontrer la dépression chez les personnes souffrant de trouble narcissique ou d'une vulnérabilité narcissique aiguë ou présentant des signes précoces de déficience cognitive, par exemple, comme chez les personnes âgées (Husain, 2015).

Quant aux causes de la dépression, il en est difficile à faire des recherches ; ces dernières, ayant souvent des résultats confus ou bien, contradictoires. Lorsque nous avons réalisé une revue de littérature, celle-ci nous montre qu'une majorité des recherches met l'accent à la dépression en tant qu'une donnée singulière uni-variée. Sauf, celle de la recherche de réalité clinique qui montre que la dépression peut représenter une classe de troubles à causes multiples, ayant des itinéraires qui pourraient être interactifs entre eux-mêmes (Mcneal, Cimboric, & House, 1986).

Ainsi, nous retrouvons que la dépression est un réel problème de santé publique en France et qu'elle touche presque la moitié de la population consultante adulte, bien que ce soit un problème assez complexe au niveau des symptômes et des causes. La meilleure approche à adopter est de placer aussi bien les symptômes que les causes dans le contexte de la psychologie unique de chaque sujet, toujours dans le respect de la singularité de chaque être humain.

Quoi qu'il en soit, la dépression mérite d'être étudiée plus en profondeur c'est pourquoi nous allons aborder dans les paragraphes suivants des théories explicatives de la dépression, selon l'approche psychanalytique et l'approche perceptivo-cognitive dans laquelle notre thèse s'inscrit.

3.2. Psychopathologie de la dépression

Compte tenu du fait que nous étudions l'efficacité du test de Rorschach Système Intégré quant à la question du diagnostic de troubles dépressifs, et vu la complexité de la dépression, nous estimons que des explications théoriques concernant le cadre théorique de la dépression sont indispensables dans l'objectif d'avoir une meilleure compréhension de la dépression.

Dans le cadre de l'approche psychanalytique d'interprétation du test de Rorschach, nous présentons, dans les paragraphes suivants, la théorie psychanalytique classique de la dépression, et dans le cadre de l'approche quantitative empirique (l'approche perceptivo-cognitive) nous présentons la théorie cognitive de dépression de Beck et son développement

théorique jusqu'à la théorie de la vulnérabilité à la dépression ainsi qu'à celle du désespoir (*helplessness*).

3.2.1. *Approche psychanalytique*

Nous allons présenter les trois caractéristiques principales de la théorie psychanalytique classique de la dépression, ses causes externes et internes, ainsi que ses différentes conceptions. Dans le domaine de la dépression comme dans tous les autres, la démarche psychanalytique consiste à procéder par allers-retours entre clinique et théorie. Pour prendre en compte la manifestation de la dépression propre à chaque individu, nous allons présenter les explications concernant, l'expérience de la perte de l'objet, le modèle de l'incorporation, et le noyau narcissique en tant que composantes principales de la dépression. Enfin, nous exposons l'ambivalence vis-à-vis de l'objet perdu vécu par le sujet souffrant de la dépression.

Tout d'abord, les causes de dépression sont très variées. Elle peut être causée par des facteurs externes comme la perte, le deuil, la rupture, comme cela peut être causée par des facteurs internes comme des transformations liées à des événements internes ; et le trouble dépressif peut aussi surgir de manière brutale sans signe précurseur. Quoi qu'il en soit, cela semble naïf de considérer la dépression selon un lien de cause à effet. Il est très important de comprendre qu'à partir de ses différentes causes découlent des conceptions dans la compréhension de la dépression du traitement des troubles dépressifs, et que ces différentes conceptions sont susceptibles d'engager le sujet dans une démarche de pensée particulière. Bien évidemment l'approche psychanalytique admet la diversité des figures de dépression, au-delà des manifestations observables, au sein du fonctionnement psychique individuel (Chabert, 2009).

L'approche psychanalytique classique de la dépression est centrée sur le monde interne du sujet, et cette approche est construite sur les rapports que le sujet entretient avec son expérience du deuil et/ou de la mélancolie. Dans ce sens le sujet éprouve une fixation intense à la perte de l'objet autant qu'à l'objet perdu (Dufour, 1991). L'épreuve de réalité consiste, selon Freud (in Chabert, 2009), dans « *la perte d'objet ayant procuré autrefois une satisfaction réelle* » ; plus précisément, l'objet perdu devient une souffrance antérieure au symptôme qui la manifeste. Elle est une rupture, une faille, une profonde défaillance du lien avec le monde, en même temps qu'une insoutenable solitude, le lien avec l'objet perdu se solidifie. Pour com-

prendre la dépression et comment elle se développe il faut comprendre ses trois composantes principales, qui sont les suivantes : 1. l'expérience de la perte de l'objet ; 2. le modèle de l'incorporation et 3. le noyau narcissique (Chabert, 2009).

Selon la théorie psychanalytique, le sujet s'engage dans un processus de deuil suite à une perte d'objet extérieur concernant un être cher ou bien intérieur comme une perte de positions acquises. Selon Chabert (2009), l'élément commun dans le deuil est l'expérience de la séparation et de la perte, au sens objectal et narcissique de terme, cela nécessite un travail psychique, c'est le travail de deuil, ce travail s'effectue aussi bien sur soi que sur le lien. Cet auteur souligne que travail de deuil commence par un détachement progressif de l'objet auquel la libido était attachée, par un désinvestissement des liens avec l'objet perdu, et par une transformation dans les identifications et dans l'économie narcissique.

La perte de l'objet cause des affects qui mettent le sujet dans une position où il découvre sa dépendance tant refusée par rapport à l'autre, ce qui est insupportable pour lui (Chabert, 1986). À l'instar du deuil et à ce moment de transformation les souvenirs et la nostalgie de l'objet perdu s'installent et l'intériorisation ou bien incorporation de cet objet s'effectue, le moi se dirige vers de nouveaux liens et un nouvel attachement (Chabert, 2009). Du point de vue de Freud (Chabert, 2009), ce travail d'incorporation de l'objet perdu s'effectue, au moins de façon passagère, progressivement de manière à permettre au sujet de ne pas renoncer à l'objet et de le retrouver en lui. L'objet incorporé viendra ainsi par détour, hanter le sujet.

Quant au noyau narcissique, dans le travail de deuil, suite à la perte de l'objet et au travail d'incorporation effectué, cela produit une défaillance au niveau des idéaux. En effet, une relation d'objet idéalement privilégiée se trouve rompue, ou bien cette relation ne peut plus être poursuivie. Alors l'image narcissique d'un corps sans faiblesses se trouve sérieusement altérée. Au niveau psychique une souffrance spécifique de la dépression est provoquée par le décalage entre le Moi Idéal et la réalité, ou entre l'Idéal du Moi et le Moi. Le sujet se trouve face à des exigences rigides commandées par un Moi Idéal narcissique rigoureux ; si les images de la réalité qui correspondent à un Idéal du Moi laissent espérer un accord possible, la dépression est contenue. Mais dans le cas inverse on se trouve en présence de la dépression, il y a un écart ou bien décalage soit par exacerbation du Moi Idéal, soit par défaillance, réelle ou imaginée, devant l'objet, ce qui mène le Surmoi à bâtir des accusations à l'encontre de l'Idéal

du Moi (Rosolato, 1975). Ainsi, Drieu (2014) souligne que les pertes viennent réactiver une vulnérabilité narcissique mais surtout des modes d'alliance perturbés par l'existence de conjonctions traumatiques.

Enfin, nous attirons l'attention, sur l'idée développée par Abraham, Freud et M. Klein, qui avancent que la dépression, à l'instar du deuil, recèle une forte agressivité contre un objet perdu, et qu'un surmoi féroce est à l'œuvre dans des processus complexes où jouent simultanément idéalisation et dévalorisation de soi et de l'autre. Règne, dans le sujet, l'autre aimé autant qu'haï, auquel il s'est identifié en l'incorporant. Donc le sujet vit en ambivalence vis-à-vis de l'objet perdu (Lehmann, 2010). En effet, face à l'objet perdu une position d'ambivalence se maintient, « pour que le travail de deuil se fasse, il faut que l'objet perdu soit devenu suffisamment ambivalent ». Dans ce sens la dépression essaie de maîtriser cette ambivalence ce qui signifie que la personne est protégée de l'effondrement mélancolique par sa dépression (Chabert, 2009).

Ainsi, nous comprenons que le travail de deuil commence suite à une perte interne et/ou externe ; une perte objectale qui touche l'entité narcissique du sujet suite à l'incorporation de cette perte.

3.2.2. Approche perceptivo-cognitif

Comme nous l'avons expliqué précédemment, la dépression est une notion complexe. Donc, il nous semble pertinent de donner des explications théoriques de cette notion selon différentes approches.

D'abord, l'approche perceptivo-cognitive illustrée par la théorie cognitive de la dépression de Beck et la théorie de la vulnérabilité à la dépression ainsi que la théorie du désespoir (*helplessness*). Dans cet approche perceptivo-cognitive, plusieurs théories de la dépression ont été faites avec des bases théoriques différentes et parfois complémentaires. Nous exposons ici les théories qui sont à notre sens pertinentes pour expliquer la dépression selon le Rorschach Système Intégré ; c'est pourquoi pour chaque théorie nous présentons l'auteur et ses principes théoriques.

3.2.3. *La dépression selon Aaron Beck*

La théorie cognitive a été proposée par Aaron Beck au début des années 1960. Beck (1979) invente le terme « triade cognitive négative » pour décrire la nature des cognitions négatives des personnes déprimées. Cette nature est en trois parties liées à leur vision de Soi-même, leur vision du Monde et leur vision de l'Avenir (Beshai, Dobson, & Adel, 2012). Pour Beck l'idée principale est que le problème majeur de la dépression est l'appréciation négative de Soi-même, l'appréciation de ses expériences passées en tant que défaites ou échecs et l'appréciation de l'avenir comme désespéré.

Beck (1979) a remarqué que les patients dépressifs souffraient de croyances négatives dysfonctionnelles, généralement acquises au début de la vie. Il en résulte des pensées négatives non promulguées, qui induisent une spirale descendante de vues négatives de soi, qui à leur tour, évoquent des schémas dépressogènes (Baddeley, 2013). Ces schémas négatifs vont biaiser l'interprétation émotionnelle d'une situation donnée et l'attention directe. Ce biais sera renforcé par l'application des schémas aux signaux provenant des systèmes pour le stress émotionnel et l'alarme, ce qui entraînera à son tour des symptômes de la dépression comme la tristesse, le désespoir, le retrait social et l'inactivité. De tels symptômes seront éventuellement sous réserve d'évaluations négatives.

Plus récemment, Beck (2008) conclut que *« la constellation dépressive consiste en une rétroaction continue en forme de Boucle avec des interprétations négatives et des biais d'attention avec les symptômes subjectifs et comportementaux renforçant chacun l'autre »*. L'activation de structures cognitives inadaptées ou de schémas influent directement sur le contenu des perceptions, des interprétations et des mémoires d'un individu, conduisant à la production et au maintien d'états déprimés (Rector, Segal, & Gemar, 1998; Sjöberg & Blomstedt, 2011). Une explication : la théorie propose que les représentations schématiques inadaptées et/ou mal-adaptées de soi, du monde et de l'avenir soient activées en combinant les expériences de vie. Cela conduit à un biais de traitement préférentiel pour l'information congruente du schéma et une dominance conséquente des pensées, des images et des interprétations négatives ou menacées dans le courant de la conscience (Clark & Beck, 2010).

Selon Coyne & Gotlib (1983), la négativité persistante des interprétations et des attentes des personnes déprimées est soutenue par des preuves contradictoires, par des biais dans le traitement de l'information, comme par exemple, l'abstraction sélective et la surgénération. C'est-à-dire, que non seulement les personnes déprimées « se plaignent d'elles-mêmes », mais ces plaintes reflètent souvent des données inexactes et des perceptions basées sur des styles aberrants de traitement de l'information (Haaga & Beck, 1995).

Selon la théorie perceptivo-cognitive, les trois caractéristiques des personnes déprimées sont les suivantes (Noord, 2006):

- premièrement, les personnes déprimées possèdent des croyances ou des schémas fondamentaux auto-répréhensibles (critiquables) inadaptés. Ces croyances de base, telles que « *Je ne suis pas aimable* » ou « *Je suis bête* », sont latentes et activées par des facteurs de stress environnementaux pertinents par le schéma (par exemple, la dissolution d'une relation amoureuse) ;
- deuxièmement, les individus déprimés abritent également des attitudes dysfonctionnelles, qui existent généralement sous la forme de propositions « *if-then* » (si-alors) ;
- troisièmement, lorsque ces propositions idiosyncratiques sont perçues comme étant violées, des pensées automatiques négatives sur le moi, le monde et le futur sont activées

Ainsi, selon Noord (2006), cette triade cognitive est une caractéristique essentielle de la théorie cognitive pour la dépression. Nous comprenons le rôle des pensées négatives dans l'expérience dépressive de base, ses pensées qui ont un rôle majeur aussi bien dans l'expérience dépressive de base que dans la dysphorie. Le rôle du processus cognitif négativement biaisé dans le maintien de la dépression.

Enfin, les personnes déprimées possèdent des croyances ou des schémas fondamentaux auto-critiquables et inadaptés, avec des attitudes dysfonctionnelles, des pensées automatiques négatives sur le moi, sur le monde et sur le futur (Noord, 2006).

3.2.4. *Théorie du désespoir et dysfonctionnement social*

Dans ce point, nous abordons le développement de la théorie du désespoir (*helplessness*), en tant que théorie basée sur la théorie cognitive de Beck. Sa thématique principale est l'incompatibilité de contrôle par rapport à un but ; le rôle du style attributif dans le développement de la dépression, ainsi que les trois styles attributifs de la dépression et de ses symptômes. Enfin, nous présentons une étude servant de support à la théorie du désespoir (*helplessness*).

Dans le modèle cognitif, l'accent est mis sur les erreurs systématiques dans la logique et le raisonnement qui apparemment aboutissent à des pensées automatiques négatives, telles que la sur-généralisation, la pensée dichotomique ou la pensée en noir et blanc et l'inférence arbitraire. Au niveau final de l'abstraction, les croyances et les attitudes dysfonctionnelles reflètent les composantes structurelles durables, ou schémas, du système de traitement de l'information. Donc, dans cette taxonomie, et en cohérence avec le modèle cognitif hiérarchique de Beck, les schémas ont une importance centrale dans le guidage des produits cognitifs et des processus cognitifs qui peuvent, de concert, précipiter la dépression (Rector et al., 1998).

La thématique centrale de la théorie du désespoir (*helplessness*) est qu'il y a une incompatibilité de contrôle qui se produit de manière prolongée par rapport à un but de contrôle ou bien par rapport à un facteur d'effet. Ce genre particulier de désadaptation de contrôle est responsable de trois des déficits : la motivation, la cognition et l'estime de soi (Hyland, 1987).

La théorie du désespoir (*helplessness*) avance que les individus développent un style attributif « dépressogène » dans lequel les événements perçus négativement sont attribués aux causes internes, globales et stables ; donc causes absolues et inchangeables ; plutôt qu'à des causes transitoires, spécifiques et externes. Ainsi, les résultats négatifs sont attribués aux défauts personnels, subjectivement perçus, sur lesquels les individus perçoivent un manque de contrôle. Ce style attributif négatif consiste en des sentiments d'impuissance et parfois des sentiments de désespoir, ces sentiments d'impuissance et de désespoir sont associés à des symptômes de dépression plus manifestes. En plus, une relation significative a été trouvée entre les styles attributifs négatifs et la présence de troubles dépressifs catégoriquement définie (Noord, 2006).

Les chemins dépressogènes se composent de trois styles attributifs qui contribuent à trois causes éloignées de dépression : (a) la tendance à mettre en relation des causes stables et des événements négatifs sans raison valable ; (b) la tendance à catastropher les conséquences des événements négatifs ; et (c) la tendance à voir l'individu comme défaillant après les événements négatifs (Abela, Parkinson, Stolow, & Starrs, 2009).

Chacun de ces styles prédispose les individus à la dépression en augmentant la probabilité qu'ils produisent des déductions dépressogènes après des événements négatifs. Faire de telles inférences augmente la probabilité que le désespoir se développe. Une fois que le désespoir est développé, la dépression est inévitable car la théorie considère le désespoir comme une cause proximale suffisante de dépression (Abela et al., 2009).

Les théoriciens de la théorie du désespoir ont postulé que la dépression de désespoir est caractérisée par un profil de symptômes unique. Les symptômes primaires incluent des affections tristes et des déficits motivationnels ; tandis que les symptômes secondaires incluent des idées suicidaires, manque d'énergie, retard psychomoteur, perturbation du sommeil, mauvaise concentration, faible estime de soi et augmentation de la dépendance. On remarque ainsi qu'il y a certains symptômes de la dépression qui sont exclusifs à la dépression désespérée, tels qu'une dépendance accrue et une faible estime de soi (Abela et al., 2009).

Certaines études montrent le rôle du style attributif dans la dépression. Hyland (1987) montre que les dépressifs et les non-dépressifs diffèrent en termes de style attributif, c'est-à-dire, ils diffèrent en termes de contribution perceptive pour un événement environnemental donné. Les dépressifs ont un style d'attribution qui conduit à une perception de non-auto-efficacité. Or, les dépressifs diffèrent des non-dépressifs en ce sens car ils n'ont pas les « biais indirects » qui fournissent aux non-dépressifs une perception de leur environnement, dans lequel il existe une estimation faussement élevée du contrôle perçu. Les non-dépressifs ont une « illusion de contrôle ».

Ainsi, la théorie du désespoir (*helplessness*) a été fondamentalement développée à partir de la théorie cognitive de (Beck, 1967, 1979). Dans cette théorie, une attention particulière est mise sur les erreurs systématiques dans la logique et le raisonnement qui apparemment aboutissent à des pensées automatiques négatives. Il y a également le rôle de la désadaptation de contrôle et sa responsabilité à propos de déficit motivationnel, cognitif et l'estime de soi. Encore, les trois causes éloignées de dépression et leurs rôles dans les styles attributifs dépresso-

gènes, notamment la troisième cause concernant la tendance à voir l'individu comme défaillant après les événements négatifs. Il est à noter que la dépendance accrue et la faible estime de soi sont des symptômes exclusifs à la dépression désespérée (*helplessness*) ainsi que rôle du style attributif dans la dépression.

D'autre part, Exner (1993) a observé que l'imprécision des instruments conçus pour mesurer la dépression était un produit de la complexité de la dépression, voire de son ambiguïté, comme précédemment expliqué. De ce fait, une nouvelle méthodologie pour améliorer les critères diagnostiques était justifié, car l'évaluation de la dépression inclut le diagnostic et en plus cet aspect d'évaluation ne s'arrête pas à mettre des étiquettes sur des personnes mais le dépasse pour faire un diagnostic psychologique. Cela veut dire une dynamique individuelle, le jeu des forces et des faiblesses, des fonctions adaptatives, de réactions individuelles, qui déterminent une conduite et son évolution.

Il ne s'agit pas de se limiter à une classification en fonction d'un système de pathologie. Le diagnostic psychologique se réfère donc à la compréhension individuelle du cas. Il vise à offrir le portrait d'une personne, à décrire son fonctionnement, et à rendre compte de ses difficultés dans son contexte de vie (Sultan, 2004). Ainsi, nous pouvons comprendre l'intérêt du diagnostic psychologique et son utilité thérapeutique.

Le Rorschach en Système Intégré est une méthode d'évaluation de la dépression, qui représente un complément précieux et négligé à l'évaluation fondée sur des critères diagnostiques habituels comme par exemple le DSM-IV car parmi ces caractéristiques le Rorschach permet de conceptualiser différents types de lacunes dans le traitement cognitif-perceptif individuel. Plus précisément, le Rorschach en Système Intégré évalue les marqueurs de la symptomatologie dépressive qui se manifestent de manière spécifique et qui correspondent au fonctionnement affectif, à la complexité cognitive ainsi qu'aux ressources d'adaptation du sujet. Ceci représente, selon J. E Exner (1995), les « *principales caractéristiques de l'organisation psychologique de la personne* ».

3.3. L'indice DEPI dans le Rorschach

Nous exposons ici l'évolution historique de l'indice de dépression (*DEPI*) à partir de travaux d'Exner (1974), en passant par le premier indice de dépression ; l'indice dépressif expérimental ; le nouvel indice de dépression ou bien l'indice revisité de dépression ; et la valeur de seuil pour juger l'indice DEPI comme positive. Nous allons voir rapidement comment le travail du nouvel indice de dépression a dérivé et a donné l'indice d'incompétence sociale (*CDI*). Enfin, nous présentons les échantillons ainsi que les profils de sujets qui ont permis la validation de cet indice.

3.3.1. Historique

Dans les années 1970, les travaux d'Exner s'inscrivaient dans un courant nettement plus psychométrique de la dépression lorsqu'il met en place l'indice de dépression DEPI. Sa démarche est la suivante : il commence par administrer à 680 personnes dysthymiques ou unipolaires une liste de facteurs qu'il pense être liés aux traits dépressifs. Cette liste était accompagnée par des mesures qui concernaient les variables qu'il a identifiées comme intervenant dans plus de 50 % des protocoles qu'il a réalisés.

Les résultats de cette étude d'Exner (1995) ont permis d'identifier sept variables qui constitueront une deuxième liste qu'Exner testera ensuite sur 80 malades psychiatriques hospitalisés pour la première fois. Les résultats sont contrastés. Alors que 81,39% des protocoles (réalisés sur des sujets présentant un « trouble affectif majeur », mettent en évidence l'intervention de 5 variables parmi les 7 que mesurait cette deuxième liste (faux négatif), 24,32 % des protocoles sur des sujets ayant un diagnostic autre que celui du « trouble affectif majeur » ou « dépression majeure » présentent le même résultat (faux positif). En poursuivant les analyses statistiques, Exner a pu améliorer la capacité discriminante de sa liste et ainsi aboutir à la mise en place d'un indice ayant une bonne spécificité et une bonne valeur prédictive, le DEPI, encore expérimental en 1976.

Ainsi, l'indice DEPI constitue une première tentative objective pour mesurer la dépression et qui prend en compte les différentes variables identifiées par Exner (Andronikof-Sanglade, 1992; J. E Exner, 1995).

3.3.2. *Le premier indice dépressif*

Dans les années 1980, les travaux d'Exner et Weiner (1982) sur le DEPI ont été rendus public sur l'indice dépressif DEPI. Cet indice est finalement constitué de cinq critères dont au minimum quatre doivent être réunis pour considérer qu'un individu est dépressif. Avec DEPI, le problème posé par les faux positifs était ainsi résolu. En effet, le taux de faux positifs observé était extrêmement faible, contrairement au taux de faux négatifs qui était élevé, souvent supérieur à 60% pour certains groupes de sujets fortement déprimés (Carlson et al., 1997).

3.3.3. *L'indice dépressif nouveau ou indice dépressif revisité*

Quelques années plus tard, Exner reprend ses travaux sur le DEPI. Il teste une version revisitée de la mesure du DEPI sur un échantillon de 1350 sujets diagnostiqués comme souffrant de troubles affectifs (Andronikof-Sanglade, 1992). Après avoir écarté un grand nombre de protocoles pour cause de renseignements insuffisants, il finit par pouvoir constituer 3 groupes d'individus : (1) dépression émotionnelle, (2) dépression cognitive et (3) « *helpless* ».

Différentes analyses statistiques ont été faites sur ces 3 groupes ; notamment, des analyses factorielles. Ces analyses ont démontré que 5 facteurs étaient communs à deux groupes de dépression (l'émotionnelle et la cognitive) ; 2 facteurs étant communs à deux groupes mais pas au troisième ; et un facteur qui semblait n'avoir aucun sens. Ces résultats démontraient seulement que ces trois groupes présentaient des différences.

Alors, une nouvelle série d'analyses a été ainsi réalisée : des analyses factorielles de variance (MANOVA), des analyses de corrélation intergroupe et une analyse discriminante qui a pu enfin révéler des résultats plus probants (Carlson et al., 1997). Les données des deux premiers groupes (émotionnel et cognitif) se recouvraient considérablement, mais celles du troisième apparaissaient beaucoup plus distinctes.

Cependant, il n'a pas été possible, quelle que soit l'analyse adoptée, de séparer de manière empirique les deux groupes émotionnel et cognitif. Par conséquent, ces deux groupes furent fusionnés en un (N=471) qui sert de groupe de référence pour la recherche d'un nou-

vel indice DEPI. Les 15 variables prises en compte avec le DEPI, ont été mesurées à partir des sept items qui constituent le nouveau DEPI (J. E Exner, 1995).

Quant aux valeurs de l'indice *DEPI* :

Selon Exner (1990b, 1991), concernant les adultes, la valeur du seuil pour un indice dépressif positif est 5 ; cette valeur étant considérée le reflet du caractère commun de la dépression et non comme définitive ; une valeur de 6 ou 7 reflétant un problème affectif significatif (Andronikof-Sanglade, 1992; Carlson, Kula, & St. Laurent, 1997; CARTER & DACEY, 1996).

L'expérimentation de DEPI sur le troisième groupe « helpless »

Comme mentionné auparavant, les deux premiers groupes - émotionnel et cognitif - partageaient davantage de facteurs entre eux qu'avec le troisième groupe « *helpless* ». Exner testa donc le nouveau DEPI sur le groupe des « *helpless* », c'est-à-dire sur le groupe des individus qui ont l'incapacité d'affronter la société, vécue comme trop complexe (Sanglade-Andronikof, 1992). Les résultats sont décevants car seulement 17% sujets obtiennent des valeurs entre 5 et 7 au nouveau DEPI. Ce résultat était d'autant plus étonnant que la table de contingence terminale pour le DEPI indiquait que les valeurs de 5,6, ou 7 identifiaient correctement 85% des sujets du groupe de référence. Le nouveau DEPI fut ensuite testé sur les 663 sujets dépressifs. Environ 81% d'entre eux présentaient des valeurs de 5,6, ou 7 et 71% présentaient des valeurs de 6 ou 7 (J. E Exner, 1995). Finalement, l'étude sur le groupe « *helpless* » (N=213) a servi à l'élaboration de l'indice d'incompétence sociale (*CDI*) dans la traduction française du Système. Ce dernier, étant un indice qui s'est montré très utile à l'étude des états dépressifs (J. E Exner, 1995).

La version finale de DEPI

Le nouveau DEPI revisité a aussi été testé sur des groupes de schizophrènes, de patients qui venaient en consultation, de patients souffrant de troubles du caractère, ainsi que des sujets non-consultants (non-cliniques). Des enfants et des adolescents furent chaque fois inclus.

Le taux de « faux-positif » fut tout à fait satisfaisant. Environ 3% des adultes non-consultants ont un indice positif, et moins de 2% des enfants non consultants. Cependant, 19% environ des schizophrènes ont un indice positif (la plupart ayant une valeur de 5), et 13% des troubles du caractère (presque tous ont des valeurs de 5). Dans le groupe des patients de consultation, 18% de protocoles environ présentaient un *DEPI* positif, et 78% de ceux-ci avaient une valeur de 5 (J. E Exner, 1995).

L'examen des données de validation de chaque item composant le *DEPI* montre que les items reflètent un mélange de facteurs, chacun étant lié soit à l'affect soit à la cognition. Par exemple, les réponses morbides *MOR*, l'indice d'égoцентриté, le déterminant *FD* et l'indice d'intellectualisation, sont plutôt saturés en éléments cognitifs, alors que les associations couleur-estompage, le déterminant *C'*, ou *Afr* le sont plus du côté de l'affect. Le fait même qu'il ait été nécessaire d'associer ces différents aspects pour rendre le *DEPI* efficace semble indiquer que la plupart des personnes qui sont diagnostiquées comme « dysthymiques » ou ayant des « troubles affectifs » présentent des difficultés à la fois dans le domaine affectif et cognitif, même si, avec d'autres critères, elles peuvent être différenciées en dépression affective et cognitive (J. E Exner, 1995).

Les travaux d'Exner (1986) ont permis une meilleure définition des variables de *DEPI* et leur classification en sous-types affectifs, cognitifs et relationnels. Ils ont contribué à une description plus qualitative et à une compréhension précise des troubles affectifs. Ils ont suscité l'intérêt d'étudier les composantes différentielles de la dépression et leurs liens avec d'autres perturbations sur la sphère interpersonnelle. C'est l'exemple de la relation entre le *DEPI* et l'indice d'incompétence sociale (*CDI*), ce qui a provoqué une révision des stratégies d'interprétation du Rorschach dans le Système Intégré (C. Sendín & De Felipe Oroquieta, 1999).

Pour conclure, l'indice de Dépression (*DEPI*) a nécessité un grand travail sur des profils différents et cet indice *DEPI* est en effet un mélange de facteurs aussi bien liés au côté émotionnel qu'au côté cognitif de la dépression.

3.4. Les composants de l'indice dépression *DEPI*

Dans l'objectif d'avoir une meilleure compréhension de la composition de l'indice DEPI, nous allons présenter l'ensemble des items qui le compose ; avec ses composantes de variables ; avec la signification clinique de ses variables.

Nous expliquons par ailleurs la signification clinique de chaque variable et précisons comment évaluer si une variable présente un résultat de valeur positive.

L'indice (*DEPI*) contient 15 variables réparties dans les sept items, qui sont les suivants :

I. (FV + VF + V) > 0 ou (FD > 2)

Le premier item est composé de deux variables : la réponse vista et la réponse perspective. La réponse vista est liée à un processus de « prise de distance » et d'introspection, ce que semblent conforter l'opinion de Klopfer-Beck. Mais Exner émet un doute concernant la nature de cette relation à savoir si elle est directe. Exner (1995) avance que la réponse vista semble en relation avec les expériences affectives négatives dues aux comportements de concentration sur soi. Vu la très faible fréquence de vista, la présence d'une seule réponse vista dans un protocole est considérée comme significative (Exner,1995).

Quant aux réponses FD, elles sont liées à des facteurs d'introspection et de conscience de soi (Exner,1995). Les patients pris en thérapie donnent un pourcentage élevé de réponses FD, poussant Exner à émettre l'hypothèse selon laquelle la FD est associée à l'introspection, hypothèse confirmée par les trois études qui suivirent (Exner,1995). Généralement les réponses FD ont une signification positive, à moins qu'elles ne se produisent avec une fréquence élevée, car dans ce cas, elles reflètent une forme de rumination qui peut générer des émotions désagréables ;

L'item est considéré positif si la première variable $(FV + VF + V) > 0$ ou si la deuxième variable $FD > 2$.

II. (Association Couleur-Estompage > 0) ou (S > 2)

Ce deuxième item est composé de deux variables.

La première variable est couleur/estompage : c'est une association importante pour l'analyse du fonctionnement affectif, ce sont des réponses où s'associent un déterminant couleur chromatique avec un estompage ou une couleur achromatique avec un estompage. Pour Beck (1949) ce genre de *blend* couleur/estompage représentait une sorte de simultanéité de plaisir et de déplaisir (J. E Exner, 1995).

La deuxième variable est relative aux réponses spatiales. Dans les réponses spatiales il y a une inversion entre la figure et le sol, ou de l'intégration de la figure et du sol, ce qui peut être considéré comme représentant un sentiment d'individualité. Interpréter les réponses S demande de rechercher avec précaution d'éventuels éléments de négativisme, d'opposition, ou de colère du sujet vis-à-vis de son environnement. Une ou deux réponses S ne signifient rien de plus qu'une tendance naturelle à l'affirmation de soi. Si le nombre de S dépasse 2, il faut s'attacher à faire la part de ce qui pourrait relever d'une hostilité structurale d'un négativisme réactionnel à la situation. Si le nombre de réponses S est excessif, cela peut refléter le rejet, l'opposition et même la colère (J. E Exner, 1995).

L'item est considéré comme positif si la première variable Couleur-Estompage > 0 ou si la deuxième variable S > 2 .

III. $3r + (2)/R > .44$ et $Fr + rF = 0$ ou $3r + (2)/R < .33$)

Cet item concerne deux variables, l'indice d'égoцентризм ainsi que les réponses reflets. La première variable est l'indice d'égoцентризм ($3r+(2)/R$) qui donne une estimation de la préoccupation de soi et, peut-être, de l'estime de Soi. C'est une représentation originale de la centration sur soi. Si sa valeur dépasse la fourchette moyenne $>0,45$ pour un adulte (ou supérieure à une SD au-dessus de la moyenne pour l'âge chez les enfants), cela indique une préoccupation de soi excessive en comparaison avec la plupart des gens (J. E Exner, 1995).

La deuxième variable ($Fr+rF=0$) est relative aux réponses reflets ; une valeur de $Fr+rF$ supérieure à zéro signale la présence d'un élément déterminant dans la représentation de soi du sujet. C'est une caractéristique de type narcissique qui comporte une tendance marquée à hypertrophier sa valeur personnelle. A l'inverse, l'absence de réassurance sur la haute valeur personnelle conduit généralement à des sentiments de frustration et au négativisme (J. E Exner, 1995).

L'item est considéré positif si l'indice d'égoцентриisme $> .44$ et $Fr + rF = 0$ ou si l'indice d'égoцентриisme $< .33$.

IV. ($Afr < .46$) ou ($Blends < 4$)

Cet item concerne deux variables : le rapport affectif et les réponses *blends*.

Pour commencer, le rapport affectif (*Afr*) se calcule de la manière suivante :

$$Afr = \frac{\text{Nombre de réponses aux planches VIII + IX + X}}{\text{Nombre de réponses aux planches I + II + III + IV + V + VI + VII}}$$

Le rapport affectif ou *Afr* donne des informations concernant la réactivité émotionnelle du sujet. Par exemple si la valeur de l'*Afr* est supérieure à la moyenne, cela indique que le sujet est très intéressé par la stimulation émotionnelle. Selon Exner, ce trait ne doit pas être considéré comme une indication négative, il reflète simplement un grand intérêt pour l'émotion (J. E Exner, 1995).

Les réponses *blends* sont caractérisées par l'apparition de plusieurs déterminants dans une même réponse, ce qui correspond à une activité psychique plus complexe que les réponses à déterminant unique (J. E Exner, 1995).

L'item est considéré positif si $Afr < .46$ ou si $Blends < 4$.

V. ($Somme\ Estompages + C > FM + m$) ou ($Somme\ C > 2$)

Les deux variables qui composent cet item se réfèrent à nouveau aux affects négatifs. La première variable est la Somme Estompages qui indique que l'ensemble des affects négatifs prend une place considérable dans la vie psychique du sujet, de manière excédante aux capacités idéatives du sujet. Il ne s'agit donc pas ici de la quantité d'affects négatifs éprouvés par le sujet, mais de la proportion de ces affects par rapport aux autres aspects de son fonctionnement.

La Somme $C > 2$ illustre la souffrance d'un sujet due à la rétention d'affects. L'association du C à la dépression est par ailleurs tout à fait classique (Andronikof-Sanglade, 1992).

L'item est considéré positif si Somme Estompages + $C > FM + m$ ou si Somme $C > 2$.²

VI. (MOR > 2) ou (2AB + Art + Ay) > 3

Les deux variables de cet item se réfèrent aux caractéristiques du contenu des réponses. Il s'agit de l'indice d'intellectualisation et de la réponse morbide MOR.

L'Indice d'Intellectualisation (2 AB+Art+Ay)

Cette variable se réfère au processus d'intellectualisation, elle sert à réduire ou neutraliser l'impact des émotions, mais il constitue aussi une forme simple de dénégation qui tend à dévier l'impact réel d'une situation. Il s'agit d'un processus qui masque et/ou nie la présence des affects, ce qui entraîne une réduction de la capacité de faire face d'une manière directe et/ou réaliste aux sentiments et sensations (J. E Exner, 1995).

La réponse morbide (MOR)

Les réponses morbides dans le Rorschach sont liées à une idée pessimiste et révèlent presque toujours certaines des impressions négatives que la personne a d'elle-même. Selon Exner dans le groupe non-consultant la médiane de MOR est égale à 1 et un MOR plus élevé indique des difficultés à maintenir une estime de soi de manière adaptative et cela indique également une image de soi négative voire endommagée et dysfonctionnelle (E. Hartmann, Wang, Berg, & Saether, 2003).

L'item est considéré positif si $MOR > 2$ ou si $(2AB + Art + Ay) > 3$.

VII. (COP < 2) ou (Indice Isolation > .24)

² Dans le Système Intégré, les C font partie de la formule complémentaire au même titre que les Estompages. Ni les uns ni les autres ne reçoivent de pondération.

Cet item comporte deux variables : les réponses *COP* et l'indice d'isolation.

- Les réponses *COP* : les réponses *COP* sont une cotation spéciale de réponse. Il s'agit d'un élément important dans l'ensemble des variables qui composent l'indice *DEPI*.
- L'indice d'isolation (*ISOLATE/R*) : l'indice d'Isolation donne aussi quelques renseignements sur la façon dont le sujet perçoit son environnement et y réagit. Environ 12% des adultes non-consultants ont un indice d'Isolation qui tombe entre 25% et 32% sur R, par contraste avec environ 15% chez les dépressifs. Une valeur qui se situe entre 25% et 32% signale une personne qui n'est pas très engagée dans les relations sociales (J. E Exner, 1995, p. 419).

L'item est considéré positif si $COP < 2$ ou si Indice Isolation $> .24$ (Andronikof-Sanglade, 1992; J. E Exner, 1995; E. Hartmann et al., 2003).

Ainsi, l'indice de Dépression (*DEPI*) comporte 7 items qui sont chacun composé de deux variables. Un item est positif si une variable de ses composantes dépasse un certain seuil. Et l'indice *DEPI* est positif lorsqu'il atteint une valeur > 4 .

Nous tenons à préciser qu'il faut être prudent sur les résultats dans l'interprétation des constellations, et bien comprendre qu'un indice négatif n'est pas suffisant pour supprimer l'éventuelle présence d'une perturbation censée être captée par cet indice.

De ce fait, le Rorschach Système Intégré nous paraît très pertinent quant à la réflexion psychopathologique qu'il introduit par la différenciation entre dépression affective, dépression cognitive et pseudo-dépression représenté par l'indice d'incompétence sociale (*CDI*) (Andronikof-Sanglade, 1992).

3.5. Validité et fiabilité de l'indice *DEPI*

Comme nous l'avons précédemment expliqué dans le Chapitre 2, la notion de dépression est complexe et ambiguë, qu'il s'agisse des symptômes et/ou causes et de ses manifesta-

tions. Par conséquent repérer la dépression et l'évaluer n'est pas une question facile à aborder. D'autant plus que le terme de dépression recouvre des désordres de natures différentes.

Quoi qu'il en soit, le Rorschach ne permet pas de faire un diagnostic de dépression au sens psychiatrique du terme. Si l'indicateur de trouble affectif (indice DEPI du Système intégré) se trouve très souvent positif dans les groupes présentant des troubles affectifs majeurs (85 % de DEPI > 4 chez les 471 patients du groupe de référence d'Exner), plusieurs études ont mis en évidence l'inconstance de ce résultat (Carlson et al., 1997; Jansak, 1997; Mormont, Andronikof-Sanglade, Vermeylen-Titron, & Pardoën, 1990).

Exner (1995) affirme qu'un DEPI positif doit être interprété comme reflétant un problème affectif et non pas comme un indicateur spécifique de catégorie diagnostique. Il est d'ailleurs fort intéressant de savoir que 22 à 30 % des schizophrènes hospitalisés présentent des DEPI positifs (G J Meyer, Viglione, & Exner, 2001), ce qui va dans le sens des interrogations actuelles sur les rapports entre les troubles affectifs et schizophréniques et ouvre la voie à une fructueuse collaboration de recherche avec la psychiatrie (Andronikof & Réveillère, 2004).

3.6. Études cliniques de l'indice DEPI sur des échantillons adultes

Le psychodiagnostic sert à dresser un portrait psychologique de la personnalité d'un sujet. Le Rorschach en système intégré a pour but de comprendre l'individu avec ses différentes forces et faiblesses (Andronikof, 2017). Un autre objectif du test diagnostique est de confirmer ou d'infirmer l'existence d'un trouble et de préciser la nature du trouble (Bertrand, Fluss, Billard, & Ziegler, 2010).

L'utilisation d'un test dans un domaine est conditionnée à la performance de ce test. De ce fait, dans les paragraphes suivants nous exposons les termes utilisés pour décrire la performance statistique en générale et présentons un ensemble d'études fait sur des populations adultes avec différentes tailles d'échantillon. Ces études ont eu pour point commun l'utilisation du Rorschach Système Intégré pour étudier la validité de l'indice *DEPI*.

Tout d'abord, voici trois aspects concernant la performance d'un test : 1. La **validité**, c'est la capacité d'un test à mesurer ce qu'il est censé mesurer ; 2. la **fiabilité**, renvoie à la capacité d'un test à donner des résultats comparables dans des situations comparables, encore appelée reproductibilité (Amarenco, Bayle, Lagauche, Lapeyre, & Ismael, 2000) ; enfin, 3. La **sensibilité**, correspond à la capacité d'un test à identifier un individu comme ayant une certaine propriété ou faisant partie d'un groupe. Dans le cas de mesures catégorielles, la notion de sensibilité se résume en pourcentage de « vrai-positifs ». Par exemple, concernant le Rorschach, les vrai-positifs sont ceux qui ont un index de dépression *DEPI* positif et qui sont, d'un point de vue clinique, effectivement déprimés (Sultan, 2004).

La **spécificité** d'un test est sa capacité à identifier ceux qui n'appartiennent pas au groupe-cible. Si nous prenons l'exemple de l'indice (*DEPI*) cela veut dire que l'indice *DEPI* n'est pas positif chez les personnes non déprimées. Dans le cas de mesures catégorielles, la notion de spécificité est mesurée par le pourcentage de « faux-positifs », c'est-à-dire les personnes ayant un indice *DEPI* positif, mais n'étant pas cliniquement déprimées (Sultan, 2004) :

1. Le taux global de conformité mesure la proportion de sujets qui sont correctement repérés par la constellation, dans le groupe cible et contrôle ;

2. La spécificité mesure la proportion de sujets contrôles qui ne sont pas repérés par la constellation. Et on calcule la Spécificité du test par la formule suivante :

$$\text{Spécificité} = \frac{\text{vrais négatifs}}{(\text{vrais négatifs} + \text{faux positifs})}$$

3. La Sensibilité mesure la proportion de sujets cibles repérés par la constellation Sensibilité. Et on calcule la Sensibilité du test par la formule suivante :

$$\text{Sensibilité} = \frac{\text{vrais positifs}}{(\text{vrais positifs} + \text{faux positifs})}$$

Depuis la création de Rorschach en Système Intégré, il y a eu des nombreuses études sur l'Indice *DEPI* dans une population adulte, dont l'objectif était d'étudier la validité de l'indice *DEPI*. De ce fait, nous exposons ici un ensemble de ses recherches tout en respectant l'ordre chronologique de réalisation de ces études.

D'abord, l'étude de Sells (1991) qui porte sur trois groupes. Le premier groupe était constitué de 29 adultes hospitalisés avec des diagnostics de dépression selon le DSM-III-R (dépression majeure = 28 ; Dysthymia = 1). Le deuxième groupe, des sujets non déprimés avec un trouble de personnalité et schizophrénie (n=25). Et le troisième groupe, étant ceux avec un diagnostic mixte de non patients et de patients hospitalisés souffrant d'un trouble affectif accompagné de trouble de la personnalité concomitant (n = 55).

Jorgensen, Andersen & Dam (2000) ont calculé les statistiques d'efficacité diagnostique de l'indice *DEPI* sur la base des taux de classification déclarés par Sells (1991) lors de la comparaison de deux groupes (déprimé *versus* non déprimé) et à l'exclusion du groupe de diagnostic mixte. Leurs résultats indiquent une sensibilité de 0,62 et une spécificité de 0,56. La faible spécificité est expliquée par l'utilisation d'un groupe contrôle clinique dans l'étude de Sells (1991), dans laquelle elle compare également la performance de l'indice original de *DEPI* à la performance de l'indice *DEPI* révisé. Jorgensen et ses collègues ont conclu que l'indice *DEPI* révisé améliore le taux de succès de *DEPI* à diagnostiquer la dépression sur son échantillon d'étude (Wood, Nezworski, & Stejskal, 1996c).

Mormont, Andronikof-Sanglade, Vermeylen-Titron, & Pardoën (1990) ont mené une étude sur la « *Comparaison de déprimés unipolaires et bipolaires à travers le Rorschach* ». Leur échantillon était constitué de 2 groupes : un premier groupe de quatorze unipolaires et un deuxième groupe et douze bipolaires qui sont testés en phase de dépression sévère (humeur mesurée et comparable entre les deux groupes). Comme critères d'inclusion et d'exclusion, les résultats montrent que les patients bipolaires présentent plus de réponses vagues que les patients unipolaires (DQv), que les patients bipolaires déprimés ont plus de troubles de la pensée que les patients unipolaires (Wsum6), et que les patients bipolaires déprimés présentent plus souvent un Wsum6 supérieur à 7. De plus, aucun sujet de l'étude n'obtenait un indice Dépression équivalent aux résultats obtenus par Exner sur son échantillon de déprimés hospitalisés.

Toutefois, cette étude comporte certains biais. D'une part, l'échantillon est réduit ce qui ne permet pas de prendre en compte la grande hétérogénéité des troubles de l'humeur. D'autre part, l'intensité de la symptomatologie dépressive n'est pas prise en compte par les auteurs. Ils en concluent que l'indice dépression *DEPI* d'Exner doit être considéré « avec circonspection ». S'il n'existe pas une véritable ressemblance entre les protocoles de déprimés, il ne semble pas surgir non plus une réelle différenciation entre déprimés unipolaires et bipolaires (Mormont et al., 1990).

Singer & Brabender (1993) ont réalisé une étude où ils examinaient l'efficacité du Rorschach dans des sous-types de diagnostic différentiel de troubles affectifs. Il ont eu recours à un échantillon de dépressifs ($n= 62$), en utilisant comme outil de diagnostic l'étude diagnostique structurée de SADS selon les critères RDC ainsi que les critères de diagnostic du DSM-III-R. Le diagnostic a été fait avant l'administration du Rorschach. Il ont été exclus les patients qui présentaient des signes de psychose, ceux dont la dépression a été considérée d'origine organique, ceux dont l'intelligence était inférieure à la moyenne et ceux qui avaient un diagnostic d'axe. L'échantillon a été subdivisé en un groupe de dépressifs unipolaires ($n = 29$), un groupe de dépressifs bipolaires ($n = 15$) et un groupe de maniaques bipolaires ($n = 18$). Ces auteurs ont ainsi constaté que le *DEPI* a réussi à identifier 59% des patients du groupe unipolaire, 37% du groupe maniaco bipolaire et seulement 26% du groupe déprimé bipolaire. La conclusion de Singer & Brabender (1993) a été la suivante : malgré les limites de leur étude (groupe de petite taille, groupes contrôle non cliniques ou bien groupes contrôle non actifs), les résultats suggèrent que le *DEPI* identifie plus efficacement la dépression dans une population unipolaire que bipolaire. En outre, le *DEPI* n'est pas accoutumé aux perturbations idéationnelles observées dans les troubles bipolaires (Singer & Brabender, 1993). Sur la base de les taux de classification du *DEPI* chez ces trois groupes testés, (Jorgensen et al., 2000) ont pu conclure que la sévérité du *DEPI* pour l'échantillon combiné de dépressifs unipolaire et bipolaire est de 0,45.

Toutefois, Meyer (1993) note un manque de discrimination diagnostique pour le *DEPI*. Selon lui, les scores totaux sur l'indice ne diffèrent pas significativement entre les patients avec et sans diagnostic de dépression. Ainsi, il a réalisé une étude concernant l'impact de la fréquence de réponse (R) sur les indices de constellation du Système Intégré. Pour ce faire, il a constitué un échantillon de patients psychiatriques ($n = 90$) diagnostiqués selon les critères DSM-III-R. Cet échantillon a été choisi parmi un large groupe de patients, sur la base de

critères de productivité de réponses. Lors de l'examen du *DEPI*, l'échantillon a été subdivisé en un groupe de patients avec divers diagnostics de dépression (dépression majeure, $n = 33$, troubles dépressifs y compris dépression majeure, trouble bipolaire avec humeur dépressive ou caractéristiques affectives mixtes, troubles dépressifs NOS et dysthymie, $n = 48$) et un groupe témoin clinique de patients avec d'autres diagnostics psychiatriques dont seuls 16 patients dans l'échantillon étaient déclarés sans symptômes dépressifs. Meyer a conclu à un manque de discrimination diagnostique du *DEPI* quand des classifications diagnostiques larges sont utilisées et des protocoles (R-R), c'est à dire ($R \geq 29$) et R-R élevés ($R \leq 17$). Il a observé également un impact modéré de R sur le *DEPI*. Lorsque les protocoles avaient un nombre de réponses R-élevé, ils avaient un *DEPI* significativement plus positif que lorsque les protocoles avaient un R faible (G J Meyer, 1993).

Dans une communication personnelle en 2000, Meyer présente un ensemble de données étendues de 332 patients, divisés en un sous-groupe ($n = 267$) avec un trouble dépressif (dépression majeure, trouble bipolaire avec des caractéristiques mixtes ou déprimées pour l'épisode le plus récent, le trouble dysthymique, le syndrome dépressif NOS) et un groupe témoin clinique ($N = 65$) avec d'autres diagnostics psychiatriques. Environ 88% de l'échantillon a été diagnostiqué selon les critères DSM-III-R et le reste a été diagnostiqué en accord avec les critères du DSM-IV. Les diagnostics ont été attribués indépendamment des données de Rorschach, mais comme ils ont été assignés à des fins de facturation dans le cadre de la pratique clinique habituelle, ils ne peuvent être considérés comme une méthode de référence « *Gold Standard* ». Une petite différence, mais étant une différence significative, a été constatée lors de la comparaison des scores significatifs de *DEPI* dans le groupe de dépression et dans le groupe de contrôle clinique. Meyer a aussi signalé une sensibilité pour le *DEPI* de 0,49 et une spécificité de 0,63 (Jorgensen et al., 2000).

Dans le cadre d'une étude axée sur la possibilité de simulation de dépression sur le Rorschach et MMPI-2, Caine, S. L., Frueh, B. C., & Kinder (1995) ont comparé les données du Rorschach de trois groupes. Le premier groupe est constitué de femmes adultes hospitalisées déprimées diagnostiquées par le manuel de DSM-III-R ($n1 = 20$) ; avec un deuxième groupe d'étudiants universitaires recrutés dans des cours de psychologie de premier cycle (groupe contrôle ou groupe non clinique) ($n2=20$) ; un troisième groupe expérimental chargé de simuler la dépression ($n3= 20$). Dans le groupe de patients hospitalisés $n1$ seulement 15 patients ont répondu aux critères de DSM-III-R pour la dépression majeure et 5 patients avaient

d'autres types de diagnostics dépressifs (trouble d'ajustement avec humeur dépressive, troubles dépressifs NOS, entres autre). Les données du Rorschach pour ce groupe ont été tirées de fichiers de patients, ce qui veut dire que le diagnostic aurait pu être influencé par les données du Rorschach. Dans le groupe de contrôle (non clinique), l'Inventaire de dépression Beck a été utilisé comme mesure de repérage pour exclure les patients présentant des symptômes dépressifs. Contrairement aux attentes, deux patients du groupe déprimé et quatre patients du groupe témoin ont obtenu des scores *DEPI* égaux ou supérieurs à 5.

Cependant, Jorgensen, Andersen, & Dam (2000) ont constaté une très faible sensibilité de ces taux de classification pour les statistiques d'efficacité diagnostique pour le *DEPI*. Chez les patients hospitalisés avec une dépression, il a été révélé qu'ils produisaient beaucoup plus de réponses avec un contenu morbide (MOR) que le groupe témoin. D'après ces auteurs (Caine, S. L., Frueh, B. C., & Kinder, 1995), la durée de séjour hospitalier de la patiente était relativement brève (moyenne 18,6 jours) ce qui suggère la présence d'une dépression réactive (ou légère) plutôt que d'une perturbation affective durable (Garb, Wood, Lilienfeld, & Nezworski, 2002; Jorgensen et al., 2000).

Dans une étude sur l'hétérogénéité de la dépression, Jansak (1997) a testé deux groupes. Un groupe d'adultes souffrant d'un trouble dépressif (dépression majeure et/ou dysthymie, n = 60) et un groupe témoin (non clinique) de volontaires (n = 30) approuvés selon le sexe et l'âge. Le groupe du trouble dépressif a été diagnostiqué avant le test de Rorschach selon les critères de DSM-IV en utilisant comme outil l'entretien clinique structuré pour les troubles de l'axe I du DSM-IV. Les participants ont été choisis en fonction de la présence des symptômes dépressifs ; ceux qui répondaient aux critères du trouble dépressif passé ont été exclus. Jansak cogitait ainsi que, dans cet échantillon, le *DEPI* était une mesure de dépression, étant très spécifique (0,93) mais pas sensible (0,42). Cet auteur a examiné également les contributions de chacun des 7 critères de la constellation des 15 variables *DEPI*, chacune à part unique dans le *DEPI* pour la classification du trouble dépressif. Sur les sept critères de constellation, seulement le sixième critère des réponses morbide sa contribué de manière significative à la classification. Par ailleurs, deux autres critères (le deuxième et le septième) étaient significatifs au niveau <0.05 (Test Exact de Fisher, bilatérale). Sur les 15 variables uniques dans le *DEPI*, aucune n'a contribué significativement à la classification, mais deux variables (Sum C > 2) et (2AB + Art + Ay > 3) ont eu une signification moyenne.

En fait, pour l'ensemble des sept critères de constellation de *DEPI* et pour 14 des 15 variables uniques dans le *DEPI*, les différences de groupe sont entrées dans la direction qui pourrait être prédite par J.E. Exner(1991). D'autre part, Donna Jansak (1997) a trouvé un critère de constellation (le troisième critère) qui ne semblait pas contribuer à la précision diagnostique de l'indice *DEPI* et elle a noté que cet indice pourrait devenir plus précis en excluant ce troisième critère. Elle a aussi constaté que le Erlebnistypus (*EB*) ou « Type de résonance intime » avait un impact modéré sur le *DEPI* puisque 12 des 15 (80%) personnes déprimées avec un *EB* extratensif (somme des mouvements humains inférieurs à la somme pondérée des réponses de couleur de 1,5 ou plus) avaient un *DEPI* positif comparé à seulement aux 3 des 12 (25%) des introversifs et aux 10 des 33 (30%) des ambiéquaux (Jansak, 1997).

L'étude de (Carlson et al., 1997) avait pour objectif d'examiner la capacité du *DEPI* à identifier la dépression dans deux groupes : le premier étant constitué de patients (n = 20) souffrant d'une dépression majeure (MDD) selon les critères diagnostic du DSM-III-R et le deuxième groupe étant constitué de patients hospitalisés (n = 20) avec une dépression majeure accompagnée d'un trouble de la personnalité limite concurrente (MDD/ BPD). Le Rorschach a été administré dans le cadre d'une évaluation diagnostic au moment de l'admission à l'hôpital. Les résultats de cette étude ont montré un faible accord entre les valeurs positives sur le nouveau *DEPI* du Rorschach Système Intégré et les diagnostics DSM-III-R pour le Trouble dépressif majeur (MDD), soit qu'il s'agisse d'un MDD seul ou accompagné d'un trouble de la personnalité borderline (MDD/ BPD). Les résultats mettent également en évidence la capacité du *DEPI* a identifié un faible pourcentage : 7 patients sur 20 (35%) dans le groupe de dépression majeure et seulement 4 patients sur 20 (20%) dans le groupe de dépression majeure combinée avec un trouble de personnalité limite. Mais lorsque ces auteurs (Carlson et al., 1997) ont fait usage de l'indice d'incompétence sociale (*CDI*) en tant que «deuxième indice de dépression», et ceci combiné avec l'indice *DEPI*, ils ont noté que le taux de classification a augmenté considérablement : de 11 patients sur 20 (55%) dans le groupe de dépression majeure (MDD).

Tuula Ilonen et al.(1999) ont mené une étude dont l'objectif était d'examiner l'efficacité diagnostique du *DEPI* pour détecter la dépression sévère, avec et sans caractéristiques psychotiques diagnostiquées selon les critères du DSM-IV ; cela, indépendamment des données issues du Rorschach. Ces chercheurs ont testé un échantillon (N=70) de patients adultes souffrant de dépression [dépression non psychotique (n = 29), dépression psychotique (n = 28) et

trouble bipolaire (n = 13)] et un groupe témoin tout venant (n = 60). Les groupes étaient comparables en âge et en éducation. Tuula Ilonen et al. (1999) ont noté une sensibilité modérée (0,51) pour le *DEPI* appliqué sur l'échantillon de dépression totale. Cependant, lors de l'examen des sous-types spécifiques de dépression, la sensibilité a été rapportée à 0.79 pour l'identification de la dépression non psychotique, 0.46 pour l'identification de la dépression bipolaire et 0.25 pour l'identification de la dépression psychotique. La spécificité variait de 0,59 pour le groupe témoin clinique à 0,88 pour le groupe témoin non clinique. La faible sensibilité du *DEPI* à l'égard de la dépression psychotique a été discutée par les auteurs en notant que ce sous-groupe produisait beaucoup moins de réponses que les autres groupes (et ayant un Lambda élevé) réduisant ainsi la probabilité d'un *DEPI* positif. Ils ont également constaté que leurs résultats pouvaient soutenir la notion selon laquelle le psychotique devrait être considéré comme un trouble distinct plutôt qu'un sous-type de dépression majeure sévère (T. Ilonen et al., 1999).

Ellen Hartmann, Wang, Berg, & Saether (2003) examinent trois groupes : un groupe de personnes cliniquement déprimées (CD ; n = 16), un deuxième groupe de personnes précédemment déprimées (PD ; n = 19) et un troisième groupe de personnes jamais déprimées (ND; n = 18). L'examen s'est effectué sur 13 variables du Rorschach, théoriquement sélectionnées par Exner (Exner, J, 1993): *WSum6*, *X-%*, *X+%*, *M*, *CF + C*, *FC*, *C*, *Sum C'*, *DEPI*, *Sum Y*, *Sum V*, *AG*, *MOR* ; mais aussi à l'aide de l'Inventaire de dépression de Beck (BDI) (Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, 1996).

Les critères d'attribution du groupe ont été décidés selon le DSM-IV (American psychiatric association. et al., 2004). Ils ont testé deux modèles contradictoires de vulnérabilité dépressive, à savoir, le modèle de Beck ainsi que le modèle de Miranda, J., & Persons (1988). La comparaison de ces deux modèles a été conçue de manière planifiée avec des contrastes ciblés. Par exemple, les personnes cliniquement déprimées ont considérablement contrasté avec le groupe combiné de « jamais déprimées » et les « précédemment déprimées » dans une direction pathologique sur 8³ des 13 variables du Rorschach ; tout comme les personnes cliniquement déprimées ont aussi contrasté avec le groupe combiné de « jamais déprimées » et les « précédemment déprimées » sur le BDI. Cependant, l'étude a révélé aussi que le groupe combiné de « cliniquement déprimées » et « précédemment déprimées » a for-

³ Les huit variables sont les suivantes : *Wsum6%*, *X +%*, *X -%*, *C%*, *AG%*, *SumY%*, *MOR%* et *EBPer*.

tement contrasté avec le groupe de « jamais déprimées » dans une direction pathologique sur 3 des variables du Rorschach (*SumY%*, *MOR%* et *EBPer*). Sur le BDI aussi, le groupe combiné de (« cliniquement déprimées » et « précédemment déprimées ») a fortement contrasté avec le groupe de « jamais déprimées ». Par ailleurs, les analyses de régression logistique ont indiqué que les indices de Rorschach ont considérablement amélioré la prédiction de la dépression majeure au-delà de celle obtenue par le BDI.

Globalement, les résultats de Miranda, J., & Persons (1988) montrent que la méthode de Rorschach a été capable d'identifier : (a) des troubles cognitifs et agressifs présents chez des individus qui sont fortement déprimés, mais pas chez des personnes déprimées par le passé ou qui ne l'ont jamais été. Et (b) les troubles affectifs et d'adaptation sont présents dans les individus déprimés et dans une certaine mesure, chez les personnes atteintes de troubles de la santé, mais pas chez les personnes qui n'ont jamais souffert de dépression. Autrement dit, les variables du Rorschach ont pu capter des caractéristiques cognitives, interpersonnelles, affectives et d'adaptation significatives associées à la vulnérabilité dépressive et aux facteurs de cicatrisation, indépendamment du niveau actuel de dépression symptômes. Enfin, cette étude discute aussi la faible preuve de troubles psychologiques chez les individus précédemment déprimés mesurés avec le Rorschach, par rapport à l'état d'humeur et en se basant sur leur hypothèse (E. Hartmann et al., 2003).

Un des objectifs de la thèse de Le Chevanton (2013) a été de créer une constellation de différenciation de l'épisode dépressif majeur bipolaire et unipolaire au test de Rorschach Système Intégré. L'auteur a développé dans un premier temps une constellation provisoire de dépression avec un pré-test auprès de 41 patients (20 bipolaires et 21 unipolaires). Ensuite, il a testé cette constellation sur un nouvel échantillon de 141 patients (71 bipolaires et 70 unipolaires). Ce chercheur a contrôlé les symptomatologies dépressives en utilisant comme outil la *Mongomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) et il a contrôlé l'absence de symptomatologie maniaque et/ou hypomaniaque à l'aide de la *Mania Rating Scale* (MAS). Les résultats de cette étude ont révélé des différences infra cliniques, mises en avant par le test de Rorschach, entre les dépressions bipolaires et les dépressions unipolaires. Ainsi, 7 variables du test de Rorschach diffèrent dans les deux groupes (le groupe de dépressions bipolaires vs le groupe de dépressions unipolaire). L'étude a regroupé ces sept variables en un seul index. Ce regroupement en une constellation permet d'augmenter significativement la sensibi-

lité (0,93) et la spécificité (0,94) de cette distinction entre dépressions bipolaires et dépressions unipolaires et avec un taux global de conformité égal à (0,85).

Dans une autre étude utilisant le Rorschach Système Intégré, Hartmann, Halvorsen, & Wang (2013), ont investigué un échantillon (N = 46) d'individus diagnostiqués en tant que personnes souffrant de différents épisodes dépressifs majeurs (MDE), grâce à l'usage de la *Dysfonctionnel Attitude Scale* (DAS). Les 46 participants ont été évalués sur deux temps (T1, T2) pendant une période de suivi de neuf ans. Cette étude avait différents objectifs. Le premier, concernait la possibilité de prédire le nombre de nouveaux MDE pendant l'intervalle de suivi (9 ans). Le deuxième, portait sur la possibilité de prédire les scores des résultats du Rorschach et de la DAS au deuxième temps de l'évaluation (T2). Le troisième objectif était de détecter le changement et la stabilité dans les scores moyens sur le Rorschach et sur la DAS aussi bien sur T1 que sur T2. Enfin, le quatrième objectif était de mesurer la stabilité de Test-Retest : la stabilité des variables du Rorschach relative à la vulnérabilité dépressive au cours des neuf ans d'intervalle.

Les résultats ont montré qu'au premier temps d'évaluation (T1), l'histoire de (MDE) et la variable Rorschach MOR (associée à une estime de soi négative) ont émergé comme prédicteurs significatifs du nombre de MDE sur le suivi. Quant à T2, des marqueurs de la vulnérabilité dépressive et des blessures ont été identifiés dans les protocoles de Rorschach⁴. Les analyses test-retest ont montré une stabilité temporelle significative pour les variables de Rorschach, avec un coefficient r allant de 0.34 à 0.67 et dans la DAS, le coefficient r étant 0.42.

Ces résultats mettent ainsi en évidence les épisodes dépressifs majeurs (MDE) comme un trouble récurrent et grave ; le nombre de MDE étant comme facteur de risque pour les dépressions futures et les variables de Rorschach étant comme marqueurs de la vulnérabilité dépressive et blessures psychiques. Cette étude a aussi montré l'efficacité de certaines variables du Rorschach Système Intégré pour repérer des signes cliniques dépressifs (des marqueurs de la vulnérabilité dépressive et des blessures psychiques ont été identifiés).

⁴ Il s'agit des indices WSum6, liés à la pensée illogique ; X +%, liés à la perception conventionnelle ; X-% liés à la déformation perceptive ; MQ- des réponses mouvement avec une qualité formelle moins et MOR associée à un négatif d'estime de soi.

En résumé, l'efficacité diagnostique de l'indice *DEPI* du Rorschach Système Intégré a été le sujet des nombreuses études. Parmi ces études, certaines ont confirmé l'efficacité diagnostic de *DEPI* : (E. Hartmann et al., 2013, 2003; Tuula Ilonen et al., 1999; Jansak, 1997; Le Chevanton, 2013; G. J. Meyer, 2000) Certaines d'autres, ont obtenu des résultats mitigés, voire négatifs, quant à l'efficacité diagnostic de *DEPI* pour repérer les personnes souffrant de dépression : Caine, S. L., Frueh, B. C., & Kinder (1995); Carlson, Kula, & St. Laurent (1997); Jansak (1997); Meyer (1993); Meyer, Viglione, & Exner (2001); Mormont, Andronikof-Sanglade, Vermeylen-Titron, & Pardoën (1990); Sells (1991); Singer & Brabender (1993).

Chapitre 4 : Dépression et pseudo-dépression

La « pseudo-dépression » est un terme créé par Andronikof-Sanglade (1992) d'après les recherches d'Exner, J, (1986) et elle expose tel concept dans son article « *Rorschach et Psychiatrie : à la découverte du malade derrière la maladie* » (Andronikof & Réveillère, 2004).

Certaines analyses ont été ainsi précédemment réalisées. Il s'agit des analyses factorielles faites par Exner en 1986 sur de protocoles de Rorschach d'un échantillon de 1400 patients souffrant de troubles affectifs. Ces analyses factorielles ont permis de constituer des sous-groupes particuliers de patients, présentant tous les signes de la dépression mais qui n'avaient pas améliorés par l'utilisation des antidépresseurs. La spécificité de ces sous-groupes est qu'ils montraient des particularités différentes aux caractéristiques captées par l'indice classique de dépression appelé DEPI (Andronikof & Réveillère, 2004). L'ensemble de ces particularités trouvées chez ces patients a été appelé la « pseudo-dépression » qui constitue, à notre avis, un syndrome à part entière.

La « pseudo-dépression » se caractérise par des tableaux dont les symptômes « dépressifs » se développent secondairement à des difficultés relationnelles et d'insertion sociale. Ces particularités se trouvent dans l'ensemble des variables constituant l'indice d'incompétence sociale *CDI*. Et elles montrent que les personnes dont l'indice *CDI* est positif sont des gens qui ont peu de ressources psychiques disponibles, avec peu d'activité projective ou fantasmatique, des liens affectifs instables et une vraie difficulté à commencer des alliances relationnelles (Andronikof & Réveillère, 2004).

Par la suite, nous exposons l'indice de l'incompétence sociale (*CDI*) ainsi que les caractéristiques de la « pseudo-dépression » représentées par l'ensemble de la variable *CDI*.

4.1. L'indice d'incompétence sociale(CDI) dans le Rorschach

Nous avons fait le choix d'aborder aussi bien l'indice de dépression (*DEPI*) que l'indice d'incompétence sociale (*CDI*).

À ce titre, nous allons procéder de la même manière que nous avons fait usage pour le (*DEPI*). C'est-à-dire que pour présenter l'indice (*CDI*), nous allons faire une présentation historique expliquant l'ordre chronologique du développement de l'indice (*CDI*) jusque l'arrivée à son format actuel.

Il nous semble donc essentiel de privilégier comme meilleure approche celle de placer les symptômes dans le contexte psychologique unique du patient, tout en respectant sa singularité de chaque être humain.

4.1.1'. Historique de la construction de l'indice CDI :

Selon Exner (1995), l'indice d'incompétence sociale (*CDI*) est un résultat direct de recherches menées pour améliorer la précision diagnostique de l'indice de dépression *DEPI* du Rorschach.

Comme mentionné précédemment dans le Chapitre 3, suite à l'ensemble d'analyses factorielles menées sur le groupe « *helpless* » les résultats étaient décevants. En effet, seulement 17% des sujets (36 sur 213) obtinrent des valeurs de 5, 6, ou 7 au nouveau *DEPI*, c'est pourquoi Exner a combiné les protocoles de « *helpless* » - qui n'étaient pas encore identifiés par le nouveau *DEPI* - avec les 69 protocoles de faux-négatifs du groupe de référence original (émotionnelle et cognitive) et a opéré à une série d'analyses discriminantes et de tables de contingence. Ce rigoureux travail statistique a permis ainsi d'établir une liste de 11 variables réparties en cinq items (Carlson et al., 1997).

Globalement, ce groupe apparut comme assez homogène sur l'ensemble des 11 variables établies. En effet, pour arriver à la composition de ces cinq items, Exner a dû tester plusieurs combinaisons de ces variables. Le résultat était ainsi une formule qui regroupait l'ensemble de ces 11 variables, en fixant le seuil critique à 4 ou 5 items positifs. Exner réussit

de cette façon à identifier 79% sujets du groupe (194 sur 246), et 81% sujets du sous-groupe « *helpless* » (143 sur 177).

Lorsque ce nouvel indice fut appliqué au groupe des 663 sujets diagnostiqués avec trouble dépressif/affectif et qui n'avaient pu être classés dans les trois sous-groupes originaux, 33% d'entre eux (n = 219) présentaient un *CDI* positif, dont 93 sujets sur 1124 chez qui le *DEPI* n'était pas positif. Le fait que 79% des sujets diagnostiqués avec un trouble affectif ne soient pas positif au *DEPI* mais, obtiennent des valeurs de 4 ou 5 au *CDI*, était troublant.

Exner, J.E & Weiner (1982) préconisent alors que le *DEPI* et le *CDI* soient considérés comme co-conjoints afin d'augmenter la probabilité d'évaluer avec précision la présence de symptômes dépressifs cliniquement significatifs. Bien qu'ils ne soient pas conçus pour être une mesure de la dépression en soi, on a constaté que l'ajout du *CDI* représentait un nombre considérablement plus élevé d'individus déprimés que ceux identifiés par le *DEPI* seul (Noord, 2006).

Quant aux variables composant cet indice, à première vue, elles semblent bien hétéroclites mais, un examen plus attentif met en évidence qu'elles sont toutes liées, d'une manière ou d'une autre, à l'activité sociale et/ou interpersonnelle de l'individu.

Par la suite, cet indice a été évalué sur d'autres groupes, dans l'objectif de tester son utilité. Les résultats ont ainsi montré qu'environ 3% des adultes non-consultants ont un *CDI* de 4 ou 5, le pourcentage étant plus élevé chez les enfants (de 6% à 24%). Entre 20% et 25% de sujets souffrant de schizophrénie ont des valeurs de 4 ou 5 et presque 50% des troubles de la personnalité. Le plus fort pourcentage d'indices positifs a été trouvé dans trois groupes : les personnalités inadéquates (88%), les alcooliques et toxicomanes (74%), et les délinquants (*adjudicated character disorders*) (69%). C'est en considération de tous ces éléments qu'Exner l'avait appelé : l'Indice d'Incompétence sociale *CDI*.

A vrai dire, Exner & Weiner (1982) soutiennent que les symptômes de la « *helpless* » découlent des déficiences du fonctionnement social, ainsi que la domination des problèmes interpersonnels par rapport aux symptômes dépressifs. Exner (1993) fait donc l'hypothèse que de tels déficits d'adaptation crée une sorte de vulnérabilité aggravée des individus à divers problèmes qui peuvent apparaître superficiellement parlant sans rapport avec le concept de dépression ; mais en réalité, ces divers problèmes causés par un déficit d'adaptation sont sus-

ceptibles d'entraîner des symptômes de dépression. Les individus présentant des scores élevés sur cet indice sont susceptibles de présenter un découragement (abattement) et une réticence à faire face aux conséquences. Ces individus sont par ailleurs plus susceptibles de présenter une toxicomanie (Le Chevanton, 2013).

Cliniquement, le fondement théorique de l'indice CDI correspond le mieux aux modèles d'impuissance apprise et de la disponibilité des ressources cognitives. L'ancien modèle sur l'impuissance apprise présente des similitudes frappantes avec la conceptualisation de l'index de *CDI* d'Exner et Weiner (1995) ; tandis que le dernier modèle, conceptualise le résultat des ressources cognitives limitées pour faire face aux exigences de la vie. Selon ce modèle de répartition des ressources cognitives, on suppose que les individus submergés par les symptômes de la dépression devraient produire de faibles scores dans la variable expérience actuelle (*EA*), qui évalue le degré des ressources cognitives disponibles sans inhiber les distractions affectives (Exner, 1995).

La prévalence des réponses mouvement (*M*) du groupe *EA* a été associée au « *raisonnement, à l'imagination et à une forme de conceptualisation plus élevée* » ; alors que la prévalence des réponses Chromatique Colore (*C*) a été associée, dans de nombreux cas, à des effets et des modulations affectives. Une valeur basse de *D Adj.* implique de multiples variables liées à une tolérance limitée au stress. Une valeur basse de *D Adj.* est donc une capacité d'adaptation limitée pour le Rorschach Système Intégré, et pourrait être attribuable à une disponibilité limitée des ressources cognitives. De nombreux items de l'indice (*CDI*) semblent également correspondre aux résultats cognitifs prévus par le modèle du désespoir (*helplessness* / L'impuissance apprises). Par exemple, peu de réponses coopératives (*COP*) et agressives (*AG*), ainsi qu'une proportion plus élevée de réponses passives, semblent caractéristiques les personnes avec un *CDI* positive (Noord, 2006).

Cependant, nous ne pensons pas que l'indice d'incompétence sociale *CDI* représente pour autant un nouvel indice permettant de saisir la dépression. En effet, il serait plus pertinent de considérer que cet indice capte ce que nous avons appelé précédemment la « pseudo dépression ». Celle-ci, doit ainsi être étudiée et considérée comme un trouble à part entière, ce qui va dans le sens des travaux d' (Exner Jr. & Andronikof-Sanglade, 1992).

De plus, chez les divers groupes de sujets dits « psychiatriques », l'important pourcentage de *CDI* positif indique à l'évidence qu'il ne s'agit pas là d'un nouvel indice de dépres-

sion. Par ailleurs, sur un plan conceptuel, le *CDI* semble fournir une mesure qui permettrait d'identifier les personnes qui souffrent de limitations, ou présentent des éléments de faille dans leurs capacités à « faire face » (*Coping*). Il semble y avoir un lien conceptuel entre le *CDI* indiquant les capacités d'adaptation et la capacité cognitive générale (Tuula Ilonen & Salokangas, 2016).

On trouve aussi des éléments de confirmation de cette perspective dans une étude (Noord, 2006) auprès d'un échantillon (N = 440) de patients recevant des soins pour la première fois. Les entretiens préalables furent codés en diverses variables, dont « plainte principale ». Les plaintes principales furent classées dans les rubriques suivantes : (1) dépression, (2) anxiété, (3) contrôle idéationnel, (4) contrôle émotionnel, (5) troubles somatiques et (6) difficultés interpersonnelles. Chaque sujet était ainsi associé à, au moins, trois rubriques. On tria alors les protocoles pour constituer deux groupes. Le groupe cible de l'étude comprenait tous les sujets qui présentaient des difficultés interpersonnelles (sixième rubrique) et le groupe-contrôle, tous les sujets auxquels on n'avait pas du tout attribué cette rubrique. Le *CDI* fut calculé pour l'ensemble des 440 protocoles et 125 d'entre eux avaient un *CDI* de 4 ou 5.

Tableau 2 : Fréquence de $CDI \geq 4$ dans deux groupes de patients non hospitalisés sélectionnés en fonction de la présence ou l'absence de difficultés relationnelles.

	Difficultés relationnelles N=204		Pas de difficultés relationnelles N=236	
	N	%	N	%
CDI=4	36	18%	18	8%
CDI=5	61	30%	10	4%
Total CDI Positifs	97	48%	28	12%

Note : Différence significative par rapport à l'autre groupe ($p < .001$).
Source : Exner, 1995.

Bien que le *CDI* ne soit pas un indice de dépression, la présence de *CDI* positif chez les sujets diagnostiqués comme dépressifs semble avoir une valeur indicative considérable pour la décision thérapeutique. En effet, le groupe de référence des patients en première admission à l'hôpital pour cause de dépression, constitué de 315 sujets choisis au hasard, ce qui repré-

sente 25% environ du total de protocoles disponibles pour ce groupe de sujets. La sélection fut stratifiée de telle sorte que la moitié soit issue d'institutions psychiatriques. Dans cet échantillon, on trouve 75% (237 sur 315) avec un *DEPI* positif (au moins égal à 5), dont 34% (n=80) sont accompagnés d'un *CDI* Positifs (Noord, 2006). Dans le groupe total des 315 sujets, 138 (44%) ont un *CDI* positif. Cela signifie que 58 des 78 sujets (74%) qui ont un *DEPI* inférieur à 5 (faux-négatifs), ont un *CDI* de 4 ou plus. D'autre part, aucun des 315 sujets n'est pas resté hospitalisé plus de 42 jours. Pour 271 des 315 sujets du groupe, on dispose de données recueillies six mois après la sortie de l'hôpital et ces données indiquent que 72 personnes furent ré-hospitalisées pendant cette période. Les premiers protocoles de ces 72 personnes comportent les éléments suivants : 33 avaient *CDI* et *DEPI* positifs ; 24 avaient uniquement un *CDI* positif ; 13 avaient uniquement le *DEPI* positifs ; 2 sujets n'étaient positifs ni à l'un ni à l'autre. En d'autres termes, 79% des patients qui avaient rechuté avaient présenté un *CDI* positif dans leur premier protocole de Rorschach. C'est une proportion significativement plus élevée que les 43% de sujets du groupe original qui avait un *CDI* positif (J. E Exner, 1995).

Il est bien évident que dans la problématique de la dépression, beaucoup de facteurs, notamment externes, contribuent aux rechutes et ce serait une erreur de considérer que les 11 variables du *CDI* soient par excellence des prédicateurs de rechutes. En revanche, l'énorme pourcentage de *CDI* positifs parmi ceux qui ont rechuté pourrait suggérer que les problèmes relationnels et d'adaptation de ces patients n'ont pas été convenablement traités pendant leur hospitalisation ou leur traitement ambulatoire.

4.2. Les composants de l'Indice d'Incompétence sociale (CDI)

Nous présentons ici l'ensemble des items qui constituent l'indice d'incompétence sociale *CDI* en exposant la signification clinique de ces variables. L'indice d'incompétence sociale est constitué de 5 items : les quatre premiers items sont composés de deux variables et le dernier item est composé de trois variables. Le *CDI* est lié à la compétence sociale de l'individu et comme nous allons le voir, la plupart des variables semblent se rapporter aux besoins interpersonnels ou aux déficits relationnels.

I. ($EA < 6$) OU ($AdjD < 0$)

Le premier item de 'indice *CDI* est composé de deux variables.

La première variable est l'expérience actuelle EA^5 qui est un indicateur des ressources accessibles au sujet : ce sont les ressources dans lesquelles le sujet puise lorsqu'il doit faire face à des situations où la prise de décision entre en jeu ; et donc, à l'adaptation de conduites convenables à prendre pour cette décision (J. E Exner, 1995).

La deuxième variable c'est le score de *D AJUSTE* qui est considérée comme un indicateur des capacités du sujet à garder le contrôle dans des situations de stress. Il fournit des indications quant aux capacités de contrôle habituelles du sujet.

Cet item est considéré positif si $EA < 6$, OU bien si $AdjD < 0$.

II. ($COP < 2$) ET ($AG < 2$)

Le deuxième item est composé de deux variables aussi.

La première variable est les réponses de coopération *COP*. Il s'agit d'une cotation spéciale signifiant une réponse dans laquelle deux ou plusieurs objets interagissent de manière positive ou coopérative. La *COP* indique la perception des interrelations (Exner, J, 1993).

La deuxième variable, est les réponses agressivité (*AG*) qui est également une cotation spéciale signifiant une réponse dans laquelle l'action décrite est clairement agressive. Un nombre élevé de réponses *AG* indique une plus grande probabilité de conduites agressives, (verbales ou non verbales), ainsi que des attitudes envers les autres plus négative et/ou plus hostiles qu'il n'est habituellement. Il est probable que les personnes présentant une élévation de réponse *AG* perçoivent leur environnement social comme marqué par l'agressivité, et incorporent ainsi ces attitudes de telle sorte qu'elles deviennent partie intégrante de leurs

⁵ Note : EA ce sont les ressources à la disposition du sujet, l'Expérience Actuelle c'est l'addition de 2 côté de ; Le EA est assez stable chez le sujet sauf chez un pathologie EB le type de Résonance Intime EB= la proportion de mouvement humain M sur la somme pondérée des réponses couleur C (FC=0.5 ; CF=1 ; C=1.5) Il représente le volume, la grandeur, la taille de ressources disponibles de sujet.

propres conduites. Quant aux manifestations de cette agressivité, elles sont extrêmement variables et dépendent d'autres caractéristiques du sujet tel que son jugement de la réalité, son contrôle affectif, son souci de conventionalité ou d'acceptation sociale et sa tolérance au stress (Exner, J, 1993).

Le nombre de réponses COP et AG fournit ainsi des informations sur la façon dont le sujet envisage les interactions humaines. Bien que ces deux cotations ne soient pas corrélées, il est important de les interpréter l'une par rapport à l'autre (Exner, J, 1993).

Cet item est considéré positif si $COP < 2$, ou bien si $AG < 2$.

III. (Somme Pondérée $C < 2.5$) OU ($Afr < 0.46$)

Le troisième item correspond tout d'abord à $WSumC$, calculé à travers la somme pondérée des déterminants couleurs chromatiques. La Couleur indique une forme de spontanéité ou impulsivité. La Forme F est un élément de contrôle : FC indique qu'il y a contrôle ou bien une modulation affective ; C seul indique une spontanéité voire une impulsivité, *le C* reflète donc des moments de décharge émotionnelle où les émotions sont plus fortes ou plus dominantes (E. Hartmann et al., 2013); CF signale une difficulté dans la modulation de l'expression des affects (Exner, 1995).

La deuxième variable est le rapport affectif (Afr) et se calcule de manière suivante :

$$Afr = \frac{\text{Nombre de réponses aux planches VIII + IX + X}}{\text{Nombre de réponses aux planches I + II + III + IV + V + VI + VII}}$$

La variable Afr nous renseigne sur la réactivité affective du sujet. Par exemple, quand la valeur de l' Afr est supérieure à la moyenne, cela indique que le sujet est très attiré par la stimulation émotionnelle. Ce trait ne doit sûrement pas être considéré comme négatif : il reflète simplement un grand intérêt pour l'émotion (Exner, J, 1993).

Cet item est considéré positif si Somme Pondérée $C < 2.5$, ou bien si $Afr < 0.46$.

IV. (Passif > actif + 1) OU (Pure H < 2)

Ce quatrième item du CDI est composé de deux variables.

La première représente un style de personnalité, c'est le style interpersonnel passif ($p > a + 1$). En effet, le rapport actif-passif $a : p$ est l'une des variables qui permet d'identifier une caractéristique de style. Quand la valeur des mouvements passifs excède de plus d'un point celle des mouvements actifs, cela indique cliniquement que le sujet aura tendance à assumer un rôle plutôt passif dans les relations interpersonnelles, sans pour autant que cela prenne la forme d'une soumission. Les caractéristiques des personnes qui ont ce style de personnalité soulignent un évitement de responsabilité lorsqu'il s'agit des prises de décisions et ils sont moins tournés vers la recherche de solutions nouvelles, ou moins portés à générer de nouvelles formes de comportement. Ce sont des sujets qui sont moins créatifs pour trouver des solutions aux problèmes, et qui cherchent moins de solutions nouvelles. Ces sujets sont moins habiles à produire des nouvelles conduites (J. E Exner, 1995). De ce fait, ce sont les autres éléments de l'ensemble interpersonnel qui permettront de discuter la façon dont le style passif va se manifester dans les conduites. (Exner, J, 1993).

Quant à la deuxième variable, c'est les réponses Pure H : c'est les réponses de contenu humain pures. La fréquence des réponses Pures H ajoute des renseignements importants sur les conceptions que le sujet a de son environnement social, constitué de personnes réelles (Exner, J, 1993).

Cet item est considéré positif si $Passif > actif + 1$, OU bien si $Pure H < 2$.

V. (Sum T > 1) OU (Isolat. / R > 0.24) OU (Food > 0)

Le cinquième et dernier item constituant le CDI est composée de trois variables.

La première variable est *Sum T* et correspond aux réponses où il y a une déterminante texture : ces réponses expriment une tendance chez la personne à une proximité interpersonnelle et à du contact. La plupart des non-consultants donnent une réponse texture, et c'est généralement un *FT* à la planche VI. Les personnes qui ont un nombre élevé de texture manifestent ainsi le besoin plus grand de proximité. Globalement, ce sont des individus qui éprouvent des sentiments de solitude ou des besoins de dépendance particulièrement forts (Exner, J, 1993).

La deuxième variable est l'indice d'isolation divisée par le nombre total de réponses (*ISOLATE/R*). L'indice d'Isolation donne quelques renseignements sur la façon dont le sujet perçoit son environnement et y réagit. Environ 12% des adultes non consultants ont un indice d'Isolation qui varie entre 25% et 32% du nombre de réponses R, par contraste à environ 15% chez les dépressifs. Ainsi, une valeur se situant entre 25% et 32% signale une personne qui n'est pas très engagée dans les relations sociales (Exner, J, 1993).

La troisième variable représente les réponses avec un contenu alimentaire *Fd (food)*. Les réponses avec un contenu alimentaire *Fd* peuvent par ailleurs refléter la dépendance⁶ (Gregory J. Meyer, Hsiao, Viglione, Mihura, & Abraham, 2013).

Ce dernier item du *CDI* est considéré positif si $Sum T > 1$, OU bien si $Isolat. / R > 0.24$, OU bien si $Food > 0$.

En résumé, nous remarquons que l'indice d'incompétence sociale (*CDI*) est composé de cinq items (onze variables). Pour qu'un item soit positif, il faut qu'au moins une variable de ces composants dépasse un certain seuil. Par exemple, pour que l'indice *CDI* soit positif, il faut une valeur d'au moins quatre.

Un *CDI* positif reflète un déficit de compétences relationnelles et une grande vulnérabilité au stress. L'interprétation des variables de *CDI* reflète des ressources d'adaptation limitées, un manque de capacité de contrôle, des difficultés à s'engager dans des formes positives ou plus affirmées d'interactions entre l'autre. Il reflète également une capacité limitée à traiter

⁶ À titre d'exception, Exner (1993) met en garde contre les inférences sur la dépendance sur la base du code de contenu alimentaire.

et à respecter avec une expérience émotionnelle, des comportements et interactions passives avec les autres ou une forme de désintérêt envers les autres.

Enfin, l'indice d'incompétence sociale *CDI* reflète une capacité limitée à former des moments de communication avec les autres, avec un minimum l'interaction sociale ou une tendance d'être isolé de manière inhabituelle (Tuula Ilonen & Salokangas, 2016).

Chapitre 5 : Narcissisme et représentation du soi

Dans ce chapitre, nous traiterons de la problématique du *narcissisme* intrasèquement lié à la notion de représentation de soi. En effet, nous aborderons et définirons ces deux concepts clefs dans un premier temps et nous aborderons dans un second les liens qu'ils entretiennent au regard du Rorschach.

5.1. La Représentation de soi

Le concept de *représentation de soi* est une notion complexe à définir. En effet, suivant les perspectives et les modalités théoriques choisies, il peut prendre des formes différentes et une modalité d'évolution variée. Nous trouvons cette notion aussi bien dans des modèles psychosociologiques que dans des modèles phénoménologiques.

Il est ainsi important de faire une brève présentation de son développement théorique au regard des différents auteurs qui ont contribué.

La notion de « représentation de soi » fut initialement développée par Freud entre 1910 et 1914 et a abouti à la description d'un ensemble complexe. En effet, ce concept est fondé sur la notion d'un narcissisme primaire et d'un narcissisme secondaire aboutissant à la « formation du moi idéal » (S. Freud, 1956), opposant les investissements narcissiques et objectaux et « *cherchant à accéder à des représentations idéalisées (parents, personnes admirées, projets ou activités valorisées)* » (Bioy & Fouques, 2002).

Freud considère que le narcissisme est à l'origine de l'image de soi où devient possible une différenciation entre le Soi et le soi-même. Par ailleurs, beaucoup de psychanalystes postérieurs ont critiqué Freud d'avoir confondu dans sa théorie deux notions, celles de « moi idéal » et d'« idéal du moi » (Bourdin, 2007).

Dans les années 1920, le concept de « *self* » ou « soi » a été utilisé en tant que tel par Hartmann puis, repris par Jacobson, auteur appartenant au courant de l'« *ego-psychology* » ou bien la « psychologie du moi ». C'est en 1938 que Hartmann rédige « *La psychologie du*

moi et le problème de l'adaptation » (H. Hartmann, 1968) et qu'il publie par la suite ses travaux aux États-Unis et devient ainsi l'un des principaux promoteurs de cet *ego-psychology*, contre laquelle une part de la psychanalyse française d'après-guerre se montre hostile. En effet, Hartman trouve chez Freud le concept de « moi » trop complexe, hétérogène et contradictoire c'est pourquoi dès les années 1930, il pose ainsi une polarité qui entraîne une distinction entre le « soi »⁷ et le « moi »⁸ (Neau, 2014).

Au fur et à mesure, cette notion s'est vue développer sur le plan clinique et technique grâce à des travaux issus de mouvement de l'« égo psychologie » et sur les pratiques psychanalytiques fondées sur la levée du refoulement. De nombreux auteurs ont fait référence au Soi « *self* ». En particulier Winnicott (1989) d'une part et, d'autre part, Grunberger (1971) et Kernberg (1997) à travers l'analyse des aléas du narcissisme dans les états-limites. Enfin, Kohut (1971), étudiant les troubles des personnalités narcissiques. Chacun à leur manière, ont insisté sur l'importance du narcissisme, non pas seulement comme stade évolutif mais en le considérant comme figure de l'unité de la personnalité du sujet.

À ces débuts, Winnicott, qui n'emploie pas le terme de narcissisme, insiste par exemple sur la notion de *personnalisation*, sur le terme d'intégration des éléments de la personnalité. Quant à la notion de *self*, elle est pour Winnicott ce que sera l'« instance » de narcissisme pour Grunberger et qui s'avère très proche de la notion de *self* décrite par Kohut. Winnicott définit le *self* comme la personne « *qui est moi, une totalité qui se fonde sur le déroulement de maturation* » (Durieux & Janin, 2002).

M. Klein, célèbre psychanalyste d'enfants, appuie sa réflexion essentiellement sur les perspectives développées par Freud après 1920, notamment sur l'opposition entre les pulsions de vie et de mort. Elle abandonne la référence au narcissisme primaire mais privilégie l'idée d'une existence d'un Moi précoce et de relations objectales. Dès lors, la question de l'évolution du Moi ne se pose plus du tout de la même manière et l'idée d'un stade narcissique n'a plus de sens. Lorsque Klein (1930) évoque le narcissisme, ce sera en se référant à

⁷Le Soi selon Hartman : est une structure intrapsychique qui procède de multiples représentations de soi, avec ses dispositions affectives correspondantes.

⁸Le Moi selon Hartman : est le sujet de l'action (c'est l'acception courante du mot en espagnol, en français « Je »).

des états narcissiques constitués par le retrait de la libido sur des objets internes et se rapproche alors de la notion de narcissisme secondaire.

Dans les années 1970, Kohut élabore une riche métapsychologie du Soi quant à ses approfondissements théoriques, tout étant pertinente quant à la clinique des personnalités narcissiques. La conception de Kohut diffère de celle de Freud. En effet, cet auteur soutient que le narcissisme est un investissement libidinal, non pas du Moi, mais du Soi, et qui va évoluer d'un état archaïque à un état secondaire (Kohut, 1971). L'analyse qu'il en fait à partir de ses patients narcissiques et des différents aspects de leur transfert l'amène à une conception du développement libidinal et de la différenciation de soi. Pour lui, la libido narcissique et la libido d'objet se développent en parallèle et n'est pas simplement un « stade » (Andronikof-Sanglade, 1990).

Kernberg (1976) aborde le narcissisme à deux niveaux, un niveau théorique et métapsychologique et un niveau clinique, tout particulièrement chez les patients ayant des difficultés dans la régulation de l'estime d'eux-mêmes (Denis, 2015). Cet auteur défend la théorie d'un narcissisme normal et un pathologique d'où « *le narcissisme normal est l'investissement libidinal du self* » (1976). Kernberg considère que le *self* constitue une partie du Moi auquel il laisse des caractéristiques plus larges que celles du Moi initialement conçu par Freud. En effet, Kernberg admet la dichotomie kleinienne concernant les bons et les mauvais objets et, la constitution du *self* implique donc l'intégration d'images de soi « bonnes » et « mauvaises » (Denis, 2015).

Dans le courant psychanalytique, le concept de soi s'est ensuite étendu en faisant référence à d'autres notions : à l'amour de soi en général, à l'estime de soi, à l'organisation de la personnalité, entre autres, au point qu'il est difficile aujourd'hui de donner une définition consensuelle du terme.

Néanmoins, selon Andronikof (1990) la notion de Soi représente « *ce qu'il y a de plus intime dans chacun de nous, le noyau concret de notre identité. Il assure notre sentiment de permanence (être), de continuité (être le même aux différents moments de notre existence), de cohésion (être unifié), de cohérence (être sensé)* ». Ainsi, le Soi fonde l'identité du sujet, il est

la Figure qui contient, organise et donne du sens à nos expériences subjectives. C'est à partir de nos expériences proprioceptives et réflexives de la vie qu'il se constitue comme par exemple les premières expériences corporelles (posturales, rythmiques, sensations et perceptions) ainsi que les images de nous-mêmes que les autres nous renvoient. Le regard de la mère, évidemment, mais également tous les regards des personnes qui sont investies.

Le Soi primitif, sentiment obscur de soi-même, se cristallise lors des premières expériences de miroir, c'est à dire par le reflet de l'enfant. C'est là qu'on peut situer la naissance de l'image de soi, c'est-à-dire d'une représentation finie d'un « objet-soi distinct des autres objets, aimable et pensable » (Andronikof, 2017).

Actuellement, en psychologie, le Soi est associé à la *conscience de Soi*. L'introspection permet de découvrir son Soi profond. Néanmoins, de par ses connotations philosophiques et précisément phénoménologiques, le Soi sera longtemps absent des terminologies et des concepts des psychologues (Andronikof-Sanglade, 1990).

Des auteurs appartenant à différentes disciplines reprennent ce concept sous diverses appellations. Selon l'approche psychanalytique, les termes comme « *look* », « *self* », « soi », ou « identité » sont utilisés comme synonymes, et en psychologie clinique, plutôt les notions « d'image de soi » et d'« identité(s) » (Andronikof-Sanglade, 1990).

Cependant, la plupart des modèles de la psychologie utilise et aborde la notion de « représentation de soi ». Ce constat nous laisse penser qu'il existerait un lien entre la représentation de soi et le sujet : c'est à dire, là où existe une personne qui dit « je ». Cela reflète une réflexion du « je » sur « moi-même ». Le Soi est donc de facto issu de la réflexivité, c'est-à-dire du narcissisme (Andronikof-Sanglade, 1990).

Pour conclure, rappelons-nous que ce n'est que tardivement que le *Soi* apparaît en tant que concept dans la cure psychanalytique. Toutefois, il devient alors une entité à part entière, ni théorique ni abstraite dans son fondement : le Soi est avant tout une expérience subjective. Il s'expérimente, il se vit et se représente par le sujet lui-même. Il n'est pas une construction théorique interne à l'analyste comme la notion « d'appareil psychique » : il est ce qui est propre au sujet (Andronikof-Sanglade, 1990).

5.2. Le Narcissisme

5.2.1. Le mythe de Narcisse

Dans le texte « Narcissisme au Rorschach », et selon la mythologie antique gréco-romaine, Chabert (1986, p. 15) expose le mythe de Narcisse :

« À la naissance de Narcisse, ses parents consultent le devin Tirésias : l'enfant vivra mieux s'il ne se regarde pas. Jeune homme, Narcisse est très beau et suscite l'amour de nombreuses jeunes filles. Il leur oppose l'indifférence car il méprise l'amour. La nymphe Echo ne se résigne pas, elle languit, se retire du monde, ne se nourrit plus au point de n'être plus qu'une voix. Mais les filles délaissées par Narcisse obtiennent vengeance auprès de Némésis. Après une chasse, par un jour de grande chaleur, Narcisse se penche sur une source pour se désaltérer, aperçoit son image si belle qu'il en devient à jamais amoureux. Il se détache alors du monde, ne faisant plus que se pencher sur son visage et se laisse dépérir. »

5.2.2. Origine et utilisation du terme narcissisme

Le terme de narcissisme apparaît pour la première fois dans le texte de Paul Näcke en 1899, où il désignait « un comportement dans lequel un individu traite son propre corps comme un objet sexuel » ; comportement que Havelock avait désigné comme *narcissus like*. Ce dernier, fut le terme emprunté par la suite par Freud en 1914, dans le sens d'une sexualité auto-adressée (Denis, 2015).

Mais, c'est avant 1914 que Freud abordera pour la première fois le narcissisme. Ceci, dans le célèbre cas « Schreber », le présentant comme un stade intermédiaire entre autoérotisme (investissement des zones érogènes et pulsions partielles) et amour objectal (stade où le corps propre se prend pour objet d'amour). Il s'agit ainsi des prémisses d'un moi qui se constitue en parallèle d'une unification du corps (Denis, 2015).

En 1914, il y a une véritable mutation dans la théorie de Freud avec la publication de « Pour introduire le narcissisme » (Sigmund Freud, 2012). Freud met l'accent sur le conflit psychique fondateur entre la libido du moi et la libido d'objet ; avec l'idée d'une quantité constante d'énergie, qui ferait que plus l'une des composant croît, plus l'autre décroît. Avec le narcissisme, on a affaire à un investissement libidinal dirigé sur le moi. Mais, comme le rappelle Denis (2015), Freud entend se démarquer de l'unification de la libido proposée par Jung et maintient et accentue l'opposition entre ces deux courants de la libido. L'un des aspects les plus novateurs avec l'introduction du narcissisme, c'est la place qu'il occupe dans la dynamique développementale de tout individu.

Il est par ailleurs important de rappeler que le narcissisme n'est pas un stade de développement équivalent au stade oral ou anal dans l'évolution de l'individu. Car en effet, le narcissisme accompagne l'ensemble de sa vie et la totalité de ses activités y compris celles qui sont les plus objectales. Selon Coblenz (2013), c'est dans cette mesure que la théorie des vases communicants, entre libido du moi et libido d'objet, n'est pas suffisante. Dans ce sens, Denis (2015) expose qu'en effet, toute satisfaction objectale – qu'elle soit dans la vie sexuelle ou dans l'amour pour sa progéniture - peut venir renforcer l'estime de soi et la satisfaction narcissique.

Dans ce présent travail, nous entendons par *narcissisme* cette composante essentielle du fonctionnement psychique officiellement introduite par Freud (1914) dans la psychanalyse et largement investiguée dans la métapsychologie post-freudienne. Nous ne prendrons pas l'axe des « pathologies du narcissisme » (Neau, 2014).

La « représentation de soi » est une notion qui fait partie du patrimoine commun aux projectivistes, dont elle avait déjà une place importante dans certaines théorisations analytiques américaines et qui, par la suite, en France, Nina Rausch a largement contribué, notamment avec sa « grille de la représentation de soi » (Neau, 2014). Par ailleurs, le concept de narcissisme est toujours en grand usage dans la psychologie projective.

5.2.3. Les trois axes du narcissisme

Dans la problématique narcissique, il existe trois axes sur lesquels s'inscrivent trois caractéristiques majeures du narcissisme (Chabert, 1986; Rocco, 2017) :

- ❖ le changement de l'amour narcissique en l'amour objectal, autrement dit, le retrait d'investissement libidinal ;
- ❖ le magnétisme de l'image de soi reflétant à la fois l'importance du regard (et du miroir) et la qualité singulière de cet « objet » d'amour dont rendent compte ses aspects illusoire et insaisissables ; ce qui représente la recherche intense de soi idéale ;
- ❖ la menace de mort, avec les deux caractéristiques précédentes : mort liée à la fois au danger du désinvestissement objectal et à ses effets sur la qualité de la représentation de soi - en d'autres termes la menace qui risque de peser sur le sentiment de continuité d'être.

Pour Kernberg (1976), le narcissisme est divisée à trois niveaux. Denis (2015) expose que le premier niveau est celui où le sujet est en mesure d'avoir des relations stables avec les autres et chez qui « *la présence en [eux] des images de ceux [qu'ils aiment] et par lesquels [ils se sentent] aimés renforce leur amour de soi* ».

Le deuxième niveau présente un schéma où la personne aime leur partenaire en tant que « *représentation de son propre self* », comme par exemple, chez les relations homosexuelles (Denis, 2015).

Enfin, le troisième niveau est celui qui définit la « personnalité narcissique » : cela concerne les personnes « *entièrement centrés sur eux-mêmes, ne parlent que d'eux et ramènent tout à eux* » et qui « *dépendent immensément de l'admiration des autres* », parfois en se laissant « *submerger par des sentiments d'infériorité* », et qui sont « *incapables d'empathie* » (Denis, 2015).

5.3. La représentation de soi et le narcissisme dans le test du Rorschach

Pour rappel, la « représentation de soi » désigne « *les positions fondamentales du sujet tel qu'il se vit dans son corps et dans son univers relationnel* » (Traubenberg & Andronikof-Sanglade, 1984).

Neau (2014) explique que la « représentation de soi » est un concept « opératoire », puisqu'il vient à la fois de la clinique projective de l'enfant et de la recherche en psychologie et psychopathologie de l'enfant. Ce concept s'inscrit, à la fin des années 1950, relatif à la « *pulsion d'autoreprésentation, pulsion responsable du choix des contenus* » ; « *un besoin universel, voire une pulsion d'autoportrait* » et une « pulsion d'autoreprésentation » (Traubenberg & Andronikof-Sanglade, 1984). Bien que le terme d'autoreprésentation paraît désuète de nos jours, ce concept pourrait par ailleurs entraîner l'un des résultats de l'investissement narcissique (Neau, 2014).

Selon Andronikof (1990), comme tout ce qui est du domaine du préconscient et de l'inconscient, la « représentation de soi » ne peut être saisie directement. De ce fait, les méthodes projectives se montrent des instruments avantageés, tout particulièrement le Rorschach « *qui met directement à l'épreuve l'image du corps, le fonctionnement du Moi et la relation d'objet* » (Andronikof-Sanglade, 1990). Ainsi, la représentation de soi se lit dans l'attitude perceptive du sujet, dans sa capacité d'engagement kinesthésique et dans le mode relationnel distancé ou fusionnel qu'il adoptera ; qu'il soit investi de libido ou d'agressivité ; qu'il soit objectal ou narcissique (Andronikof-Sanglade, 1990). Par ailleurs, la représentation de soi se présentera sur le choix même des associations (les contenus) et sera colorée par les affects. Par exemple, « un papillon mort » signifie une réponse d'un symbole négatif de soi (Andronikof-Sanglade, 1990).

5.4. Pouvons-nous repérer la représentation de soi et le narcissisme via le test de Rorschach ? Comment ces deux aspects se manifestent-ils ?

Kernberg (1976) insiste tout particulièrement sur les liens étroits qui unissent narcissisme et relations d'objet et il souligne « *l'influence déterminante de la qualité des relations d'objet sur le fondement et le devenir d'un narcissisme normal ou pathologique* » (Chabert,

1986). Ainsi, « représentation de soi » et « représentation de relations » sont deux directions implicites dans le test de Rorschach (Chabert, 1986).

Dans ce contexte, afin d'étudier les propriétés du Rorschach et sa capacité à faire appel à la présentation de soi et/ou narcissique, il faut analyser les manières dont ces notions se manifestent dans les protocoles de Rorschach.

Selon Exner (1993), le Rorschach est une épreuve projective qui permet d'aller au-delà des observations comportementales et il s'intéresse au fonctionnement et à la structure de la personnalité d'un l'individu. Il est par ailleurs « *un instrument privilégié pour la traduction et l'analyse du narcissisme* » (Chabert C., 1997). Encore, selon Fouques & Bénony (2010), le Rorschach permet de saisir certains éléments du fonctionnement psychologique qui ne sont pas toujours cliniquement perceptibles.

Le Rorschach offre ainsi, de par sa structure, différents indices permettant de présenter le narcissisme (Chabert C., 1997) :

- **Les qualités chromatiques et sensorielles des planches** sollicitent des réactions en termes d'affects, d'émotions, mais aussi en termes de sensations dont les caractéristiques narcissiques sont traduites par des réponses spécifiques. Par exemple, les réponses « vêtement » sont significatives soit, d'une grande valorisation narcissique (« voiles », « tulles », « robes chamarrées », « là c'est royal, un grand manteau ») soit, au contraire, mettent à nu les failles considérables d'une enveloppe qui ne joue pas son rôle de protection et se présente pleine de trous, abîmée (« vêtements déchirés, en lambeaux », « charpies », « peau qui s'en va », etc..) ;
- **La prédominance du noir - gris - blanc** induit des associations dépressives, et peut réactiver des sentiments de vide, de blanc intérieur, ou encore gommer les limites. En bref, ces planches peuvent déterminer l'émergence de sensations et/ou de fantasmes en relation avec la mort (3^e axe du narcissisme comme cela a été mentionné précédemment) ;

- **La présence de couleurs fortes telles que le rouge démontre de manière** explicite une liaison avec l'apparition de mouvements pulsionnels, peut mobiliser des défenses particulières au narcissisme dans un effort afin de maintenir un état de stase d'homéostasie ;
- **Les couleurs pastel** entraînent l'apparition de réactions qui montrent, entre autres, la qualité des relations établies avec l'environnement et les objets externes (Chabert, 1986). Ces planches pastel peuvent être considérées comme équivalentes de stimulations externes, comme signe de la réalité extérieure.

Par conséquent, nous pensons que les réponses aux couleurs selon les trois dimensions abordées, c'est à dire mort, réactions aux pressions des objets internes, réactions aux stimulations des objets externes, prendront des connotations particulières chaque fois qu'un fonctionnement de type narcissique sera mobilisé.

- **la centration sur la symétrie et l'organisation spatiale des planches** (symétrique par rapport à un axe médian) appelle des références corporelles qui fondent la projection.

L'image du corps étant fortement sollicitée dans le test il constitue dès lors de l'ensemble des associations fournies. Les repères qui articulent cette projection de l'image du corps doivent permettre une délimitation dedans/dehors au risque de signifier des barrières fragiles fonctionnement narcissique défaillant n'offrant pas de défenses efficaces face à la confusion.

Ainsi les **deux types d'organisation spatiale (unitaire ou bilatérale)** des planches de Rorschach définissent des modalités du fonctionnement psychique impliquant la mise à l'épreuve des assises narcissiques du sujet (Chabert C., 1997).

- **L'interprétation des « remarques symétrie »** comme manœuvre défensive prend une signification pertinente lorsqu'est dégagé des traces d'une défense narcissique marquée par la négation. Il s'agit d'une part de nier le mouvement projectif par une conduite d'objectivation (les planches sont « objectivement » identiques de part et d'autre de l'axe) ; il s'agit d'autre part de nier la différence

par un investissement massif de la symétrie comprise comme le même. Cette stratégie est surtout utilisée dans les planches bilatérales : elle souligne la dualité tout en niant tout conflit possible (Chabert C., 1997).

Concernant le Test du Rorschach Système Intégré, les indices font directement référence au narcissisme défini par le surinvestissement de sa valeur personnelle ($Fr + rF$) et à l'égoïsme [$3r + (2)/R$] (Hilsenroth et al, 1997). En premier lieu, Exner (1993), souligne que les réponses de type reflet basées sur les caractéristiques symétriques de la planche de Rorschach, sont les réponses faisant référence à un seul et même objet perçu en reflet dans l'eau ou en miroir. Selon Exner (1993), une seule réponse reflet constitue un indice de narcissisme excessif et est suffisante pour conclure à une tendance chez l'individu à surestimer sa valeur personnelle. Ces caractéristiques constitueraient le noyau du Soi. L'hypertrophie de sa propre valeur serait une particularité propre et naturelle chez les enfants et celle-ci devrait disparaître ou du moins s'atténuer au cours de l'adolescence.

Toutefois, l'auteur précise que cette caractéristique ne doit pas automatiquement être associée à un état pathologique. En second lieu, l'indice d'égoïsme ($[3r + (2)/R]$) renvoie aux réponses reflets (Fr et rF) et paires (2) (Exner, 2003). Les paires font références aux réponses dans lesquelles un patient se base sur la symétrie de la planche pour identifier deux objets identiques, sans toutefois faire mention de reflets. L'indice d'égoïsme constituerait une estimation du niveau de préoccupations et de centration sur soi et, possiblement, une mesure grossière du niveau d'estime de soi (Exner, 1993). Ainsi, à la fois par son organisation spatiale et par ses qualités chromatiques et sensorielles, le Rorschach apparaît comme un instrument privilégié pour la traduction et l'analyse du narcissisme (Chabert, 1986).

Problématique

Comme exposé précédemment (cf. Chapitre 2), la dépression est un phénomène complexe. Cette complexité se manifeste notamment à travers la difficulté à poser un diagnostic : celui de l'identification du symptôme ou syndrome et du repérage sémiologique. Par ailleurs, l'ambiguïté de la notion de dépression qui est aussi bien utilisée pour qualifier des variations temporaires et légères de l'humeur que pour indiquer des troubles sévères et constants, ne fait qu'accroître la complexité de l'étude de cette notion.

A ce propos, Haynal (1984) souligne la confusion vis-à-vis de la question de la dépression qui se manifeste à travers les multiples classifications de la dépression : endogène / exogène ; constitutionnelle / réactionnelle ; unipolaire / bipolaire ; psychotique / névrotique. Le terme de dépression recouvre ainsi des désordres de natures différentes : elle peut renvoyer tantôt à un état, tantôt à une structure et tantôt à une prédisposition constitutionnelle.

De plus, le fait de disposer de différentes méthodes d'évaluation de la dépression ne joue pas en la faveur de la clarté de la notion de dépression (Husain et al., 2001; Tuula Ilonen et al., 1999; Lehmann, 2010; Roustit et al., 2008).

Ainsi, l'ensemble de ces éléments convergent vers l'idée d'un problème de diagnostic de la dépression. Pour notre recherche, nous nous sommes centrés sur la dépression diagnostiquée selon le CIM- 10⁹ selon les critères F33 des Troubles dépressifs récurrents (y compris la Dépression saisonnière) et F34 des Troubles de l'humeur (affectifs) persistants¹⁰.

Le développement d'outils de diagnostic est essentiel afin de réduire le retard pour poser un diagnostic et assurer une meilleure prise en charge.

⁹ CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.

¹⁰ Les troubles F33 et F34 sont détaillées ultérieurement dans la Partie II - Critères d'inclusion et d'exclusion pour l'échantillon consultant (adultes dépressifs).

Dans ce contexte, la problématique du diagnostic produit de nombreuses conséquences négatives pour le patient parmi lesquelles la fixation des symptômes, des sentiments d'impuissance et d'incompréhension surtout vers soi, entre autres.

En ce qui concerne les outils de diagnostic de la dépression, aux États-Unis, un ensemble d'études sur des populations cliniques dépressifs (Exner, J.E & Weiner, 1982; Exner, J, 1986; Exner. J.E., 1974) et autres études sur des populations non-cliniques ont permis d'étudier la validité de la méthode du Rorschach en Système Intégré et d'établir les seuils de valeurs. Par exemple, l'indice de dépression *DEPI* est considéré positif s'il a une valeur égale à 5 et l'indice d'incompétence sociale *CDI* est positif s'il a une valeur égale à 4 ou 5.

Quant à la culture francophone, des nombreuses recherches appliquées utilisant le Rorschach se sont multipliées dans un contexte récent (Sultan & Porcelli, 2004). Cependant, en Europe, très peu d'énergie a été jusqu'à présent consacrée à l'étude de cet instrument, à sa validation et à l'étude de ses propriétés psychométriques (Le Chevanton, 2013; Fontan, 2015; Sultan & Porcelli, 2004).

En France, une première étude a été réalisée en 2004 pour établir les normes francophones pour le Rorschach Système Intégré (RSI) auprès d'une population de 146 adultes (Sultan & Porcelli, 2004). Les résultats de cette étude montrent des valeurs d'indices positifs dans une population non-consultante, c'est-à-dire dans une population non-clinique. Le fait d'avoir des valeurs positives à des indices positifs dans une population non-consultante est problématique, car cela nous interroge sur la validité du seuil de ces indices.

En effet, les résultats de cette étude montrent une fréquence accrue de personnes caractérisées par l'une des variables clés positives ($DEPI > 5$, $CDI > 3$, $D < 0$, $ADJD < 0$, $Fr + rF > 0$, $P > a+1$, HVI POSITIF) et montrent également que la plupart des sujets non-consultants français ont une proportion des réponses inférieures à -0,15, une valeur qui implique, dans le Système Intégré, la possibilité d'un dysfonctionnement médiationnel.

Ces indices sont l'indice de dépression $DEPI > 5$, et l'indice d'incompétence sociale $CDI > 3$, puisqu'ils sont censés retrouver ces indices positifs dans une population cli-

nique souffrant de dépression, de troubles de l'humeur et de déficits de compétences sociales et non pas dans une population non-clinique. En outre, cela indiquerait « *la présence d'une atteinte médiationnelle sévère... l'ingrédient de base qui permet un testing de la réalité adéquat se trouve gravement perturbé* » (Viglione, Perry, Jansak, Meyer, & Exner, 2003). Enfin, les résultats montrent une fréquence accrue de personnes caractérisées par le style lié au *reflet* ($Fr + rF > 0$) ; cette variable signalant la présence d'un élément déterminant dans la représentation de soi. Il s'agit d'une caractéristique de type narcissique qui comporte une tendance marquée à hypertrophier sa valeur personnelle (Sultan & Porcelli, 2004).

L'intérêt thérapeutique du Rorschach, en ce qui concerne le diagnostic de la dépression, est que le test de Rorschach Système Intégré (RSI) envisage les états dépressifs d'une nouvelle manière. Cela, grâce à son caractère scientifique et ses qualités psychométriques, le test RSI permet de différencier les variables de la personnalité et les variables de la situation vécue ; en conséquence, cela nous permet d'apercevoir les états dépressifs d'une nouvelle manière (E. Hartmann et al., 2003; Lemmel, 2004).

Le Rorschach Système Intégré a fait preuve d'un niveau élevé de validité inter correcteur (Gregory J. Meyer, 1997) et les résultats de Sultan et al. (2004) appuient et encouragent l'interprétation des protocoles faite selon les méthodes du Système Intégré. Par conséquent, il était de prime importance de faire une nouvelle validation de ces indices et scores dans le contexte culturel francophone pour ajuster certains seuils de signification.

Parmi les indices les plus étudiés dans le Rorschach Système Intégré, se trouve l'indice de dépression DEPI. Néanmoins, très peu d'études ont examiné l'efficacité diagnostique du DEPI du Rorschach Système Intégré et ont pu fournir des indices convaincants quant à la capacité du DEPI de distinguer les individus dépressifs des non-dépressifs (E. Hartmann et al., 2003; Tuula Ilonen et al., 1999; Jansak, 1997; Le Chevanton, 2013; G. J. Meyer, 2000).

Par ailleurs, il est très important de considérer que ces résultats ne reflètent pas nécessairement la présence de dysfonctionnements ou des problèmes dans le *testing* de la réalité chez la population française, comme on aurait pu l'interpréter conformément à la conceptuali-

sation de la variable « qualité formelle », mais que ces résultats révèlent certaines caractéristiques de l'échantillon français par rapport aux normes américaines.

Dans le contexte de cette problématique du diagnostic et de la dépression, nous nous sommes posé certains questionnements :

- Le test de Rorschach Système Intégré permet-il de distinguer avec exactitude une population cliniquement déprimée d'une population normative (non-clinique/ non-déprimée) ? Plus précisément peut-on considérer l'indice *DEPI* du Rorschach Système Intégré comme un indice valide pour réaliser un diagnostic de dépression ?
- Le test de Rorschach Système Intégré a-t-il une utilité dans la pratique clinique ?
- Les variables active et passive ($a : p$) reflètent-elles de manière fiable et valide un style de personnalité ?
- L'indice d'égoцентризм et les réponses reflets sont-elles significatives d'un point de vue clinique ?
- Et enfin, les résultats de notre étude sont-ils comparables aux résultats des travaux menés par Sultan & Porcelli (2004)?

Objectifs

Cette thèse s'inscrit dans les travaux qui apportent des précisions sur l'utilisation du test de Rorschach Système Intégré (RSI) en tant qu'outil de diagnostic de la dépression et sur la signification de certains indices en lien avec le trouble dépressif (l'indice de dépression DEPI et l'indice d'incompétence sociale CDI).

Plus précisément, les objectifs de notre étude sont les suivants :

- Réétudier et vérifier la validité du test de Rorschach en Système Intégré pour le diagnostic de la dépression ; à savoir, évaluer l'indice de dépression (*DEPI*).
- Réétudier et vérifier la validité du test Rorschach en Système Intégré pour le diagnostic de la dépression ; à savoir, évaluer l'indice d'incompétence sociale (*CDI*).
- Réétudier les variables actif et passif ($a : p$) et la validité des réponses reflets ($Fr + rF > 0$).
- Comparer les résultats de notre étude avec les travaux précédents, notamment ceux de Sultan et al. (2004).

Hypothèses

Nous supposons qu'en ayant recours à la méthode de Rorschach Système Intégré pour diagnostiquer la dépression, il pourrait être possible d'identifier des schémas dysfonctionnels et des constellations de personnalités qui pourraient être latentes chez des individus non déprimés mais qui sont disposés à la dépression.

Nous supposons également que les troubles psychologiques dépressifs seront associés aux variables de Rorschach selon les processus psychologiques des affections affectives, des troubles d'adaptation et des troubles cognitifs (Hartmann et al., 2003).

Dans ce sens, nous avons décliné une hypothèse générale et trois spécifiques, décrites ci-dessous.

Hypothèse générale

En considérant le sérieux et la rigueur méthodologique de l'étude de Sultan et al. (2004), nous avons décidé pour notre thèse d'entreprendre cette même méthodologie en y intégrant la dimension d'investigation psycho diagnostique dans un échantillon français ; mais aussi, de le comparer avec les normes de référence de l'échantillon américain. Ainsi :

- D'une part, (A) nous nous attendons à ce que les résultats de cette étude confirment les résultats de la première étude faite en 2004 par Sultan et al. (2004) ;
- D'autre part, (B) qu'il existe des différences dans le mode d'expression au Rorschach en Système Intégré entre l'échantillon français par rapport aux normes américaines.

Hypothèse Spécifique 1 : troubles dépressifs (DEPI)

En ce qui concerne les affections affectives, nous nous attendons à ce que l'indice de dépression *DEPI* du Rorschach Système Intégré soit capable d'identifier la dépression et le groupe dépressif.

Hypothèse Spécifique 2 : troubles dépressifs (CDI)

En ce qui concerne les troubles d'adaptation, nous supposons que si le groupe dépressif n'est pas identifié par l'indice de dépression (*DEPI*) de Rorschach Système Intégré, alors il sera identifié par l'indice d'incompétence sociale (*CDI*).

Hypothèse Spécifique 3: le style de personnalité actif-passif

Concernant l'indice de personnalité actif-passif (*a : p*), sa signification clinique est valide quant au rôle pris par le sujet dans la vie de tous les jours.

Nous présumons que les rôles pris par les participants (héros du récit) dans les quatre situations représentées dans les planches du T.A.T., seront cohérents avec les rôles adoptés par les participants.

Hypothèse Spécifique 4 : l'aspect narcissique

Concernant l'aspect narcissique, il est observé une tendance marquée chez le sujet à hypertrophier sa valeur personnelle ; cela étant repérable par les réponses reflètes ($Fr + rF > 0$) au test de Rorschach (Exner, 1993). Nous nous attendons à trouver cette signification clinique dans les réponses données par le sujet sur le questionnaire de SF-SC.

PARTIE II : METHODOLOGIE

Plusieurs études et expériences ont été menées précédemment pour déterminer des normes du test de Rorschach Système Intégré, avec une variation considérable concernant les procédures utilisées pour la sélection des participants : il peut s'agir de participants « normaux » (Erdberg, 1921; Exner, J, 1993; Exner, J.E., 1974; Exner Jr., 2002; Mattlar, 2004; G J Meyer et al., 2001; Viglione et al., 2003), de participants non-consultants (Erdberg, P., & Shaffer, 1999) et de participants non-hospitalisés (Beck, S.J., Rabin, A.I., Thiesen, W.G., Molish, H., & Thetford, 1950; Loosli-Usteri, 1958; Phillips, L., & Smith, 1953).

Mais aussi, des normes selon des valeurs attendues pour la « population normale » (Alcock, 1963; Ames, L.B., Métraux, R.W., & Walker, 1959; Ames, L.B., Métraux, R.W., Rodell, J.L., & Walker, 1953; Piotrowski, 1957) ; ou bien, d'échantillons qui provenaient de cultures très différentes avec des examinateurs dont le profil et la formation différent (Erdberg, P., & Shaffer, 1999). Il est ainsi difficile d'offrir une vision exhaustive de ces tentatives d'établir des normes de référence, étant donné le peu de données publiées (Mattlar, 2004; Sultan et al., 2004).

On peut avancer que les tentatives de collecte d'échantillons normatifs dans plusieurs pays du monde souffrent souvent de lacunes méthodologiques dans les procédures de sélection des sujets et/ou de recueil des protocoles, ce qui rend les résultats peu fiables (Sultan et al., 2004).

Dans notre travail de thèse, nous avons opté pour un choix de participants non-consultants afin de constituer notre échantillon normatif (cf Partie II - Participants). Une partie de la méthodologie de notre étude sur les normes francophones est inspirée des travaux de (Sultan et al., 2004).

Une autre partie de notre méthodologie concerne l'ajout d'un aspect expérimental. En effet, la passation du test de Rorschach Système Intégré sur un échantillon dépressif permettra d'étudier l'indice de dépression *DEPI* du Rorschach Système Intégré. Par ailleurs, nous avons utilisé des critères externes, comme les questionnaires *Self-focus Sentence Completion (SF-SC)*, *General Health Questionnaire (GHQ.12)*, *Beck Depression Inventory (BDI)* et 4 planches du *Thematic Apperception test (T.A.T)*, pour vérifier la validité des réponses reflètes et la variable active-passive (*a : p*) du Rorschach Système Intégré.

Population

Comme il a été possible d'observer, les tentatives de collecte d'échantillons normatifs dans plusieurs pays du monde souffrent souvent de lacunes méthodologiques dans les procédures de sélection des sujets et/ou de recueil des protocoles ; ce qui rend les résultats peu fiables (Sultan et al., 2004).

Comme mentionné, nous avons donc opté pour un choix de participants non-consultants afin de constituer notre échantillon normatif. Les critères d'inclusion et d'exclusion concernant les participants des deux échantillons figurent dans le quatrième point ci-dessous.

1. Participants

Les participants de notre étude ont été classés en deux groupes. De ce fait, nous avons subdivisé notre travail en deux études :

- **Étude 1 avec l'échantillon normatif** : constitué par des adultes normatives, hommes et femmes, âgés entre 18-70 ans ;
- **Étude 2 avec l'échantillon consultant** : constitué par des adultes diagnostiqués dépressifs, hommes et femmes, âgés entre 18-70 ans.

2. Recrutement

Le recrutement des participants a été réalisé en deux temps, sur la base du volontariat.

Le premier concerne **l'échantillon normatif (Étude 1)** qui a été recruté sur les campus de deux universités françaises, une en région d'Île-de-France et une autre dans la région de Bourgogne.

Nous avons annoncé sur le site de l'université dans l'Île-de-France, entre janvier et décembre de 2014, le besoin de recrutement de volontaires pour une enquête dans le but de valider un test de personnalité (le Rorschach en Système Intégré) d'une durée d'une heure à une heure trente. Nos coordonnées (numéro de téléphone et adresse email), celles de l'investigateur ainsi que celles du professeur Anne Andronikof ont été notées dans l'annonce (cf Annexe 1). Une fois la prise de contact effectuée (par email ou téléphone), nous fixions une date de passation.

A l'université de la région de Bourgogne, en avril 2014, nous avons utilisé les mêmes procédés que pour l'université francilienne. Une notice d'information (cf Annexe 2) suivie par un formulaire de consentement libre et éclairé (cf Annexe 3) a été envoyée par avance par mail aux participants, avec les coordonnées téléphoniques et email de la chargée d'étude ainsi que celles du professeur Ingrid Banovic, notre référent à cette université.

Ce n'est que dans un deuxième temps que nous avons réalisé le recrutement de l'échantillon des **consultants dépressifs (Étude 2)** : d'octobre 2014 jusqu'à août 2015. Le recrutement des participants du groupe consultant a été fait dans un centre hospitalier de la région d'Île-de-France dans le service de psychiatrie adulte ainsi que dans le milieu extrahospitalier en hôpital de jour et en centre médico-psychologique. Dans le cadre d'un stage de recherche, nous avons préalablement effectué une présentation de cette étude, avec une durée de trente minutes destinée à l'équipe de travail (les infirmières, l'assistante sociale, les psychologues et les psychiatres).

Dans cette présentation, nous avons exposé notre recherche et ses objectifs, dans laquelle une attention particulière a été portée sur les critères d'inclusion et d'exclusion des participants. Ensuite, une liste de patients diagnostiqués dépressifs selon les critères de CIM-10 a été établie par les médecins psychiatriques et les psychologues de chaque service. C'était les médecins psychiatres qui proposaient aux patients de participer à notre recherche : ils expliquaient en détail nos démarches aux patients déprimés potentiellement éligibles. Ensuite, la chargée d'étude établissait la prise de contact avec les patients afin de confirmer leur acceptation de participer de cette recherche.

Un appel de recherche (*cf* Annexe 4) suivie par un formulaire de consentement libre et éclairé (*cf* Annexe 3) ont été fournis aux participants.

3. Dispositions éthiques

Avant de commencer, nous nous sommes assurés du consentement libre et éclairé des participants, par le biais d'un formulaire (*cf* Annexe 3).

Dans ce formulaire de consentement destiné aux potentiels participants figuraient des informations précises sur la nature et la finalité de notre étude. Pour cela, nous avons privilégié d'éclairer trois thématiques :

- La participation volontaire est demandée pour aider le développement de la recherche scientifique ;
- Notre objectif est de savoir comment la plupart des personnes répondent à un test de personnalité ;
- En échange, nous proposons aux participants d'emporter chez eux une copie du protocole de leurs réponses.

D'une part, le strict respect de l'anonymat de la personne est garanti ; d'autre part, dans aucun cas le participant ne peut être identifié dans notre étude et aucun résultat individuel n'est communiqué au sujet ou à qui que ce soit. Seuls les résultats agrégés ont été exploités.

4. Critères d'inclusion et d'exclusion

Concernant l'**échantillon normatif**, le critère « non-consultant » a été opérationnalisé par la passation du GHQ-12 (*General Health Questionnaire*, Goldberg, 1978 ; Pariente et Guelfi, 1990), ainsi que trois questions supplémentaires :

- *Prenez-vous des médicaments pour les nerfs ?*
- *Êtes-vous ou avez-vous été en psychothérapie ou soutien psychologique ?*
- *Estimez-vous être dans votre état habituel, ou traversez-vous une période difficile ?*

Les protocoles de l'échantillon normatif ont été exclus de l'analyse lorsqu'ils répondaient à l'un des critères suivants :

- Trois items ou plus du GHQ-12 cotés au niveau 3 ;
- Trois items ou plus du GHQ-12 cotés au niveau 2 *et* les réponses aux trois questions ouvertes suggèrent la présence d'une perturbation importante ou assez importante ;
- Les protocoles ne comptant pas le minimum nécessaire de ≥ 14 réponses (J. E Exner, 1995).

Par ailleurs, nous n'avons pas exclu les protocoles des personnes ayant fait appel à leur médecin généraliste pour une aide ponctuelle (même si avec une prescription de psychotropes) ; à condition que cette aide ait été ancienne de plus d'un an et qu'elle n'ait pas été renouvelée.

Pour l'**échantillon consultant** (adultes dépressifs), les critères d'inclusion-exclusion ont été la présence d'un ou plusieurs items suivants :

- (F33) Troubles dépressifs récurrents (y compris Dépression saisonnière)
- (F33.1) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
- (F33.2) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
- (F33.3) Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques
- (F33.4) Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
- (F33.8) Autres troubles dépressifs récurrents
- (F33.9) Trouble dépressif récurrent, sans précision

- (F34) Troubles de l'humeur (affectifs) persistants
- (F34.1) Dysthymie :
- Dépression anxieuse persistante
- Dépression névrotique
- Névrose - dépressive
- Personnalité - dépressive
- Dépression (épisode isolé) (épisode d'anxiété légère, persistante ou non persistante)
- Dépression (épisode isolé) (épisode névrotique)
- Dysthymie
- Névrose dépressive
- Personnalité dépressive
- Personnalité dysthymique
- Psychonévrose dépressive
- Trouble(s) (de) humeur persistants dysthymie. (Misès et al., 2002)
- État stable.
- Niveau de gravité : Moyen et sévère

Les critères d'exclusion du groupe des consultants ont été les suivants :

- Les personnes diagnostiquées comme souffrant de trouble schizo-affectif ;
- Les personnes dans un épisode maniaque ;
- Les personnes dans un état de crise.

Pour **les deux groupes**, normatif et consultant :

- Concernant la présence de troubles de la personnalité, ceci n'a pas été ni un critère d'exclusion ni un critère d'inclusion ;
- Le nombre de réponses par protocole ≥ 14 réponses comme un critère d'exclusion (J. E Exner, 1995);
- Langue française maternelle a été un critère d'inclusion.

Procédures

Nous avons pris soin de conserver les mêmes modes de passation pour les deux groupes de participants lors de la passation du test de Rorschach.

Pour commencer, concernant l'échantillon normatif nous avons fait passer 3 instruments en amont : le *General Health Questionnaire* - GHQ-12 (Goldberg, 1978 ; traduction française par Pariente et Guelfi, 1990) ; le *Questionnaire de Self-Focus Sentence Completion* - SF-SC (Exner, 1973, traduction française par Andronikof, 1993) et 4 planches du *Thematic Apperception Test* - T.A.T (Murray, 1943).

1. Réalisation des Entretiens

Pour l'échantillon normatif : A l'arrivée des participants, l'examineur rappelle l'objectif de l'étude (« *Une recherche scientifique ayant pour but de savoir comment la plupart des gens répondent à ce test* ») suivi de quelques questions générales (âge, diplôme le plus élevé, langue maternelle, etc.). Ensuite, l'examineur pose la question : « *Avez-vous déjà passé le test de Rorschach ou en avez-vous entendu parler ?* » afin de faire exprimer les préconceptions sur la tâche demandée.

L'examineur déclare ensuite « *C'est un test très utilisé en psychologie et nous avons besoin de savoir comment la plupart des gens y répondent* ». Le Rorschach est ensuite administré selon les standards méthodologiques actuels du Rorschach Système Intégré (cf sous-partie Instruments).

L'examineur déclare alors : « *J'ai aussi besoin de vous poser quelques questions générales sur votre santé* », suivi des trois questions ouvertes citées dans le point précédent. Les réponses étaient notées *verbatim* (transcrites à la lettre) et des relances sont prévues à la fin pour recueillir les informations nécessaires à la décision sur le critère « non-consultant » (voir plus haut).

Pour l'échantillon dépressif : Suite à l'appel de recherche (*cf* Annexe 3), les participants portés volontaires se sont présentés à la chargée d'étude pour fixer au préalable un rendez-vous. Celui-ci s'est déroulé sur le lieu du recrutement, suite à une prise de contact informelle. L'examineur rappelait l'objectif de l'étude (« *Une recherche scientifique ayant pour but de valider un test psychologique (le Rorschach en Système Intégré) c'est pourquoi nous recrutons des volontaires souffrant de dépression qui seraient prêts à nous consacrer 1h à 1h10 de leur temps* ») suivi de quelques questions générales (âge, diplôme le plus élevé, langue maternelle, etc.).

Afin de faire exprimer les préconceptions sur la tâche demandée, il était demandé : « *Avez-vous déjà passé le test de Rorschach ou en avez-vous entendu parler ?* »

2. Élaboration de la base de données

La gestion de bases de données est très importante dans la pratique clinique et pour la recherche. C'est pourquoi nous avons pris le soin de construire la base de données de notre travail de recherche en suivant les étapes suivantes.

Pour commencer, nous avons utilisé CHESSS qui nous a permis d'extraire les variables mesurées par le Rorschach Système Intégré vers le tableur Excel. Dans ce tableur, nous avons intégré les résultats obtenus sur l'échelle de dépression de Beck, l'échelle SFSC-S (les réponses concentrées sur soi), l'échelle SFSC-A (les réponses concentrées sur Autrui), *a : p* - TAT-Récit (*active : passive*) dans les réponses sur le TAT dans le récit, *a : p* - TAT-Identité (*active : passive*) dans les réponses sur le TAT dans l'identification.

Par exemple, une note donnée aux cotations *a : p* sur les planches de T.A.T. Pour *a / p* peut avoir par exemple 3/3 a été remplacé le barre / PAR 1 donc au lieu d'avoir 3/3 on obtient le code 313.

Pour les réponses manquantes, le code 99 a été utilisé.

Ensuite, l'ensemble des outils psychométriques a été analysé et interprété selon les instructions officielles figurant dans les manuels et exposées dans la section « Instruments », à l'exception des planches du T.A.T. pour lesquelles nous avons pris le soin d'élaborer une méthode unique d'interprétation de contenu, comme décrit dans la présentation du T.A.T.

Pour réaliser les analyses statistiques, nous avons utilisé le logiciel SPSS (*Statistic Pack for Social Sciences*) version 19. Il nous a permis par ailleurs de classer l'ensemble des données sociodémographiques ; l'ensemble des variables du Rorschach SI concernant les protocoles de Rorschach pour les deux échantillons (normatif¹¹ *versus* dépressif) et pour l'ensemble des données relatives aux autres tests et questionnaires auxquels nous avons eu recours dans ce travail.

¹¹ L'échantillon normatif est synonyme de l'échantillon normatif construit selon des critères déjà précisé dans la partie relative à la méthodologie.

Instruments

Afin de réaliser l'ensemble des investigations de notre étude, nous avons utilisé cinq outils psychométriques¹² :

- Test de Rorschach Système Intégré
- General Health Questionary - GHQ.12
- Beck Depression Inventory- BDI
- *Thematic Apperception Test*– T.A.T (planches 1, 2, 4 et 8BM)
- Self-Focus Sentence Completion- SFSC

Ci-dessous, ces instruments sont décrits concernant leur construction, standardisation, passation et interprétation.

2.1. Rorschach Système Intégré - RSI (Exner, 1993)

(Traduction française : A. Andronikof, 1995)

Le Rorschach est l'un des instruments d'évaluation de la personnalité les plus utilisés par les psychologues en France, car il est un outil de mesure psychologique puissant et pertinent (Sultan et al., 2004).

En effet, le processus de validation du Système Intégré a été établi sur plusieurs critères et avec plusieurs étapes. En commençant par John Exner, il s'est attaché à fixer les procédures (consignes et mode d'administration), à standardiser le système de codage des réponses et à

¹² Dans l'Annexe 5 figure un exemple de questionnaires utilisés pour l'échantillon normatif.

vérifier la fidélité inter-correcteur. Ensuite, Exner a établi le procédé de fidélité test-retest sur des sujets adultes non consultants. Par la suite, de nombreuses études ont été consacrées à l'étude des variables et des indices de Rorschach (Andronikof-Sanglade, 1995; Sultan et al., 2004). Ce test dispose d'une procédure de passation et de cotation standardisée. Les protocoles sont exploitables seulement s'ils répondent à certains critères concernant la validité : le nombre de réponses (R) et la proportion de réponses uniquement formelles (L) (Andronikof, 2008; Kostogianni & Andronikof, 2009).

Au Rorschach Système Intégré il y a trois variables clés : I. les indices $SCZI$, $DEPI$, CDI ; II. Les scores D : contrôle et tolérance au stress ; III. Styles de personnalité dominants. Si l'une de ces variables clés est positive cela va par la suite déterminer les stratégies de recherche pour l'interprétation. Et pour affirmer qu'un certain indice est positif, il doit avoir une certaine valeur. Par exemple, pour qu'il soit positif, l'indice dépression $DEPI$ doit avoir une valeur égale à 5 ($DEPI > 5$) et pour l'indice d'incompétence sociale CDI la valeur doit être égale à 3 ($CDI > 3$). Par ailleurs, ces valeurs de référence ont été largement étudiées et établies, notamment aux Etats-Unis (J. E Exner, 1995).

L'index d'égoïsme (EGO) est un indicateur de la personne centrée sur soi, à savoir, c'est la quantité d'attention portée à soi-même par rapport à l'intérêt porté aux autres. Par ailleurs, l'index EGO représente la proportion de réponses reflet ($Fr + rF$) et paire (2) dans le protocole. Selon Exner (1995), les réponses paires sont corrélées de façon moins importantes que les réponses reflètes à la centration sur soi et elles ne sont pas considérées comme indicatives d'un sentiment enflé de la valeur de soi. Les réponses reflètes signifient que les caractéristiques de type narcissique sont fortement ancrées dans l'organisation psychologique du sujet (Andronikof, 2008; Kostogianni & Andronikof, 2009).

Dans un premier temps, il est nécessaire de *préparer les planches dans l'ordre inverse de passation et à l'envers*. De plus, la passation doit se faire côte à côte, le sujet à la gauche du clinicien et les feuilles de schéma block¹³, d'enquête à droite pour pouvoir écrire. On ne passe jamais un test en face à face mais côte à côte.

¹³ Exemple de feuille schémablock dans l'Annexe 6.

Il est important de noter tout ce que le sujet dit, aussi bien ce qui concerne les tâches proprement dites que les dires en marge, donc le psychologue note tout ce que le sujet dit ou fait comme geste.

La consigne donnée est la suivante, « *Je vais vous montrer dix planches et pour chacune je vous demanderai 'Qu'est-ce que cela pourrait être ?' et je vais noter tout ce que vous me dites* ». Ensuite, on tend directement la première planche. Il est important de ne pas se contenter d'une seule réponse donc depuis la première planche, quand le sujet donne une réponse, on retend la planche et on demande « *Quoi d'autre ?* » ou « *Prenez votre temps, je suis sûr que vous pouvez trouver autre chose ?* ». Il est accepté 5 réponses maximum par planche.

Une fois le premier temps de passation fini on remercie le patient mais on poursuit : « *Merci, nous avons terminé. Le test est fini mais nous allons, ensemble, revenir sur vos réponses afin d'être sûr de ce que vous m'avez dit et ce que vous avez vu.* ».

Après on dit au sujet: « *Je vais vous relire vos réponses, dites-moi ce qu'il y a là dans la planche qui fait que votre réponse ressemble et où est ce que vous avez vu ça exactement dans la planche* » (J. Exner, 1998).

Après la passation du test de Rorschach selon la méthode Système Intégré, les réponses fournies par le/la participant(e) sont apportées dans la « séquence de cotations »¹⁴. Un code sera donné pour chaque élément de réponse ; ce code prend la forme d'un symbole pour déterminer la localisation de réponse par rapport à la tâche, sa qualité de développement, les déterminants de la réponse (la forme, la couleur, entre autres), la présence d'une paire, la qualité formelle de réponse, le contenu de la réponse (humain, humain fictif, animal, animal fictif, entre autres.). Il faut prendre en compte l'éventuelle présence d'une réponse banale (réponse donnée par au moins un sujet sur trois), le score Z, (il témoigne d'un effort cognitif dans le traitement du stimulus visuel. Il tient compte de la qualité du développement et de la planche. Il fait une synthèse entre le DQ et la localisation. En termes d'élaboration : v, et les cotations spéciales) (J. E Exner, 1995).

¹⁴ Exemple de séquence de cotations dans l'Annexe 7.

A partir de cette première étape nous allons pouvoir mettre « le résumé formel » qui est un ensemble de variables regroupées du protocole. Ainsi, nous trouvons les rapports, les pourcentages et les comparaisons entre elles qui renvoient à des traits de fonctionnement psychologique.

L'interprétation d'un protocole de Rorschach Système Intégré s'articule autour des analyses des scores, des indices et des associations de variables qui font référence à des aspects spécifiques de la personnalité. Une fois l'ordre d'interprétation déterminé, nous allons interpréter chaque score et/ou variable de manière détaillée selon plusieurs cas de figure pour pouvoir rédiger le compte rendu. Prenons comme exemple de ces variables le rapport ($a : p$) est une variable qui permet d'identifier une caractéristique de style, quand la valeur des mouvements passifs excède de plus d'un point celle des mouvements actifs, cela indique que le sujet aura tendance à assumer un rôle plutôt passif dans les relations interpersonnelles, sans pour autant que cela prenne la forme d'une soumission. Les sujets de ce type préfèrent généralement éviter de prendre des responsabilités en matière de prise de décision et ils sont moins tournés vers la recherche de solutions nouvelles, ou moins portés à générer de nouvelles formes de comportement. Un autre exemple de variable, le style lié au reflet ($Fr+ rF > 0$) est une variable qui signale la présence d'un élément déterminant dans la représentation de soi. C'est une caractéristique de type narcissique qui comporte une tendance marquée à hypertrophier sa valeur personnelle (J. E Exner, 1995).

2.2. General Health Questionnaire - GHQ.12 (Goldberg, 1972)

(Traduction française : Pariente P., Challita H., Mesba M. (1992))

Le *General Health Questionnaire* (GHQ) est un instrument d'auto-évaluation, d'une durée d'environ 5-10 minutes en fonction de l'état de l'individu au cours des semaines passées. Cet outil a été mis au point par Goldberg (1978) afin de dépister des troubles psychiatriques chez des sujets de la population générale ainsi que chez des patients consultant dans des structures de soins non psychiatriques comme, par exemple, des consultations ambulatoires de médecine générale.

Il a connu un très grand développement et est largement utilisé dans de nombreux pays, essentiellement dans deux domaines : la psychiatrie sociale et la détection des cas psychiatriques en médecine générale ou chez des patients présentant des affections somatiques.

Depuis 1972, des nombreuses versions ont été mises au point (GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 et GHQ-12) ainsi que des traductions dans 38 langues différentes. Son utilisation dans les contextes les plus variés au plan culturel ainsi que les nombreuses études qui s'y réfèrent lui ont assuré une large audience.

Le GHQ est très largement utilisé dans des populations les plus variées : chez tous les sujets, en entretien clinique, en médecine interne, en milieu carcéral, dans l'enseignement, etc.

Nous avons fait usage de GHQ-12 avec la traduction française de Pariente P., Challita H., Mesba M. (1992).

Population cible : Population générale, psychiatrique, présentant des affections somatiques et/ou organiques.

Intérêts et limites : Bonne acception de cette échelle grâce à sa rapidité d'administration (5 à 10 minutes), facilité d'application et compréhension aisée par des patients de milieux et de niveaux culturels les plus variés. De plus, elle permet des comparaisons avec les résultats d'autres études (Fernandez et al., 2005).

En considérant qu'il est demandé au patient de se situer par rapport à ses habitudes, cette nature des réponses implique que le GHQ ne puisse pas être appliqué dans les troubles chroniques et durables.

Il s'agit d'un auto-questionnaire à compléter par le sujet (en 5-10 minutes) en fonction de son état au cours des semaines passées. Chaque item comporte 4 réponses possibles et le sujet s'évalue par rapport à ce qu'il ressent.

Selon Goodchild (1985 *in* Fernandez et al., 2005), chaque item peut être coté de deux façons:

- selon une échelle de Likert en 4 points de 0 à 3 allant de « moins que d'habitude » à « beaucoup plus que d'habitude », pour une utilisation dimensionnelle ;

- en réponse bimodale en notant 0 les réponses « moins que d'habitude » ou « pas plus que d'habitude » et 1 celles « un peu plus » ou « bien plus que d'habitude », dans une perspective catégorielle. L'un des avantages serait d'obtenir une gamme de notes globales se rapprochant davantage d'une distribution normale.

Quel que soit le mode de cotation, on obtient ainsi un score global du GHQ (en additionnant les notes obtenues à chaque item). On peut donc utiliser le GHQ dans une perspective catégorielle (note-seuil au-dessus de laquelle on définit un cas) ou dimensionnelle (score global). L'utilisation des scores aux différents facteurs semble moins pertinente, sauf pour le GHQ-28 (Fernandez et al., 2005).

Quatre modalités de réponse sont proposées, avec les deux formulations suivantes selon les items.

1. « Mieux que d'habitude », « Comme d'habitude », « Moins bien que d'habitude », « Beaucoup moins bien que d'habitude » ;

2. « Pas du tout », « Pas plus que d'habitude », « Un peu plus que d'habitude », « Beaucoup plus que d'habitude ».

Cotation dimensionnelle : échelle de Likert allant de 0 à 3,

- 0. Pas du tout.
- 1. Pas plus que d'habitude.
- 2. Un peu plus que d'habitude.
- 3. Beaucoup plus que d'habitude.

Ainsi, si au moins trois items étaient cotés en niveau 3 au GHQ-12 ou si trois items ou plus du GHQ-12 étaient cotés en niveau 2, avec des réponses aux trois questions ouvertes suggérant la présence d'une importante perturbation de la santé ; ces facteurs résultaient à l'exclusion du protocole de Rorschach en question.

2.3. Beck Depression Inventory – BDI (Beck, 1976)

(Traduction française : P. PICHOT, 1990) ;

Mode de passation : il s'agit d'une échelle d'autoévaluation. Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant le numéro qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer, dans une série, plusieurs numéros si plusieurs propositions conviennent.

Le score de la BDI varie de 0 à 39. Les résultats sont la somme des items et sont interprétés selon les classes suivantes (Pariante P., Challita H., Mesba M., 1992; Pariante P., 1990)¹⁵ :

- 0 à 3 : pas de dépression
- 4 à 7 : dépression légère
- 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée
- 16 et plus : dépression sévère.

¹⁵ Pour des informations plus détaillées sur le *Beck Depression Inventory*, voir PARIANTE P., GUELFU J.D. Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1^e partie : inventaires multidimensionnels. Psychiat. Psychobiol., 1990, 5, 49-63.

2.4. Thematic Apperception Test - T.A.T. (Murray, 1943)

L'épreuve du test d'acception thématique a été créée en 1935 (douze ans après le Rorschach) aux États-Unis par Morgan et Murray dans une perspective psychanalytique ; mais ce n'est qu'en 1943 que le test a été publié (Murray, 1943). Il est considéré également comme un outil majeur de la clinique projective et l'utilisation du sigle T.A.T pour désigner le *Thematic Apperception Test* est très usuelle.

Le T.A.T. est constitué d'images qui mettent en scène des personnages, à partir desquels il est demandé au sujet de raconter une histoire. Son principe de fonctionnement est un matériel projectif qui se présente sous forme de 20 images cartonnées où les récits créés mettent en avant les problématiques inconscientes et les mécanismes de défense du sujet. Car l'hypothèse de Murray était que le sujet s'identifie à l'un des personnages et transpose dans son récit les relations qu'il entretient avec les figures importantes de sa vie ; ce qui en dévoile la psychogenèse.

Le TAT, permet ainsi soit de procéder à un état des lieux du psychisme d'un sujet dans une situation spécifique, soit de décrire des mouvements pulsionnels et psychiques relatifs à un événement (Venturini & Roques, 2016; Verdon et al., 2014).

La majorité des images sont figuratives (dessins, photographies ou reproductions de gravures) et mettent en image un ou plusieurs personnages. Certaines de ces images sont proposées à toutes les personnes ; cependant, d'autres concernent spécifiquement les adultes ou les enfants ; les hommes ou les garçons ; les femmes ou les filles.

Dans le cadre de ce travail de thèse, nous avons délibérément opté pour l'utilisation de quatre parmi les dix planches. Il s'agit des planches 1, 2, 4 et 8 BM qui sont présentées ci-dessous, ici exposées selon l'approche psychanalytique de Shentoub V. (Dir., 1990) :

Image 1 : Cette planche représente un garçon, la tête entre les mains, qui regarde un violon posé devant lui. Elle donne la possibilité de s'en dégager dans un projet identificatoire qui

correspond à un thème banal avec un jeu possible entre des positions actives et/ou des positions passives ;

Image 2 : Cette planche représente « une scène champêtre » avec trois personnages. Au premier plan, une jeune fille qui tient des livres ; au second plan, un homme avec un cheval et une femme adossée à un arbre, qui peut être perçue comme étant enceinte ;

Image 4 : Dans cette planche, figure un couple dont un homme qui se détourne et une femme qui va à sa rencontre. La différence des sexes est nettement représentée mais il n'est pas représenté de différences de génération ;

Image 8 BM : Au premier plan un jeune garçon, adolescent, seul, avec sur le côté un fusil, tournant le dos à la scène du second plan : celle-ci représente un homme allongé et deux autres penchés sur lui dont l'un d'entre eux tenant dans sa main un objet contondant sur l'homme allongé. L'une des questions suscitées par cette planche se trouve dans le registre des processus identificatoires concernant la position qui sera privilégiée par le sujet : soit une position active, soit une position passive.

Il est fort recommandé que ce test soit utilisé par un psychologue clinicien qui soit à l'écoute et qui note mot à mot les réponses du sujet, ses silences et ses gestes, puisque ces aspects feront partie d'une analyse à l'aide d'un codage qui en traduit les particularités avant d'en donner une interprétation synthétique (Shentoub V. et al., 1990).

La consigne de T.A.T énoncée par le clinicien, en début de passation, une seule fois, est la suivante :

« Je vais vous montrer quatre images une par une. Vous aurez à inventer pour chacune une histoire aussi vivante que possible. Vous direz ce qui a amené l'événement présenté dans la gravure ; vous décrierez ce qui arrive en ce moment ce que les personnages sentent et pensent ; puis, vous donnerez le dénouement » (Murray, 1943).

À la fin de toutes les planches, il est donné la consigne suivante : *« Pour chaque histoire inventée, je voudrais également que vous imaginiez que vous êtes l'un(e) des personnages. Lequel seriez-vous ? Une fois le choix fait, il est demandé « Pourquoi avez-vous fait ce choix ? »*

Concernant la prise des notes, l'examineur doit transcrire les réponses aussi fidèlement que possible. Si le participant est consentant, il se peut que l'audio de la séance soit enregistré à l'aide d'un magnétophone.

Plusieurs méthodes d'interprétation et de cotation de ces récits existent.

La méthode d'analyse d'un protocole T.A.T selon la méthode de (Murray, 1943), tend à un principe de transcription capitale : les histoires forgées par le sujet contiennent d'une part un héros auquel le sujet s'identifie et auquel il attribue ses propres motivations ; d'autre part, des personnages en interaction avec le héros. Ce principe a été conservé par la suite par plusieurs auteurs. Murray distingue l'analyse formelle du protocole et l'analyse du contenu (Shentoub V. et al., 1990).

En France, l'interprétation du T.A.T s'est ancrée dans une perspective freudienne et de la psychopathologie clinique qui s'appuie sur une distinction entre contenu manifeste et latent. La méthode de V. Shentoub, appelée généralement « méthode française » ou « méthode de Paris V », consiste en une double analyse afin de saisir les différents procédés d'élaboration qui permettent au sujet de construire un récit. Ils émanent comme hypothèse principale de cette théorie que ces procédés sont produits par des conduites psychiques dont ils constituent l'armature manifeste (Brelet-Foulard F, 2003; Verdon et al., 2014).

Cette double analyse consiste, d'une part, à analyser la forme verbale des récits (rigide vs labile vs inhibé) qui indique le type dominant de mécanisme de défense utilisé (obsessionnel vs hystérique vs phobique vs narcissique vs psychotique). D'autre part, il y a l'analyse de la façon dont le contenu latent de la planche est traité par le sujet, qui indique le registre de la problématique (conflits, angoisses, fantasmes). Cette méthode donne des résultats intéressants mais dépend encore largement du talent du psychologue qui interprète le protocole ; ce qui pose le problème de la fidélité inter-correcteur (Guelfi & Rouillon, 2017, p. 170).

Les méthodes traditionnelles proposent une évaluation globale et psychodynamique de la personnalité (Morval, 1999; Murray, 1943). Plus récemment, plusieurs auteurs sont construits et validés des méthodes d'interprétation du T.A.T. afin de réaliser une évaluation de certaines dimensions spécifiques de la personnalité. Selon Bouvet (2010), il peut être cité par exemple, Cramer (1991) qui a élaboré le *Defense mechanisms manual* (DMM) afin de mesurer les mécanismes de défense ; Sokolowski et ses collègues (2000) qui ont conçu le *Multi-*

motive grid (MMG) pour évaluer les trois « grands motifs » que sont la réussite, l'affiliation et le pouvoir ; et enfin, Westen et ses collègues (1990, 1991) qui ont mis au point la *Social cognition and object relation scale* (SCORS), évaluant diverses facettes des relations d'objet.

Création d'une méthode d'interprétation T.A.T (basée sur la méthode de Murray).

En ce qui concerne cette étude, afin d'atteindre notre objectif de valider la variable active-passive ($a : p$) dans le test de Rorschach, nous avons décidé d'adapter la méthode d'interprétation de Murray (1943). De ce fait, nous avons utilisé seulement quatre planches du T.A.T., à savoir, 1, 2, 4 et 8 BM considérées parmi les planches les plus pertinentes, proposées aux garçons et filles, aux hommes et femmes (Shentoub V. et al., 1990).

Nous supposons donc selon la méthode d'interprétation de Murray que l'identification¹⁶ est faite selon le héros : nous allons nous concentrer sur le héros de l'histoire dans le récit ainsi que l'identification adaptée par le sujet ; plus précisément sur le *pourquoi* exprimé par le sujet.

Ainsi, dans cette adaptation de la méthode d'interprétation de (Murray, 1943), nous avons procédé de la manière suivante : d'abord, (1) nous avons identifié le héros de chaque histoire racontée par le/la participant(e) en se basant sur les règles d'identification du héros dans le récit et ensuite, (2) déterminé si la nature de son rôle est active ou passive.

¹⁶ Selon Brelet-Foulard (2003) le terme « *identité* » désigne l'ensemble des processus psychiques fondamentaux par lesquels l'individu accède à une représentation de sa continuité d'exister (dans le temps et dans l'espace). La construction de l'identité s'étaye sur une image du corps relativement solide et sur l'efficacité du processus d'individuation et de différenciation par rapport à l'autre et à l'environnement. Nonobstant, le terme « *identification* » (secondaire) est pris au sens du : « *Processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identification* ». La constitution des repères identificatoires suppose, une fois atteint l'accès à l'identité, la reconnaissance de la différence des sexes et des générations, corrélative de l'Œdipe (Brelet-Foulard F, 2003).

1. Pour la **décision du héros des récits**, cela repose sur les points suivants :

a. Le personnage auquel le sujet s'est le plus intéressé, décrivant avec le plus de détails ses actions et ses sentiments ;

b. Celui qui joue le rôle central dans le déroulement de l'action dramatique, car le héros est usuellement un des personnages représentés sur l'image ;

c. Une attention particulière est portée sur les actions accomplies par le héros de chaque histoire et la nature même de ces actions si active et/ou passive.

2. Concernant le **déroulement et dénouement de l'histoire**, une attention particulière a été portée sur comment le héros réagit à l'entourage c'est-à-dire :

a. *Comment s'est-il conduit dans la situation qui constitue le thème de l'histoire inventée par le sujet ?* (il s'agit de l'analyse des verbes exprimant les conduites, par exemple : agitation, abandon, etc.) ;

b. *Comment fait-il progresser la situation vers le dénouement ?* (il s'agit du style de sa conduite : impulsive ou contrôlée ; active et/ou passive ; Ombredane in Anzieu & Chabert, 1983) ;

c. *Comment produit-il le dénouement ?* (il s'agit d'une action volontaire du sujet ou de celle de l'entourage ? ; Anzieu & Chabert, 1983).

Ensuite, une fois le héros du récit déterminé et son rôle décidé si actif « *a* » ou passif « *p* », nous ajoutons un deuxième symbole (*a : p*) attribué aux identifications faites par le sujet lui-même par rapport aux personnages de l'histoire. Ainsi, les options possibles sont :

- actif,
- passif,
- actif-passif,
- passif-actif.

Pour récapituler, nous avons (1) décidé **le rôle** adapté par le héros du récit, si rôle actif-passif, pour chaque participant(e) pour chaque image ; ensuite, (2) nous avons décidé si actif-passif concernant **l'identification** adaptée par chaque participant(e) pour chaque histoire.

De ce fait, la clé de notre décision est concentrée sur le rôle pris par le héros du récit, ainsi que sur l'identification du (de la) participant(e) au personnage de l'histoire inventée par lui-même.

2.5. The Self Focus Sentence Completion – SFSC (Exner, 1973)

(Traduction française : Andronikof, 1993)

Le SFSC est un formulaire de 30 phrases à compléter dont la plupart contient les pronoms personnels « je », « moi », « me » ou l'adjectif « mon ». Ce formulaire a été construit sur la base d'un autre formulaire utilisé par Watson pour étudier le narcissisme (1965).

L'objectif du formulaire est l'évaluation d'un aspect important, la représentation de soi (le narcissisme) comme il est présenté dans le Rorschach Système Intégré. Le formulaire SFSC a été créé par Exner et utilisé par lui-même pour étudier et construire l'indice d'égoïsme dans le Rorschach Système Intégré. C'est l'un des premiers indices qui a été développé pour le Rorschach Système Intégré (John E. Exner, 1973).

Pour ce faire, ce formulaire fut administré à 750 adultes non consultants (John E. Exner, 1973). Les réponses furent cotées en fonction de leur orientation (S) pour les réponses centrées sur *soi*, par exemple : « *je me fais du souci...pour mon avenir* » ; (A) pour les réponses centrées sur *autrui*, par exemple : « *je me fais du souci... pour les sans-abri* ».

Ensuite, grâce à l'aide de 14 examinateurs, Exner a administré le Rorschach à 80 sujets, dont 40 qui avaient donné le plus grand nombre de réponses S et 40 qui avaient donné le plus grand nombre de réponses A. Exner a observé que des réponses reflètes apparurent dans 37 des 40 protocoles du groupe S, et seulement dans 2 protocoles du groupe A. Le groupe S produisait aussi presque deux fois et demie plus de réponses paires que le groupe A.

Quant à la standardisation du formulaire *Self Focus Sentence Completion* (SFSC), il fut administré à deux populations : une population non clinique de 2.592 sujets et une population clinique de 273 patients psychiatriques constituée de neuf groupes diagnostiques différents. Dans cette étude, 16 examinateurs ont testé les 30 sujets respectivement situés aux extrêmes de la distribution. Les réponses reflètes et paires étaient presque deux fois plus fréquentes chez les 30 sujets S que chez les 30 sujets A.

Ainsi, les résultats obtenus ont conduit Exner à décider de combiner les réponses paires et reflètes dans une variable unique qui tiendrait aussi compte du nombre de réponses des protocoles. Cette nouvelle variable a été appelée l'indice d'égoцентризм (John E. Exner, 1973). Scheier et Carver (1977) ont démontré qu'il s'agit d'une mesure valable et que cet outil est fiable et valide (Gacono, 1990).

De ce fait, Exner (1974) a proposé le calcul de l'indice d'égoцентризм basé sur une formule qui utilise le nombre de réponses paires [(2)] et le nombre de réponses reflètes (Fr) dans un protocole, ajusté pour le nombre total de réponses (R). Cet indice est calculé de la manière suivante : $Ego = 3(rF + Fr) + Somme(2) / R$ (Brems, 1990 ; Johnson, 1990). Afin de tester cette nouvelle variable, Exner (1973) recueille les scores au SFSC et les données du Rorschach de 325 adultes non-consultants. La décision d'attribuer aux réponses reflètes un coefficient 3 à l'Indice d'égoцентризм a découlé d'une analyse de fonction discriminante destinée à évaluer le poids relatif des deux variables Rorschach, et leur fréquence respective, servant à prédire dans quel quintile de la distribution au SFSC se trouverait le sujet. Les résultats indiquèrent que les reflètes ont une propriété géométrique pour repérer les sujets qui se situent dans les deux quintiles supérieurs, et un coefficient de 3 représente une évaluation prudente de cette propriété (J. E Exner, 1995).

Selon Exner (1973), l'indice d'égoцентризм mesure le degré de concentration de soi d'un individu. D'autres recherches menées par Exner (1978) ont suggéré que l'indice pourrait également être lié au niveau d'estime de soi (Brems & Johnson, 1989).

Dans la méthode de cotation préconisée par Exner (1973), il utilise le signe (S) comme code pour les réponses centrées sur soi (« *je me fais du souci...pour mon avenir* ») et le signe(A) comme code pour les réponses centrées sur autrui (« *je me fais du souci... pour les sans-abri* »).

Opérationnalisation des Hypothèses

La méthodologie de notre étude s'inspire de la méthodologie de l'étude de Sultan et al. (2004) et d'abord, (A) nous comparons notre étude avec celle de Sultan et al. (2004) et deuxièmement, (B) comparer les normes de ces deux études avec les normes américaines de référence pour le Rorschach Système Intégré.

Opérationnalisation hypothèse générale

(A)

Les scores obtenus par notre échantillon normatif (non-consultant) au Rorschach Système Intégré sont semblables aux scores obtenus par l'échantillon de l'étude de Sultan et al. (2004). Plus précisément, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les moyennes de l'échantillon de notre étude et les moyennes de l'échantillon normatif de Sultan et al. (2004), sur l'ensemble des variables présentées dans le tableau de statistiques descriptives¹⁷.

Pour ce faire, le test statistique d de Cohen sera appliqué afin de caractériser la magnitude d'un effet associé dans une population donnée par rapport à une hypothèse nulle. La non-existence de différences significatives entre les deux échantillons français normatifs permettra une fusion de ces deux groupes ($N=209$)¹⁸.

¹⁷ Variables représentées dans le tableau relatif aux statistiques descriptives représentant l'ensemble de variable retirer grâce la séquence de cotation : nombre de réponses R ; La localisation : W, D, Dd, S ; La qualité de développement : DQ+, DQo, DQv, DQv/+, FQx+, FQxo, FQxu, FQxnone, MQ+, MQo, MQu, MQ-, MQ none, S-. Déterminante de réponse : M, FM, FM+m, FC, CF, C, Sum, Color, WsunC, SumC', Sum T, SumV, SumY, SumSha, Fr+rf, FD, F ; réponse paire :(2) ; 3r+(2)/R, Lambda, F%, EA, es, D score, AdjD, a (actif), p (passif), Ma, Mp. Intellect ; le score Z : Zf, Zd ; Blends, Blends/R, Col-ShdBlends, Afr, PC%, La banalité : Populars ; XA%, WDA%, X+%, X-%, Xu%, Isolate/R. Le Contenu de réponse : H, (H), Hd, (Hd), Hx, All HCont, A, (A), Ad, (Ad), An, Art, Ay, Bl, Bt, Cg, Cl, Fi, Food, Ge, h, Ls, Na, Sc, Sx, Xy. Les cotations spéciales : Idio, DV, INCOM, DR, FABCOM, DV2, INC2, DR2, FAB2, ALOG, CONTAM, Sum6, SpSc, Lvl 2 SpSc, Wsum6, AB, AG, COP, CP, GHR, PHR, MOR, PER, PSV.

¹⁸ Échantillon normatif français ($N=146$) de Sultan et al. (2004) +l'échantillon de notre thèse ($N=63$)

(B)

Il y a une différence statistiquement significative dans les expressions de normes de référence, entre l'échantillon américain de référence d'Exner 2003 (N=350) et les deux échantillons combinés d'adultes normatifs (N=209)]¹⁹ concernant les variables suivantes : R, Lambda, XA%, X-%, SumT, Fr+rF, es, SumShading, M, WSumC, WSum6²⁰.

Une fois les deux échantillons français assemblés (N=209) il sera comparé avec les résultats obtenus par Exner (2003) dans l'échantillon américain (N=350). Plus précisément, nous comparerons les résultats obtenus aux variables suivantes²¹ : la qualité formelle cotée selon les tables américaines de qualité formelle (XA%, X-%) ; La somme des réponses estompées (SumSh) ; les réponses des mouvements humains (M).

Opérationnalisation de l'hypothèse spécifique 1 : troubles dépressifs (DEPI)

En ce qui concerne les affections affectives, nous nous attendons à ce que l'indice de dépression DEPI de Rorschach Système Intégré soit capable d'identifier la dépression et le groupe dépressif.

Pour mesurer cet aspect, nous avons utilisé l'indice DEPI du Rorschach Système Intégré (Exner, 1993). Nous attendons ainsi qu'il ait une différence statistiquement significative

¹⁹ En appliquant le test statistique de d de Cohen qui permet de caractériser la magnitude d'un effet associé dans une population donnée par rapport à une hypothèse nulle. Le non existence de différences significatives entre les deux échantillons français non-consultants (N= 63+ N=146) permettra une fusion de ces deux groupes afin de comparer leurs résultats avec ceux obtenus par Exner (2003) dans l'échantillon américain. Plus précisément, nous comparerons les résultats obtenus aux variables pour lesquelles Sultan et al (2004) repèrent une différence significative avec l'échantillon normatif d'Exner 2003 concernant les variables suivantes : La qualité formelle cotée selon les tables américaines de qualité formelle (XA%, X-%) ; La somme des réponses estompées (SumSha) ; les réponses des mouvements humains (M).

²⁰ Les variables sont les suivantes : Nombre totale de réponse (R) ; Nombre de réponse purement formelle (Lambda) ; La qualité formelle cotée selon les tables de qualité formelle américaines (XA%, X-%) ; La somme des réponses estompées texture (SumT) ; les réponses reflets (Fr+rF) ; Expérience de stimulation (es) ; la somme des réponses estompées (SumSha) ; les réponses des mouvements humains (M) ; La somme totale de réponse couleur WSumC, la somme totale de cotation spéciale WSum6.

²¹ Le choix de telles variables repose sur celles que Sultan et al (2004) ont repérées une différence significative avec l'échantillon normatif d'Exner 2003.

($p < 0,01$) entre le score de l'indice dépression de Rorschach Système Intégré (DEPI) du groupe d'adultes normatifs (non dépressifs) et de celui du groupe d'adultes cliniquement dépressifs.

Autrement dit, le pourcentage des sujets avec un indice DEPI positif est plus élevé dans le groupe d'adultes dépressifs que dans le groupe non dépressif.

Opérationnalisation hypothèse spécifique 2 : troubles dépressifs (CDI)

Pour rappel, en ce qui concerne les troubles d'adaptation, nous supposons que si le groupe dépressif n'est pas identifié par l'indice de dépression (DEPI) de Rorschach Système Intégré, alors il sera identifié par l'indice d'incompétence sociale (CDI).

Nous attendons avoir une différence statistiquement significative entre le score de l'indice d'incompétence sociale de Rorschach Système Intégré (CDI) obtenus par le groupe d'adultes normatifs / non dépressifs et le groupe d'adultes cliniquement dépressifs.

En d'autres termes, le pourcentage de sujets avec un indice CDI positif est plus élevé dans le groupe dépressif que dans le groupe non dépressif.

Opérationnalisation hypothèse spécifique 3 : le style de personnalité actif-passif (a : p)

Nous présumons que les rôles pris par les participants (héros du récit) dans les quatre situations représentées dans les planches du T.A.T., seront cohérents avec les rôles adoptés par les participants.

Pour mesurer cet aspect, nous avons utilisé les images 1, 2, 4 et 8BM du TAT (Murray, 1943). Les personnes de l'échantillon normatif dont le résultat indique un style de personnalité $p > a+1$ ²² au Rorschach Système Intégré auront aussi un score élevé de réponses passives dans les rôles pris par les participants (héros de récit) aux histoires racontées aux quatre images du T.A.T.

Opérationnalisation hypothèse spécifique 4: l'aspect narcissique

Pour rappel, notre hypothèse spécifique 4 concerne l'aspect narcissique de la personnalité capté par les réponses reflets ($Fr+ rF > 0$).

Selon le Rorschach Système Intégré, les réponses reflets ($Fr+ rF > 0$) signifient une tendance marquée chez le sujet à hypertrophier sa valeur personnelle (Exner, 1991, 1993; Weiner, 1991 ; Exner, 1991).

Ainsi, chez les personnes de l'échantillon normatif qui ont des réponses reflets ($Fr+ rF > 0$) au test de Rorschach, nous nous attendons à trouver cette signification clinique dans leurs réponses sur le questionnaire de SF-SC (*Self-focus Sentence Completion*). Cela veut dire que les individus qui ont des réponses reflets ($Fr+ rF > 0$) auront un score plus élevé de réponses S (se concentrer sur soi²³) par rapport au nombre de réponses A (se concentrer sur les autres) au formulaire de SF-SC.

²² Le style de personnalité $p > a+1$ renvoie à une tendance chez le sujet à assumer un rôle plutôt passif dans les relations interpersonnelles. Nous supposons que ce type de personnalité se manifeste de manière similaire dans les rôles pris par les participants (héros de récit) dans leurs histoires de T.A.T.

²³ Dans la méthode de cotation préconisée par Exner (1973) pour l'interprétation de SF-SC : il utilise le signe (S) comme code pour les réponses centrées sur soi (« je me fais du souci...pour mon avenir ») et le signe (A) comme code pour les réponses centrées sur autrui (« je me fais du souci... pour les sans-abri »).

PARTIE III : RESULTATS

Ce chapitre consacré aux résultats, nous commençons par présenter les données socio-démographiques de notre population, plus spécifiquement de nos deux échantillons normatif et dépressif : âge, sexe, niveau d'étude, région géographique.

Dans un deuxième temps, nous présentons les analyses statistiques décrivant la spécificité des échantillons normatifs français ; ainsi qu'une comparaison entre les échantillons de notre étude et celui de Sultan et al. (2004). Ensuite, nous comparons l'ensemble des deux échantillons français (notre thèse + Sultan) avec les normes de l'échantillon américain.

Dans un troisième temps, nous exposons l'étude de la capacité de l'indice DEPI à identifier les sujets dépressifs.

Dans un quatrième temps, nous investiguons la capacité de l'indice CDI à identifier les sujets dépressifs.

Dans un cinquième temps, nous cherchons à vérifier la fiabilité du style de la personnalité passive du Rorschach Système Intégré ($p < a+1$) au moyen du T.A.T.

Dans un sixième temps, nous vérifions la fiabilité des réponses reflet du Rorschach Système Intégré pour capter l'aspect narcissique de la personnalité.

Enfin, dans un septième temps, nous concluons par une présentation d'analyses exploratoires en lien avec les variables et les indices du Rorschach Système Intégré et leur capacité à diagnostiquer les sujets souffrant de troubles dépressifs.

1. Population

1.1. Description sociodémographique des échantillons dépressif et normatif

Échantillon normatif

Soixante-dix participants ont participé à notre étude. Sept protocoles ne respectaient pas les conditions nécessaires pour considérer le(a) participant(e) comme normatifs ont été exclus ; réduisant ainsi notre échantillon à 63 sujets. Ils étaient âgés en moyenne de 29 ans (ET=10,99), dont 18% sont des hommes et 82% sont des femmes (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : Analyses descriptives des données sociodémographiques des sujets normatifs (n = 63).

		Effectif	Pourcentage
Sexe	Femme	52	82 %
	Homme	11	18%
Âge	20-25	33	52,38%
	26-35	20	31,74%
	36-45	4	6,34%
	46-55	3	4,76%
	56-65	3	4,76%
Langue maternelle	Française	63	100%
Niveau d'étude	Jusqu'à Bac	1	1,58%
	Niveau Bac	18	28,57%
	Jusqu'à Bac +3	14	22,22%
	Bac +4 et plus	30	47,61%
Origine géographique	Île de France	50	79,39%
	Dijon	13	20,36%
Total		63	100%

Échantillon dépressif

Trente-deux sujets ont rempli les critères d'inclusion et d'exclusion et ont été diagnostiqués en tant que dépressifs selon le CIM 10. Toutefois, notre échantillon est constitué de 27 sujets car cinq protocoles du Rorschach Système Intégré ne comptaient pas le nombre minimum nécessaire de réponses, (selon Exner) à savoir ≥ 14 réponses²⁴. Notre échantillon dépressif se compose donc de 27 patients dépressifs, avec une moyenne d'âge de 44 ans (ET=10,56), dont 22% sont des hommes et 78% sont des femmes (cf. Tableau 3).

Les sujets de nos deux échantillons normatif et dépressif parlent la française comme langue maternelle ; puisque ceci était l'un des critères d'inclusion.

Tableau 3 : Analyses descriptives des données sociodémographiques des sujets dépressifs (n=27)

		Effectif	Pourcentage
Sexe	Femme	21	78%
	Homme	6	22%
Âge	20-25	0	0%
	26-35	7	25,92%
	36-45	8	29,62%
	46-55	9	33,33%
	56-65	3	11,11%
Niveau d'étude	Jusqu'à Bac	12	44,44%
	Niveau Bac	10	37,03%
	Jusqu'à Bac +3	2	7,40%
	Bac +4 et plus	3	11,11%
Langue maternelle	Française	27	100%
Origine géographique	Île de France	27	100%
Total		27	100%

²⁴ Dans l'Annexe 8 figure un Exemple de protocole de Rorschach pour l'échantillon dépressif.

Nous voulions vérifier s'il y avait une différence entre les deux échantillons au niveau de l'âge des sujets et du nombre de leurs années d'études. Pour cela, nous avons réalisé un test de *Student*.

Les résultats indiquent que les deux échantillons sont statistiquement différents en ce qui concerne leur âge ($t(88) = -6,03, p = .0001$) et leur nombre d'années d'études ($t(88) = 6,54, p = .0001$).

Les sujets de l'échantillon normatif sont plus jeunes ($M = 28,9 ; ET = 11,09$) que ceux de l'échantillon dépressif ($M = 44,11 ; ET = 10,77$) et les sujets de l'échantillon normatif ont en moyenne fait plus d'études ($M = 6,98 ; ET = 2,08$) que ceux de l'échantillon dépressif ($M = 3,81 ; ET = 2,17$).

2. Statistiques descriptives

Dans la partie qui suit, nous présentons les analyses statistiques décrivant la spécificité des échantillons normatifs français et leur différence avec l'échantillon américain de Exner (1993).

2.1. Statistiques descriptives de l'échantillon normatif (n = 63).

Les résultats montrent que notre échantillon normatif est constitué plutôt de jeunes avec une moyenne de 29 ans.

L'échantillon était investi dans la tâche de répondre au test avec un $R=23,97$. La majorité des réponses sont des réponses avec une localisation totale $W=44,21\%$ de l'ensemble des localisations (W, D, Dd, S).

La majorité des réponses ont une qualité de développement ordinaire avec un pourcentage $o = 62,57\%$ sur l'ensemble des qualités de développement ($DQ+, DQo, DQv, DQv/+$), un pourcentage de qualité formelle ordinaire $FQxo = 46,86\%$, une moyenne élevée de réponses avec un contenu humain : $H=7,16$, ainsi que des réponses comportant un contenu animal $A=11,5$.

Tableau 4 : Analyses descriptives de l'échantillon normatif (n=63)

	M ²⁵	ET	Min	Max	Fréq	Mé- diane	Mode	SK	KU
Âge	29	11	19	66	63	25	23	1,9	3,45
R	23,97	4,6	15	36	63	24	25	0,42	-0,01
W	12,29	4,4	3	22	63	12	11	-0,04	-0,33
D	9,24	4,55	1	20	63	9	6	0,2	-0,8
Dd	2,44	2,18	0	10	52	2	2	1,41	2,52
S	3,84	1,81	0	9	62	4	4	0,28	0,12
DQ+	7,83	3,13	2	15	63	8	8	0,18	-0,46

²⁵ M : moyenne, ET : écart type, la Fréquence, Médiante, le mode, SK : *skewness*, KU : *kurtosis*.

Dqo	15,14	5,04	5	26	63	14	13	0,42	-0,41
DQv	0,81	0,96	0	4	33	1	0	1,18	1,03
DQv/+	0,19	0,59	0	4	9	0	0	4,75	27,87
FQx+	0,29	0,66	0	3	13	0	0	2,78	8,22
FQxo	11,24	3,17	3	20	63	11	9	0,38	0,3
FQxu	5,05	2,53	1	12	63	5	6	0,57	0,08
FQx-	6,86	3,07	1	15	63	7	5	0,4	-0,1
Fqxnnone	0,54	0,71	0	2	26	0	0	0,95	-0,4
MQ+	0,25	0,59	0	3	12	0	0	2,71	7,98
MQo	2,75	1,92	0	8	57	3	3	0,69	0,14
MQu	0,76	1,03	0	5	30	0	0	1,7	3,68
MQ-	1,51	1,5	0	5	42	1	0	0,72	-0,64
MQnone	0,05	0,21	0	1	3	0	0	4,35	17,5
S-	2,17	1,44	0	7	55	2	2	0,58	0,78
M	5,32	3,03	0	14	61	5	4	0,76	0,42
FM	3,56	1,55	0	7	62	3	3	0,12	-0,16
M	2,29	1,74	0	9	53	2	1	0,98	2,21
FM+m	5,84	2,57	2	14	63	6	5	0,67	0,43
FC	2,17	1,49	0	6	54	2	3	0,42	-0,24
CF	2,24	1,51	0	6	55	2	2	0,42	-0,44
C	0,7	0,89	0	4	31	0	0	1,49	2,48
SumColor	5,11	2,11	0	9	62	5	6	-0,38	-0,45
WsumC	4,37	2,12	0	9	62	4,5	4,5	0,07	-0,44
SumC'	1,51	1,28	0	5	47	1	1	0,58	-0,46
SumT	0,73	0,97	0	4	28	0	0	1,23	0,97
SumV	1,73	1,71	0	8	46	1	0	1,28	1,97
SumY	1,68	1,53	0	5	47	1	1	0,73	-0,53
SumSha	5,65	3,01	0	13	61	5	8	0,22	-0,47
Fr+Rf	0,49	0,86	0	4	20	0	0	2	4,2
FD	1,13	1,22	0	6	43	1	1	1,82	4,3
F	7,95	3,99	0	20	62	7	5	0,61	0,31
(2)	6,54	3,06	0	15	61	6	6	0,2	0,13
3r+(2)/R	0,34	0,14	0	0,71	62	0,34	0,52	0,16	0,32
Lambda	0,55	0,37	0	1,78	62	0,47	0,33	1,35	2,04
F%	0,33	0,14	0	0,64	62	0,32	0,25	0,14	-0,07
EA	9,69	3,86	2	20	63	9,5	7	0,57	0,32
Es	11,49	4,58	4	25	63	11	7	0,61	-0,01
D score	-0,59	1,74	-6	4	9	0	0	-0,44	1,6
AdjD	0,14	1,41	-4	4	16	0	0	0,52	1,72
a (active)	5,54	2,93	1	13	63	5	6	0,64	-0,15
p (passive)	5,83	2,8	0	14	61	6	6	0,79	1,16
Ma	2,19	1,79	0	7	50	2	2	0,62	-0,26
Mp	3,03	2,06	0	8	57	3	2	0,59	-0,19
Intellect	4,11	3,55	0	22	61	3	3	2,47	9,51
Zf	15,56	4,16	6	27	63	15	15	0,07	0,17
Zd	0,33	4,97	-11	11	35	1	1	-0,21	-0,06
Blends	6,24	3,23	0	14	62	6	7	0,26	-0,25

Blends/R	0,27	0,14	0	0,63	62	0,25	0,2	0,52	-0,07
Col-ShdBlends	1,24	1,17	0	5	42	1	0	0,81	0,41
Afr	0,5	0,15	0,18	0,83	63	0,47	0,47	0,32	-0,12
PC%	0,33	0,07	0,15	0,45	63	0,32	0,32	-0,23	0,03
Populars	6,03	1,69	3	12	63	6	7	0,57	1,12
XA%	0,69	0,12	0,48	0,94	63	0,72	0,84	-0,03	-1,07
WDA%	0,73	0,12	0,52	0,95	63	0,74	0,63	-0,01	-1,04
X+%	0,48	0,11	0,31	0,77	63	0,48	0,5	0,61	-0,03
X-%	0,29	0,12	0,05	0,5	63	0,27	0,16	0,1	-1,07
Xu%	0,21	0,08	0,05	0,44	63	0,2	0,19	0,15	-0,01
Isolate/R	0,19	0,11	0	0,58	62	0,17	0,14	0,85	1,07
H	2,6	1,82	0	7	56	2	2	0,6	-0,28
(H)	1,29	1,35	0	6	42	1	0	1,41	2,34
Hd	2,08	1,74	0	7	51	2	2	0,95	0,54
(Hd)	1,19	0,93	0	3	46	1	1	0,22	-0,88
Hx	0,32	0,64	0	3	15	0	0	2,23	5,02
All H Cont	7,16	3,21	1	18	63	7	8	0,81	1,55
A	7,6	2,2	4	13	63	8	9	0,48	0,14
(A)	0,3	0,53	0	2	17	0	0	1,55	1,56
Ad	2,98	1,86	0	8	60	3	2	0,78	0,4
(Ad)	0,1	0,3	0	1	6	0	0	2,83	6,18
An	1,3	1,46	0	6	42	1	1	1,53	2,32
Art	2,08	1,68	0	8	52	2	1	0,99	1,46
Ay	0,98	0,96	0	4	40	1	1	0,83	0,38
Bl	0,32	0,64	0	3	15	0	0	2,23	5,02
Bt	1,63	1,46	0	6	47	1	1	0,73	-0,19
Cg	3	2,12	0	10	59	2	2	1	0,97
Cl	0,11	0,32	0	1	7	0	0	2,54	4,57
Exner	0,35	0,6	0	3	19	0	0	2	5,15
Fi	0,41	0,66	0	3	21	0	0	1,7	3,01
Food	0,27	0,48	0	2	16	0	0	1,5	1,28
Ge	0,21	0,48	0	2	11	0	0	2,34	4,97
Hh	0,76	0,98	0	4	32	1	0	1,46	1,74
Ls	0,92	0,96	0	4	37	1	0	0,85	0,37
Na	0,84	0,97	0	5	37	1	1	1,75	4,62
Sc	1,37	1,29	0	5	45	1	1	0,87	0,02
Sx	0,98	1,31	0	7	34	1	0	2,23	7,05
Xy	0,51	1,18	0	8	19	0	0	4,56	26,69
Idio	0,75	1,08	0	5	28	0	0	1,81	3,74
DV	0,52	0,9	0	5	22	0	0	2,5	8,97
INCOM	1,27	1,22	0	4	42	1	0	0,72	-0,41
DR	0,4	0,64	0	3	21	0	0	1,76	3,64
FABCOM	1,08	1,22	0	5	36	1	0	1,1	0,79
DV2	0	0	0	0	0	0	0		
INC2	0,24	0,5	0	2	13	0	0	2,03	3,49
DR2	0,11	0,57	0	4	3	0	0	5,92	37,28

FAB2	0,33	0,67	0	3	15	0	0	2,12	4,17
ALOG	0,29	0,71	0	3	11	0	0	2,66	6,63
CONTAM	0,11	0,36	0	2	6	0	0	3,51	12,87
Sum 6 SpSc	4,35	3,06	0	14	60	4	4	0,91	0,91
Lvl 2 SpSc	0,68	1	0	4	26	0	0	1,59	2,35
Wsum6	14,73	12,06	0	57	60	12	2	1,07	1,25
AB	0,52	1,32	0	8	16	0	0	3,92	18,13
AG	1,16	1,35	0	5	35	1	0	1,13	0,76
COP	1,17	1,14	0	4	44	1	1	1,12	0,82
CP	0	0	0	0	0	0	0		
GHR	3,51	2,12	0	9	60	3	3	0,46	-0,48
PHR	4,63	2,73	0	11	62	4	5	0,61	-0,29
MOR	1,49	1,44	0	7	47	1	1	1,3	2,19
PER	0,43	0,89	0	4	16	0	0	2,4	5,48
PSV	0,16	0,41	0	2	9	0	0	2,61	6,64

2.2. Comparaison entre les échantillons normatifs français de notre recherche et de celle de Sultan et al. (2004)

Nous souhaitons déterminer si les sujets de l'échantillon normatif français de notre étude et les sujets de l'échantillon normatif français de l'étude de Sultan et al. (2004) répondaient de façon similaire à un ensemble de variables : celles représentées dans le tableau relatif aux statistiques descriptives représentant l'ensemble de variable retirée grâce la séquence de cotation.

Pour cela, nous avons réalisé des analyses de comparaison du d de Cohen (cf. Tableau 5). Les résultats montrent qu'entre notre échantillon et l'échantillon normatif français de Sultan et al. (2004) il y a :

1- Une grande différence d de Cohen concernant la variable âge avec une moyenne plus élevée dans l'échantillon de Sultan et al. Ainsi notre échantillon est constitué de sujets plus jeunes que ceux de l'étude de Sultan et al. (2004).

2- Une grande différence d de Cohen pour les variables suivantes (*SQual*-, somme de réponses *Vista*), avec une moyenne plus élevée dans notre échantillon que dans celui de Sultan et al.

3- Une différence de valeur moyenne de *d* de Cohen qui porte sur les variables suivantes (W, S, DQ, FQx-, MQ-, M, EA, p (passive), Mp, Zf, X-%, INCOM, FABCOM, Sum 6 SpSc, Wsum6, PHR, XA%, WDA%, X+%)

Tableau 5 : Analyses descriptives et statistiques de test (*d* de Cohen) en lien avec l'échantillon normatif de notre étude (n=63) et l'échantillon normatif de l'étude de Sultan et al. (2004) (n=146).

VA-RIABLE	M	ET	MIN	MAX	Fréq	Mé-diane	Mod e	SK	KU	<i>d de Cohen</i> ²⁶
AGE	29	11	19	66	63	25	23	1,9	3,45	-0,78***
AGE	38	12,06	20	64	146	36,5	24	0,31	-1,05	
R	23,97	4,6	15	36	63	24	25	0,42	-0,01	0,17*
R	22,97	7,05	14	59	146	21	18	2,08	6,64	
W	12,29	4,4	3	22	63	12	11	-0,04	-0,33	0,45**
W	10,18	4,93	1	34	146	10	10	1,49	4,17	
D	9,24	4,55	1	20	63	9	6	0,2	-0,8	-0,14*
D	9,99	6,09	1	40	146	9	6	1,5	4,42	
Dd	2,44	2,18	0	10	52	2	2	1,41	2,52	-0,15*
Dd	2,8	[2,50]	0	16	126	2	2	1,84	5,56	
S	3,84	1,81	0	9	62	4	4	0,28	0,12	0,50**
S	2,9	[1,97]	0	10	135	3	2	0,9	0,91	
DQ+	7,83	3,13	2	15	63	8	8	0,18	-0,46	0,55**
DQ+	6,02	3,45	1	17	146	5	5	0,88	0,64	
DQo	15,14	5,04	5	26	63	14	13	0,42	-0,41	-0,06*
DQo	15,49	5,78	5	43	146	15	11	1,19	2,97	
DQv	0,81	0,96	0	4	33	1	0	1,18	1,03	-0,28*
DQv	1,21	[1,85]	0	14	76	1	0	3,27	16,61	
DQv/+	0,19	0,59	0	4	9	0	0	4,75	27,87	-0,10*
DQv/+	0,25	[0,66]	0	4	24	0	0	3,33	12,31	
FQx+	0,29	0,66	0	3	13	0	0	2,78	8,22	-0,13*
FQx+	0,4	[1,07]	0	8	29	0	0	3,98	20,17	
FQxo	11,24	3,17	3	20	63	11	9	0,38	0,3	-0,12*
FQxo	11,66	3,57	2	25	146	11,5	12	0,49	1,23	
FQxu	5,05	2,53	1	12	63	5	6	0,57	0,08	-0,05*
FQxu	5,2	3,58	0	23	144	4	3	2,07	7,16	

²⁶ Le calcul du *d* de Cohen (1992) permet d'avoir des indications sur les tailles d'effet. Il est utilisé pour des comparaisons de différences entre échantillons indépendants. Lorsqu'on se réfère à la classification de Cohen pour les tailles d'effet : (*) 0,20 est qualifiée de « petite » différence ; (**) 0,50 de « moyenne » différence ; (***) 0,80 de « grande » différence.

FQx-	6,86	3,07	1	15	63	7	5	0,4	-0,1	0,55**
FQx-	5,24	2,79	0	13	145	5	5	0,61	0,05	
FQxnone	0,54	0,71	0	2	26	0	0	0,95	-0,4	0,11*
FQxNone	0,46	[0,78]	0	4	48	0	0	1,99	4,24	
MQ+	0,25	0,59	0	3	12	0	0	2,71	7,98	0,02*
MQ+	0,24	[0,67]	0	4	23	0	0	3,63	15,11	
MQo	2,75	1,92	0	8	57	3	3	0,69	0,14	0,26*
MQo	2,29	1,68	0	7	124	2	2	0,62	-0,06	
MQu	0,76	1,03	0	5	30	0	0	1,7	3,68	0,31*
MQu	0,49	0,73	0	3	53	0	0	1,22	0,42	
MQ-	1,51	1,5	0	5	42	1	0	0,72	-0,64	0,58**
MQ-	0,76	[1,08]	0	6	66	0	0	1,83	4,15	
MQnone	0,05	0,21	0	1	3	0	0	4,35	17,5	0,00*
MQNone	0,05	[0,24]	0	2	6	0	0	5,61	34,44	
S-	2,17	1,44	0	7	55	2	2	0,58	0,78	0,74***
SQual-	1,16	[1,28]	0	6	88	1	0	1,22	1,44	
M	5,32	3,03	0	14	61	5	4	0,76	0,42	0,53**
M	3,83	2,57	0	11	135	3	2	0,72	0,23	
FM	3,56	1,55	0	7	62	3	3	0,12	-0,16	0,02*
FM	3,53	2,11	0	10	140	3	4	0,74	0,55	
m	2,29	1,74	0	9	53	2	1	0,98	2,21	0,36*
m	1,68	1,66	0	8	104	1	0	1,26	1,98	
FM+m	5,84	2,57	2	14	63	6	5	0,67	0,43	0,23*
FM+m	5,22	2,87	0	15	144	4	4	0,92	0,82	
FC	2,17	1,49	0	6	54	2	3	0,42	-0,24	-0,14*
Fc	2,42	1,97	0	9	128	2	1	0,86	0,48	
CF	2,24	1,51	0	6	55	2	2	0,42	-0,44	0,24*
CF	1,86	1,65	0	10	114	2	1	1,3	3,23	
C	0,7	0,89	0	4	31	0	0	1,49	2,48	0,22*
C	0,52	[0,75]	0	4	58	0	0	1,64	3,24	
Cn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-0,25*
Cn	0,01	[0,08]	0	1	1	0	0	12,08	146	
Sum										
Color	5,11	2,11	0	9	62	5	6	-0,38	-0,45	0,12*
Sum										
Color	4,8	2,97	0	22	140	4	4	1,73	7,41	
WsumC	4,37	2,12	0	9	62	4,5	4,5	0,07	-0,44	0,22*
WSumC	3,85	2,63	0	20	140	3,5	3	1,95	9,03	
SumC'	1,51	1,28	0	5	47	1	1	0,58	-0,46	-0,32*
Sum C'	2	[1,76]	0	8	112	2	0	0,91	0,67	
SumT	0,73	0,97	0	4	28	0	0	1,23	0,97	-0,05*
Sum T	0,78	[1,05]	0	5	68	0	0	1,45	1,83	
SumV	1,73	1,71	0	8	46	1	0	1,28	1,97	0,72***
Sum V	0,75	[1,03]	0	4	67	0	0	1,45	1,53	
SumY	1,68	1,53	0	5	47	1	1	0,73	-0,53	0,17*
SumY	1,4	[1,68]	0	11	90	1	0	2,03	6,96	

Sum										
Shad	5,65	3,01	0	13	61	5	8	0,22	-0,47	0,21*
Sum										
Shad	4,94	3,62	0	22	138	4	4	1,36	3,11	
Fr+rF	0,49	0,86	0	4	20	0	0	2	4,2	0,07*
Fr+rF	0,43	[0,79]	0	5	44	0	0	2,42	8,1	
FD	1,13	1,22	0	6	43	1	1	1,82	4,3	0,09*
FD	1,02	[1,10]	0	4	87	1	0	0,98	0,21	
F	7,95	3,99	0	20	62	7	5	0,61	0,31	-0,14*
F	8,58	4,92	0	36	145	8	9	1,49	5,82	
paire(2)	6,54	3,06	0	15	61	6	6	0,2	0,13	0,20*
paire	5,88	3,57	1	21	146	5	3	1,28	2,38	
3r+(2)/R	0,34	0,14	0	0,71	62	0,34	0,52	0,16	0,32	0,21*
3r+(2)/R	0,31	0,14	0,04	0,76	146	0,3	0,33	0,57	0,05	
Lambda	0,55	0,37	0	1,78	62	0,47	0,33	1,35	2,04	-0,32*
Lambda	0,69	0,5	0	3,4	145	0,61	0,5	1,72	5,47	
F%	0,33	0,14	0	0,64	62	0,32	0,25	0,14	-0,07	-1,99***
F%	66	66	66	66	66	66	66	66	66	
EA	9,69	3,86	2	20	63	9,5	7	0,57	0,32	0,51**
EA	7,67	4,07	0	23	145	7	6	0,8	1	
es	11,49	4,58	4	25	63	11	7	0,61	-0,01	0,28*
es	10,16	5,09	1	33	146	9	8	1,38	3,22	
D score	-0,59	1,74	-6	4	9	0	0	-0,44	1,6	0,09*
D Score	-0,73	1,49	-6	4	90	-0,5	0	-0,6	2,29	
AdjD	0,14	1,41	-4	4	16	0	0	0,52	1,72	0,23*
AdjD	-0,16	1,24	-3	4	74	0	0	0,22	1,47	
a (active)	5,54	2,93	1	13	63	5	6	0,64	-0,15	0,32*
a (active)	4,64	2,78	0	14	144	4	5	0,7	0,23	
p (pas-										
sive)	5,83	2,8	0	14	61	6	6	0,79	1,16	0,46**
p (pas-										
sive)	4,49	2,97	0	13	142	4	2	0,87	0,35	
Ma	2,19	1,79	0	7	50	2	2	0,62	-0,26	0,17*
Ma	1,9	1,67	0	8	115	2	1	1,17	1,83	
Mp	3,03	2,06	0	8	57	3	2	0,59	-0,19	0,54**
Mp	1,97	1,83	0	8	109	2	0	1	0,78	
Intellect	4,11	3,55	0	22	61	3	3	2,47	9,51	0,16*
Intellect	3,6	2,99	0	16	125	3	3	1,23	2,35	
Zf	15,56	4,16	6	27	63	15	15	0,07	0,17	0,51**
Zf	13,29	4,78	4	30	146	12,5	12	0,86	1,21	
Zd	0,33	4,97	-11	11	35	1	1	-0,21	-0,06	0,37*
Zd	-1,47	4,7	-12,5	9,5	137	-1,5	-1,5	-0,04	-0,24	
Blends	6,24	3,23	0	14	62	6	7	0,26	-0,25	0,45*
Blends	4,79	3,16	0	15	139	4	3	0,92	0,56	
Blends/R	0,27	0,14	0	0,63	62	0,25	0,2	0,52	-0,07	0,43*
Blends/R	0,21	0,14	0	0,67	139	0,19	0,17	0,91	0,89	

Col-Shd										
Blends	1,24	1,17	0	5	42	1	0	0,81	0,41	0,37*
Col-Shd										
Blends	0,81	[1,15]	0	6	68	0	0	1,83	3,76	
Afr	0,5	0,15	0,18	0,83	63	0,47	0,47	0,32	-0,12	-0,19*
Afr	0,53	0,17	0,23	1,1	146	0,5	0,5	0,9	0,89	
PC%	0,33	0,07	0,15	0,45	63	0,32	0,32	-0,23	0,03	0
PC%	0,66	0,66	0,66	0,66	0,66	0,66	0,66	0,66	0,66	
Populars	6,03	1,69	3	12	63	6	7	0,57	1,12	0,21*
Populars	5,65	1,86	1	11	146	6	6	0,1	0,35	
XA%	0,69	0,12	0,48	0,94	63	0,72	0,84	-0,03	-1,07	-0,55**
XA%	0,75	0,1	0,38	1	146	0,76	0,78	-0,39	0,78	
WDA%	0,73	0,12	0,52	0,95	63	0,74	0,63	-0,01	-1,04	-0,55**
WDA%	0,79	0,1	0,4	1	146	0,8	0,85	-0,64	0,82	
X+%	0,48	0,11	0,31	0,77	63	0,48	0,5	0,61	-0,03	-0,50**
X+%	0,54	0,13	0,17	0,87	146	0,54	0,5	0	0,15	
X-%	0,29	0,12	0,05	0,5	63	0,27	0,16	0,1	-1,07	0,55**
X-%	0,23	0,1	0	0,63	145	0,22	0,22	0,65	1,3	
Xu%	0,21	0,08	0,05	0,44	63	0,2	0,19	0,15	-0,01	-0,11*
Xu%	0,22	0,1	0	0,45	144	0,21	0,21	0,33	-0,29	
Isolate/R	0,19	0,11	0	0,58	62	0,17	0,14	0,85	1,07	0,09*
Isolate/R	0,18	0,12	0	0,57	142	0,17	0,05	0,93	0,9	
H	2,6	1,82	0	7	56	2	2	0,6	-0,28	0,16*
H	2,31	1,81	0	9	133	2	1	1,36	2,17	
(H)	1,29	1,35	0	6	42	1	0	1,41	2,34	0,08*
(H)	1,19	1,15	0	5	99	1	1	0,98	0,74	
Hd	2,08	1,74	0	7	51	2	2	0,95	0,54	0,24*
Hd	1,7	[1,46]	0	6	111	1	1	0,74	0,02	
(Hd)	1,19	0,93	0	3	46	1	1	0,22	-0,88	0,36*
(Hd)	0,85	[0,98]	0	4	78	1	0	1,05	0,48	
Hx	0,32	0,64	0	3	15	0	0	2,23	5,02	0,11*
Hx	0,25	[0,58]	0	3	27	0	0	2,67	7,53	
All H										
Cont	7,16	3,21	1	18	63	7	8	0,81	1,55	0,36**
ALL H										
Cont	6,06	2,88	1	15	146	5,5	5	0,44	-0,07	
A	7,6	2,2	4	13	63	8	9	0,48	0,14	0,09*
A	7,38	2,86	2	17	146	7	6	0,95	1,13	
(A)	0,3	0,53	0	2	17	0	0	1,55	1,56	0,00*
(A)	0,3	[0,54]	0	3	38	0	0	1,94	4,37	
Ad	2,98	1,86	0	8	60	3	2	0,78	0,4	0,13*
Ad	2,73	[2,02]	0	12	139	2	1	1,66	4,1	
(Ad)	0,1	0,3	0	1	6	0	0	2,83	6,18	-0,24*
(Ad)	0,19	[0,46]	0	2	24	0	0	2,4	5,23	
An	1,3	1,46	0	6	42	1	1	1,53	2,32	0,02*

An	1,27	[1,35]	0	6	94	1	0	1,17	1,07	
Art	2,08	1,68	0	8	52	2	1	0,99	1,46	0,01*
Art	2,06	1,9	0	12	108	2	0	1,35	4,07	
Ay	0,98	0,96	0	4	40	1	1	0,83	0,38	0,03*
Ay	0,95	[1,27]	0	6	74	1	0	1,78	3,68	
Bl	0,32	0,64	0	3	15	0	0	2,23	5,02	0,02*
Bl	0,31	[0,56]	0	3	39	0	0	1,89	3,91	
Bt	1,63	1,46	0	6	47	1	1	0,73	-0,19	0,20*
Bt	1,34	1,4	0	7	101	1	1	1,57	3,24	
Cg	3	2,12	0	10	59	2	2	1	0,97	0,32*
Cg	2,34	2,06	0	10	117	2	1	1,09	1,32	
Cl	0,11	0,32	0	1	7	0	0	2,54	4,57	-0,06*
Cl	0,13	[0,38]	0	2	17	0	0	2,97	8,8	
Ex	0,35	0,6	0	3	19	0	0	2	5,15	-0,02*
Ex	0,36	[0,59]	0	3	46	0	0	1,59	2,59	
Fi	0,41	0,66	0	3	21	0	0	1,7	3,01	-0,06*
Fi	0,45	[0,70]	0	4	53	0	0	1,85	4,74	
Food	0,27	0,48	0	2	16	0	0	1,5	1,28	-0,18*
Food	0,38	[0,74]	0	4	40	0	0	2,62	8,21	
Ge	0,21	0,48	0	2	11	0	0	2,34	4,97	-0,39**
Ge	0,45	[0,75]	0	3	48	0	0	1,78	2,85	
Hh	0,76	0,98	0	4	32	1	0	1,46	1,74	0,18*
Hh	0,59	0,9	0	5	58	0	0	1,94	4,75	
Ls	0,92	0,96	0	4	37	1	0	0,85	0,37	0,08*
Ls	0,84	1,01	0	5	76	1	0	1,22	1,46	
Na	0,84	0,97	0	5	37	1	1	1,75	4,62	0,15*
Na	0,69	[1,01]	0	5	65	0	0	2,07	5,02	
Sc	1,37	1,29	0	5	45	1	1	0,87	0,02	0,38*
Sc	0,91	[1,12]	0	5	79	1	0	1,4	1,65	
Sx	0,98	1,31	0	7	34	1	0	2,23	7,05	0,25*
Sx	0,69	[0,99]	0	4	62	0	0	1,58	2,17	
Xy	0,51	1,18	0	8	19	0	0	4,56	26,69	0,23*
Xy	0,3	[0,63]	0	3	32	0	0	2,07	3,61	
Idio	0,75	1,08	0	5	28	0	0	1,81	3,74	0,17*
Idio	0,58	[0,87]	0	4	56	0	0	1,58	2,08	
DV	0,52	0,9	0	5	22	0	0	2,5	8,97	-0,08*
DV	0,59	[0,91]	0	5	60	0	0	2,33	7,36	
INCOM	1,27	1,22	0	4	42	1	0	0,72	-0,41	0,48**
INCOM	0,74	[1,00]	0	5	67	0	0	1,47	2,18	
DR	0,4	0,64	0	3	21	0	0	1,76	3,64	0,03*
DR	0,38	[0,85]	0	6	38	0	0	3,69	18,38	
FAB-COM	1,08	1,22	0	5	36	1	0	1,1	0,79	0,49**
FAB-COM	0,57	[0,86]	0	4	56	0	0	1,61	2,26	
DV2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-0,38**

DV2	0,03	[0,16]	0	1	4	0	0	5,85	32,68	
INC2	0,24	0,5	0	2	13	0	0	2,03	3,49	0,11*
INC2	0,19	[0,42]	0	2	25	0	0	2,17	4,09	
DR2	0,11	0,57	0	4	3	0	0	5,92	37,28	0,09*
DR2	0,07	[0,30]	0	2	8	0	0	4,82	24,52	
FAB2	0,33	0,67	0	3	15	0	0	2,12	4,17	0,30*
FAB2	0,16	[0,46]	0	3	20	0	0	3,3	12,96	
ALOG	0,29	0,71	0	3	11	0	0	2,66	6,63	0,14*
ALOG	0,21	[0,47]	0	2	27	0	0	2,18	4,12	
CON-TAM	0,11	0,36	0	2	6	0	0	3,51	12,87	0,36*
CON-TAM	0,02	[0,14]	0	1	3	0	0	6,83	45,26	
Sum 6 SpSc	4,35	3,06	0	14	60	4	4	0,91	0,91	0,49**
Sum 6 Sp Sc	2,96	2,57	0	15	123	3	3	1,65	5,14	
Lvl 2 SpSc	0,68	1	0	4	26	0	0	1,59	2,35	0,25*
Lvl 2 Sp Sc	0,45	[0,84]	0	5	45	0	0	2,62	8,5	
Wsum6	14,73	12,06	0	57	60	12	2	1,07	1,25	0,54**
WSum6	9,06	8,85	0	50	123	7	0	1,74	4,58	
AB	0,52	1,32	0	8	16	0	0	3,92	18,13	0,23*
AB	0,3	[0,62]	0	3	33	0	0	2,46	6,55	
AG	1,16	1,35	0	5	35	1	0	1,13	0,76	0,39*
AG	0,71	0,98	0	4	63	0	0	1,27	0,67	
COP	1,17	1,14	0	4	44	1	1	1,12	0,82	-0,18*
COP	1,4	1,35	0	6	104	1	1	1,21	1,7	
CP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CP	0	[0,00]	0	0	0	----	0	----	----	
GHR	3,51	2,12	0	9	60	3	3	0,46	-0,48	-0,01*
GOODH R	3,53	1,83	0	9	143	3	3	0,4	-0,26	
PHR	4,63	2,73	0	11	62	4	5	0,61	-0,29	0,55**
POORH R	3,27	2,22	0	11	135	3	1	0,73	0,5	
MOR	1,49	1,44	0	7	47	1	1	1,3	2,19	-0,21*
MOR	1,8	[1,53]	0	7	117	2	1	1,1	1,39	
PER	0,43	0,89	0	4	16	0	0	2,4	5,48	-0,23*
PER	0,65	[1,00]	0	5	60	0	0	2,04	5	
PSV	0,16	0,41	0	2	9	0	0	2,61	6,64	0,00*
PSV	0,16	[0,39]	0	2	23	0	0	2,17	3,83	

Note : * d=0,20 ; ** d=0,50 ; *** d=0,80
L'échantillon normatif de notre étude apparaît en gras.

2.3. Comparaison entre les échantillons normatifs français combinés (Al Nissany + Sultan et al., 2004) et l'échantillon normatif américain (Exner, 2003)

Après s'être assurée de la similarité des réponses des sujets normatifs de notre étude et des réponses des sujets normatifs de l'étude Sultan et al. (2004), nous avons choisi de rassembler les sujets normatifs de notre étude et les sujets normatifs de l'étude de Sultan et al. (2004) en un échantillon unique que nous appelons « échantillon normatif français combiné ». Ce choix nous a ensuite permis de procéder à la comparaison entre l'échantillon normatif américain (de référence) d'Exner 2003 et l'échantillon normatif français combiné, en fonction des variables suivantes : R , Λ , $XA\%$, $X-\%$, $SumT$, $Fr+rF$, es , $SumSh$, M , $WSumC$, $WSum6$ ²⁷.

Nous avons réalisé des analyses de comparaison de d de Cohen qui indiquent :

1-Une grande différence des variables suivantes ($SumSh$, $Fr+rF$, $X-\%$, $WSum6$) avec une moyenne plus élevée dans l'échantillon normatif français combiné de (63+146 sujets) que dans l'échantillon américain (350 sujets).

2-Une grande différence de variable ($XA\%$) avec une moyenne plus élevée dans l'échantillon américain que dans l'échantillon normatif français combiné

Donc les résultats confirment en partie notre hypothèse notamment celle sur la qualité formelle ($X-\%$, $XA\%$) et la fréquence des estompages ($SumSh$) avec une moyenne plus élevée dans l'échantillon normatif française combiné de (63+146 sujets).

Toutefois les analyses révèlent deux grandes différences de valeur de d de Cohen concernant les deux variables ($Fr+rF$, $WSum6$) avec une moyenne plus importante dans l'échantillon normatif français combiné que dans l'échantillon américain.

²⁷ Les variables sont les suivantes : Nombre totale de réponse (R) ; Nombre de réponse purement formelle (Λ) ; La qualité formelle cotée selon les tables de qualité formelle américaines ($XA\%$, $X-\%$) ; La somme des réponses estompage texture ($SumT$) ; les réponses reflets ($Fr+rF$) ; Expérience de stimulation (es) ; la somme des réponses estompages ($SumSha$) ; les réponses des mouvements humains (M) ; La somme totale de réponse couleur $WSumC$, la somme totale de cotations spéciales $WSum6$.

Tableau 6 : Analyses descriptives et statistiques de test (*d* de Cohen), portant sur l'échantillon américain de référence d'Exner 2003 (350 sujets) et l'échantillon normatifs français combiné (Échantillon de notre thèse n=63 + échantillon normatif française de Sultan et al n=164)

	M ²⁸	ET	MIN	MAX	Fréquence	Médiane	Mode	SK	KU	<i>d</i> de Cohen
R	23,47	5,83	14,5	47,5	104,5	22,5	21,5	1,25	3,315	0,03
R	23,27	5,64	14	59	350	22,5	21	2,08	8,23	
M	4,58	2,80	0	12,5	98	4	3	0,74	0,325	-0,10
M	4,83	2,21	1	12	350	5	4	0,44	0,08	
WsumC	4,11	2,38	0	14,5	101	4	3,75	1,01	4,295	-0,21
WSumC	4,58	2,06	0	15	348	4,5	4	0,8	2,22	
Sum T	0,76	1,01	0	4,5	48	0	0	1,34	1,4	-0,30
SumT	1,01	0,67	0	4	285	1	1	0,78	2,24	
SumSha	5,30	3,32	0	17,5	99,5	4,5	6	0,79	1,32	0,51***
SumSha	3,89	2,18	0	14	347	3,5	3	1,62	4,39	
Fr+rF	0,46	0,83	0	4,5	32	0	0	2,21	6,15	0,36***
Fr+rF	0,19	0,68	0	7	41	0	0	5,49	39,96	
Lambda	0,62	0,44	0	2,59	103,5	0,54	0,415	1,535	3,755	0,10
Lambda	0,58	0,36	0	2,33	349	0,47	0,5	1,43	2,38	
Es	10,83	4,84	2,5	29	104,5	10	7,5	0,995	1,605	0,32
Es	9,44	3,85	2	34	350	9	8	1,83	8,15	
XA%	0,72	0,11	0,43	0,97	104,5	0,74	0,81	-0,21	-0,15	-1,89***
XA%	0,89	0,07	0,57	1	350	0,9	0,9	-0,93	1,42	
X-%	0,26	0,11	0,025	0,57	104	0,245	0,19	0,375	0,115	1,76***
X-%	0,11	0,06	0	0,38	330	0,1	0,05	0,91	1,35	
WSum6	11,90	10,46	0	53,5	91,5	9,5	1	1,405	2,915	0,59***
WSum6	7,16	5,63	0	38	308	6	0	1,53	4,65	

Note : * d=0,20 ; ** d=0,50 ; *** d=0,80

L'échantillon normatif de notre étude apparaît en gras.

²⁸ M : moyenne, ET : écart type, la Fréquence, Médiane, le mode, SK : *skewness*, KU : *kurtosis*

3. L'indice DEPI du Rorschach Système Intégré comme moyen de différencier les sujets dépressifs des sujets normatifs

Un des objectifs de l'étude était de vérifier la capacité de l'indice DEPI du Rorschach Système Intégré à identifier les sujets dépressifs.

3.1. Comparaison du DEPI entre l'échantillon dépressif et l'échantillon normatif

Premièrement, nous avons cherché à savoir s'il y avait une différence entre les échantillons dépressif et normatif concernant l'indice *DEPI* du Rorschach Système Intégré. Et pour cela, nous avons réalisé un test de *Student*.

La significativité des t-test est supérieure à .05 pour tous les scores, ce qui signifie que l'indice *DEPI* ne diffère pas en fonction de l'échantillon auquel le sujet appartient (dépressif ou normatif) ($t=-.679 ;(ddl)= 88 ;p=.499$)

3.1.1. La validité de l'indice DEPI selon le critère DEPI=6

Étant donné les difficultés à analyser les données, nous avons changé d'approche. Sur l'ensemble des protocoles de nos échantillons dépressifs et normatifs ($n=63+27$), nous avons sélectionné les sujets dont l'indice DEPI était positif, c'est-à-dire ≥ 5 .

Ainsi l'échantillon normatif se constitue de 34 sujets et l'échantillon dépressif de 17 sujets (cf Tableau 7).

Tableau 7 : Statistiques descriptives concernant les protocoles dont l'indice DEPI ≥ 5 .

DEPI	5	6	7
Effectif échantillon normatif	20	9	5
Effectif échantillon dépressif	6	10	1
Pourcentage normatif	31,74%	14,28%	7,93%
Pourcentage dépressif	22,22%	37,03%	3,70%

3.2. Comparaison entre les sujets dépressifs et normatifs dont l'indice DEPI =6

Les résultats indiquent que lorsque l'indice $DEPI=6$ y a une différence significative entre l'échantillon normatif et l'échantillon dépressif ($K\chi^2 = 5.874^a (ddl=1) p < .015$; V de Cramer = .255).

L'effectif des sujets dont l'indice $DEPI=6$ est plus élevé dans l'échantillon dépressif que dans l'échantillon normatif (cf. Figure 1).

Figure 1. Distribution des effectifs de sujets dépressifs et normatifs ($DEPI=6$) en fonction des échantillons dépressifs et normatifs

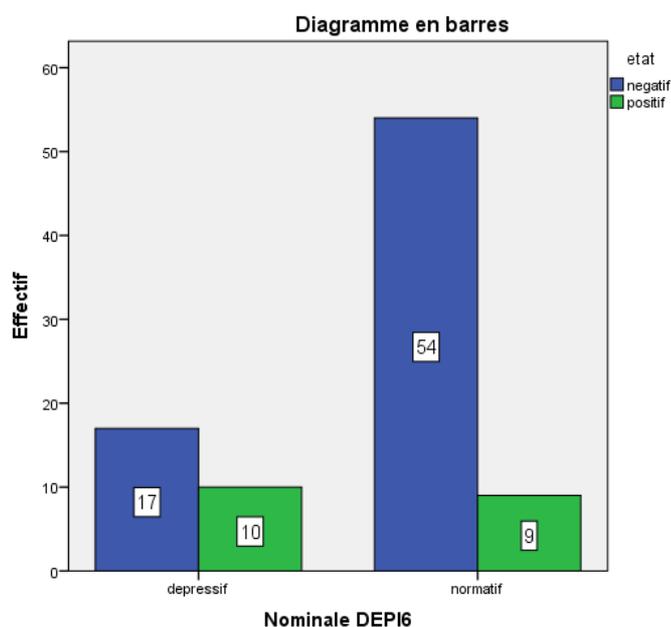
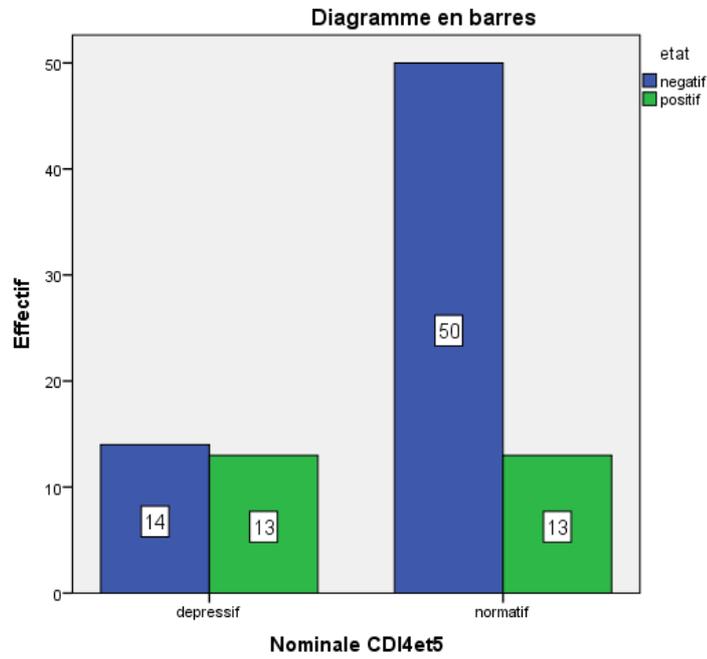


Figure 2 : Répartition des sujets en fonction de l'indice CDI =4 et CDI=5 et des échantillons dépressif et normatif



4. L'indice *CDI* du Rorschach Système Intégré comme moyen de différencier les sujets dépressifs des sujets normatifs

Nous cherchions à savoir si l'indice *CDI* du Rorschach Système Intégré pouvait permettre de distinguer les sujets dépressifs des sujets normatifs.

Par conséquent, nous avons réalisé un test de *Student* qui indique une différence significative entre les indices *CDI* des deux échantillons (63+27) ($t(88)=2,85$ ($p=,005$)). Précisément, l'indice *CDI* est plus important chez les sujets dépressifs ($M=3,26$, $ET=1,43$) que chez les sujets normatifs ($M=2,41$, $ET=1,23$).

Nous avons aussi fait des analyses statistiques descriptives portant sur les moyennes des deux échantillons selon les différents seuils positifs de $CDI=4$ et $CDI=5$ dans l'objectif d'avoir des résultats plus explicites. Les résultats obtenus nous ont permis de réaliser le test du Khi^2 .

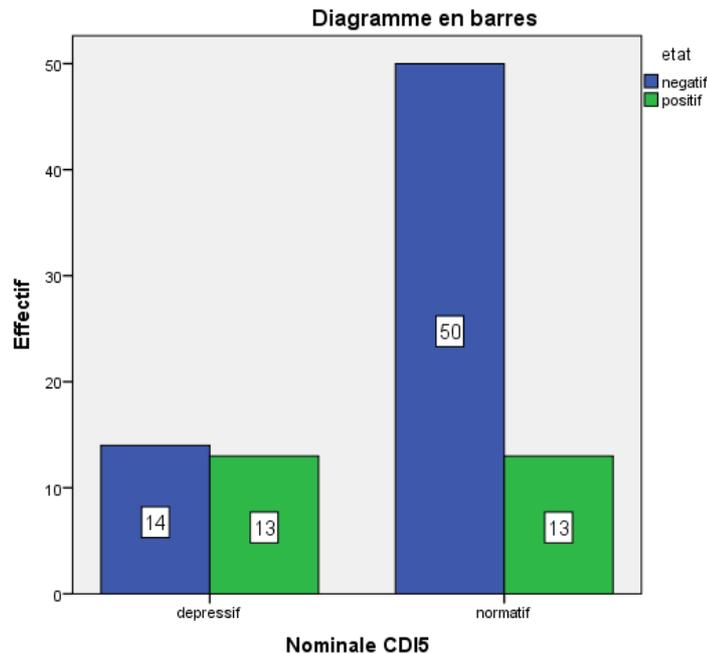
Tableau 8 : Statistiques descriptives de comparaison de moyenne concernant les protocoles dont l'indice *CDI* ≥ 4 .

CDI	4	5
Effectif échantillon normatif	11	2
Effectif échantillon dépressif	6	7
Pourcentage normatif	17,46%	3,17%
Pourcentage dépressif	22,22%	27,92%

Le test du Khi^2 révèle une différence significative entre l'échantillon dépressif et l'échantillon normatif lorsque l'indice $CDI=5$, avec une valeur de Khi^2 de Pearson=10,870 a (ddl=1) $p<.001$) avec une valeur V de cramer de = .348, ($p<.001$).

Le diagramme ci-dessous montre la différence entre l'échantillon dépressif et l'échantillon normatif avec un CDI=5, nous remarquons que l'effectif dont l'indice CDI=5 est plus élevé dans l'échantillon dépressif que dans l'échantillon normatif (cf Figure 3).

Figure 3 : Distribution des effectifs de sujets dépressifs et normatifs (CDI=5) en fonction des échantillons dépressifs et normatifs

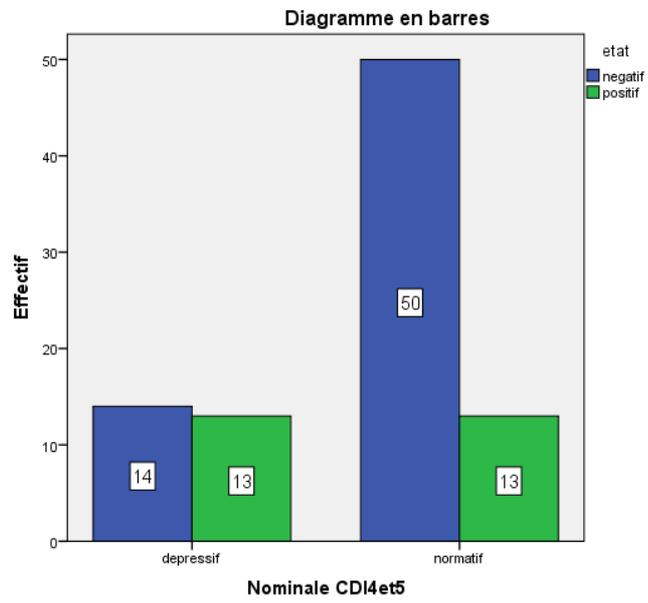


1.2. 4.1. Comparaison entre les sujets dépressifs et normatifs dont l'indice CDI=4 et CDI=5

Le test du Khi^2 révèle que lorsque l'indice CDI=4 et CDI= 5, il y a une différence significative entre l'échantillon dépressif et l'échantillon normatif ($Khi^2=6,964$ ($ddl=1$) $p<.008$) avec une valeur de V de Cramer de= .287, ($p< .008$).

L'effectif des sujets dont l'indice CDI=4 et CDI=5 représente un pourcentage est plus élevé dans l'échantillon dépressif que dans l'échantillon normatif (cf Figure 4).

Figure 4 : Répartition des sujets en fonction de l'indice CDI =4 et CDI=5 et des échantillons dépressif et normatif



5. Fiabilité du style de personnalité du Rorschach Système Intégré pour capter la personnalité passive

Nous cherchions à vérifier la fiabilité du style de la personnalité passive du Rorschach Système Intégré ($p < a+1$) au moyen du T.A.T.²⁹

Pour faire les analyses statistiques concernant cette variable nous avons suivi les étapes suivantes :

- Nous avons compté le nombre de réponses $a : p$ dans les récits des sujets selon le héros des histoires racontées sur les 4 images du T.A.T.
- Nous avons compté le nombre de réponses $a : p$ dans les récits des sujets selon l'identification des sujets à un personnage précis dans les histoires racontées sur les 4 images du T.A.T.
- Nous avons utilisé la variable de style de personnalité « passive » $p > a+1$ pour le comparer avec les réponses données au T.A.T.
- Nous avons considéré le rôle pris par le héros de l'histoire dans les récits des sujets car nous avons remarqué que le rôle adopté par le héros dans les histoires racontées par les sujets correspond le mieux aux variables $a : p$ dans leurs protocoles de Rorschach.

Enfin, puisque l'étude porte sur la variable $p > a+1$, nous avons choisi les sujets pour lesquels cette condition est valide.

Vu que les valeurs des variables ne sont pas équivalentes, nous avons procédé à une transformation de l'ensemble des scores en un score Z , aussi bien pour les scores des sujets obtenus au Rorschach pour le variable $p > a+1$ que pour ceux obtenus au T.A.T.

Enfin nous avons réalisé un test de corrélation de Pearson.

²⁹ T.A.T : *Thematic Apperception Test* (Murray, 1943) à savoir les images 1, 2, 4 et 8BM.

Tableau 9 : Corrélations entre la variable $p>a+1$ et le score $a : p$ au T.A.T. pour l'échantillon normatif.

Corrélations

		Z score Rorschach	Z score T.A.T
Z score Rorschach	Corrélation de Pearson	1	,228
	Sig. (bilatérale)		,397
	N	16	16
Z score T.A.T	Corrélation de Pearson	,228	1
	Sig. (bilatérale)	,397	
	N	16	16

Les résultats montrent qu'il n'y a pas de relation entre le score obtenu au Rorschach sur la variable $p>a+1$ et le score des sujets au TAT selon le héros de leur récit ($r=.228, NS$)

6. Fiabilité des réponses reflet du Rorschach Système Intégré pour capter l'aspect narcissique de la personnalité

Nous voulions vérifier la fiabilité des réponses reflet du Rorschach Système Intégré pour capter l'aspect narcissique de la personnalité auprès de l'échantillon normatif.

Pour rappel, nous cherchions à savoir si les sujets qui ont des réponses reflets ($Fr+ rF > 0$) au Rorschach Système Intégré de l'échantillon normatif auront un score plus élevé de réponses S (se concentrer sur soi³⁰) que de réponses A (se concentrer sur les autres) au formulaire de SF-SC.

Nous avons transformé en note Z la somme des scores S sur SF-SC, la somme des scores A sur SF-SC, et le score de la variable $Fr+ rF > 0$.

Après, nous avons procédé à une analyse de corrélation de Pearson :

³⁰ Dans la méthode de cotation préconisée par Exner (1973) pour l'interprétation de SF-SC : il utilise le signe (S) comme code pour les réponses centrées sur soi (« je me fais du souci...pour mon avenir ») et le signe (A) comme code pour les réponses centrées sur autrui (« je me fais du souci... pour les sans-abri »).

Tableau 10 : Corrélations entre la variable Fr+rF, le score S et le score A au SF-SC pour l'échantillon normatif.

		Corrélations			
		Z Score Fr+rF	Z Score(S)	Z Score(A)	Z Score EGO
Z Score Fr+rF	Corrélation de Pearson	1	-,043	,042	,120
	Sig. (bilatérale)		,856	,859	,613
	N	20	20	20	20
Z Score(S)	Corrélation de Pearson	-,043	1	-1,000**	-,224
	Sig. (bilatérale)	,856		,000	,343
	N	20	20	20	20
Z Score(A)	Corrélation de Pearson	,042	-1,000**	1	,224
	Sig. (bilatérale)	,859	,000		,343
	N	20	20	20	20
Z Score EGO	Corrélation de Pearson	,120	-,224	,224	1
	Sig. (bilatérale)	,613	,343	,343	
	N	20	20	20	20

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Les résultats montrent une corrélation négative significative entre le Z Score(S) et Z Score(A) ($r = -1,000$, $p < ,0001$). Plus la valeur du score S au SF-SC augmente la valeur de score A au SF-SC diminue.

7. Exploration des résultats

Dans cette dernière partie des résultats, nous présentons une analyse exploratoire portant sur l'ensemble des variables et les indices ($DEPI \geq 6$ et $CDI \geq 4$) du Rorschach Système Intégré et leur capacité à diagnostiquer les sujets souffrant de troubles dépressifs.

7.1. Comparaison entre les sujets dépressifs et normatifs par rapport à l'ensemble des variables du Rorschach Système Intégré

Nous avons procédé à la comparaison des différentes variables entre les échantillons dépressif et normatif, en appliquant le d de Cohen. Et le d de Cohen indique :

1- Une grande différence : Avec une moyenne plus élevée dans l'échantillon normatif que dans l'échantillon dépressif pour les variables suivantes : R , W , $S-$, $FM+m$, FC , $Sumcolor$, $SumY$, EA , Es , a (active), p (passive), $Intellect$, Zf , $Blends$, Art , Ay , Cg , $INCOM$, PHR .

2- Une différence moyenne : Avec une moyenne plus élevée dans l'échantillon normatif, que dans l'échantillon dépressif pour les variables suivantes : S , $DQ+$, $FQx-$, MQu , M , FM , $WsumC$, FD , Mp , Zd , $Blends/R$, Hd , $All H Cont$, $FABCOM$, AG .

3- Une différence moyenne : Avec une moyenne plus élevée dans l'échantillon dépressif que dans l'échantillon normatif pour les variables suivantes : $Lambda$, $X+\%$, DR .

Tableau 11 : Comparaisons statistiques entre les échantillons dépressif et normatif.

	M	SD	MI N	MAX	Fré- quenc e	Mé- diane	Mode	SK	KU	d de Cohen ³¹
Age	29	11	19	66	63	25	23	1,9	3,45	-1,39***
Age	44	10,5	27	67	27	44	49	0,22	-0,61	

³¹ Le calcul du d de Cohen (1992) permet d'avoir des indications sur les tailles d'effet. Il est utilisé pour des comparaisons de différences entre échantillons indépendants. Lorsqu'on se réfère à la classification de Cohen pour les tailles d'effet : (*) 0,20 est qualifiée de « petite » différence ; (**) 0,50 de « moyenne » différence ; (***) 0,80 de « grande » différence.

		6								
R	23,97	4,6	15	36	63	24	25	0,42	-0,01	0,83***
R	20,04	4,86	14	29	27	19	15	0,76	-0,66	
W	12,29	4,4	3	22	63	12	11	-0,04	-0,33	0,74***
W	9,48	3,21	3	16	27	10	12	-0,03	-0,55	
S	3,84	1,81	0	9	62	4	4	0,28	0,12	0,57**
S	2,7	2,2	0	8	23	2	1	0,76	-0,06	
DQ+	7,83	3,13	2	15	63	8	8	0,18	-0,46	0,63**
DQ+	6,11	2,31	1	13	27	6	6	0,83	2,38	
FQx-	6,86	3,07	1	15	63	7	5	0,4	-0,1	0,66**
FQx-	5,07	2,35	1	11	27	5	5	0,34	0,23	
MQu	0,76	1,03	0	5	30	0	0	1,7	3,68	0,54**
MQu	0,33	0,55	0	2	8	0	0	1,46	1,4	
S-	2,17	1,44	0	7	55	2	2	0,58	0,78	0,80***
S-	1,15	1,1	0	4	18	1	1	0,81	0,22	
M	5,32	3,03	0	14	61	5	4	0,76	0,42	0,54**
M	3,63	3,24	0	17	24	3	4	2,8	11,13	
Fém-Mar	3,56	1,55	0	7	62	3	3	0,12	-0,16	0,57**
Fém-Mar	2,63	1,69	0	7	26	2	2	0,89	0,41	
M	2,29	1,74	0	9	53	2	1	0,98	2,21	0,55**
M	1,44	1,34	0	5	21	1	1	1,06	0,51	
FM+m	5,84	2,57	2	14	63	6	5	0,67	0,43	0,80***
FM+m	4,07	1,88	1	9	27	4	3	0,82	0,5	
FC	2,17	1,49	0	6	54	2	3	0,42	-0,24	0,66***
FC	1,22	1,37	0	5	16	1	0	1,12	0,91	
SumColor	5,11	2,11	0	9	62	5	6	-0,38	-0,45	0,68***
SumColor	3,67	2,13	0	8	24	4	3	0,14	-0,16	
WsumC	4,37	2,12	0	9	62	4,5	4,5	0,07	-0,44	0,50**
WsumC	3,3	2,15	0	7,5	24	3,5	3,5	0,31	-0,49	
SumY	1,68	1,53	0	5	47	1	1	0,73	-0,53	0,71***
SumY	0,81	0,92	0	3	15	1	0	1,03	0,44	
FD	1,13	1,22	0	6	43	1	1	1,82	4,3	0,50**
FD	0,59	0,93	0	3	9	0	0	1,25	0,21	
Lambda	0,55	0,37	0	1,78	62	0,47	0,33	1,35	2,04	-0,47**
Lambda	0,75	0,48	0,15	2	27	0,67	1	1,03	0,91	
EA	9,69	3,86	2	20	63	9,5	7	0,57	0,32	0,66***
EA	6,93	4,49	0	24	26	6,5	6,5	2,21	7,49	
Es	11,49	4,58	4	25	63	11	7	0,61	-0,01	0,72***
Es	8,41	3,98	3	19	27	8	6	1,18	1,3	
a (active)	5,54	2,93	1	13	63	5	6	0,64	-0,15	0,59***
a (active)	3,93	2,5	1	13	27	4	4	2,1	6,31	
p (passive)	5,83	2,8	0	14	61	6	6	0,79	1,16	0,88***
p (passive)	3,85	1,7	2	7	27	4	2	0,55	-0,84	
Mp	3,03	2,06	0	8	57	3	2	0,59	-0,19	0,54**
Mp	2,07	1,52	0	6	23	2	2	0,72	0,5	

Intellect	4,11	3,55	0	22	61	3	3	2,47	9,51	0,68***
Intellect	2,15	2,2	0	10	23	1	1	2,01	5,21	
Zf	15,56	4,16	6	27	63	15	15	0,07	0,17	0,78***
Zf	12,78	2,93	9	22	27	12	12	1,23	2,39	
Zd	0,33	4,97	-11	11	35	1	1	-0,21	-0,06	0,47**
Zd	-1,59	3,19	-7,5	7	8	-1,5	-3,5	0,38	0,68	
Blends	6,24	3,23	0	14	62	6	7	0,26	-0,25	0,84***
Blends	3,81	2,53	0	11	25	3	3	1	1,54	
Blends/R	0,27	0,14	0	0,63	62	0,25	0,2	0,52	-0,07	0,54**
Blends/R	0,2	0,12	0	0,43	25	0,19	0	0,13	-0,73	
X+%	0,48	0,11	0,31	0,77	63	0,48	0,5	0,61	-0,03	-0,48**
X+%	0,53	0,1	0,29	0,8	27	0,53	0,5	0,31	1,64	
Hd	2,08	1,74	0	7	51	2	2	0,95	0,54	0,58**
Hd	1,15	1,49	0	6	15	1	0	1,7	3,25	
All H Cont	7,16	3,21	1	18	63	7	8	0,81	1,55	0,57**
All H Cont	5,3	3,34	0	16	26	5	4	1,23	2,81	
Art	2,08	1,68	0	8	52	2	1	0,99	1,46	0,76***
Art	1,04	1,06	0	4	18	1	1	1,19	1,3	
Ay	0,98	0,96	0	4	40	1	1	0,83	0,38	0,65***
Ay	0,44	0,7	0	2	9	0	0	1,31	0,47	
Cg	3	2,12	0	10	59	2	2	1	0,97	0,99***
Cg	1,26	1,4	0	7	21	1	1	2,84	10,63	
INCOM	1,27	1,22	0	4	42	1	0	0,72	-0,41	0,72***
INCOM	0,52	0,85	0	3	9	0	0	1,57	1,65	
DR	0,4	0,64	0	3	21	0	0	1,76	3,64	-0,44**
DR	0,89	1,58	0	7	10	0	0	2,55	7,99	
FABCOM	1,08	1,22	0	5	36	1	0	1,1	0,79	0,48**
FABCOM	0,59	0,84	0	3	11	0	0	1,34	1,16	
AG	1,16	1,35	0	5	35	1	0	1,13	0,76	0,50**
AG	0,59	0,93	0	4	11	0	0	2,18	5,98	
PHR	4,63	2,73	0	11	62	4	5	0,61	-0,29	0,56***
PHR	3,15	2,51	0	10	25	3	1	1,05	0,83	

Note : * d=0,20 ; ** d=0,50 ; *** d=0,80

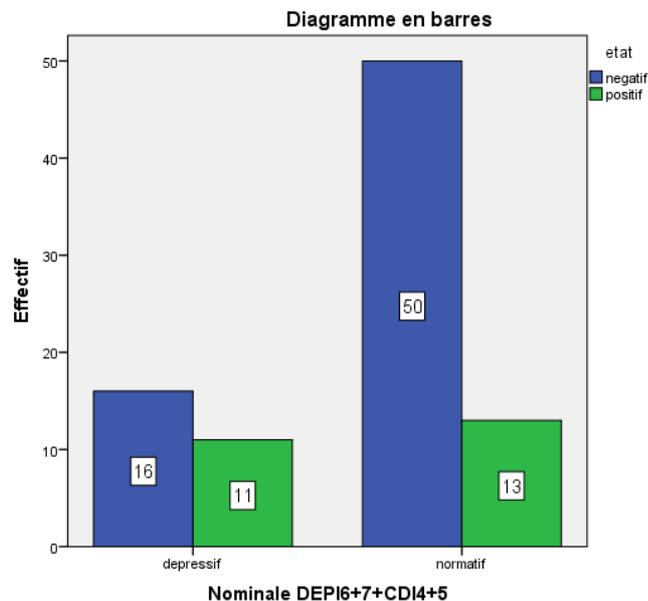
L'échantillon normatif de notre étude apparaît en gras.

7.2. Comparaison entre les sujets dépressifs et normatifs dont les indices $DEPI \geq 6$ et $CDI \geq 4$

Nous souhaitons vérifier s'il y a une différence significative entre l'échantillon dépressif et l'échantillon normatif lorsque l'indice $DEPI \geq 6$ et $CDI \geq 4$. Pour cela, nous avons réalisé un test de Khi^2 .

Le test du Khi^2 révèle lorsque l'indice $DEPI \geq 6$ et $CDI \geq 4$, il y a une différence significative entre l'échantillon dépressif et l'échantillon normatif (Avec une valeur de $\text{Khi}^2 = 3,907^a$ ($ddl=1$) $p < .05$) avec une valeur de (V de Cramer de $= .208$, $p < .05$). L'effectif dont l'indice $DEPI \geq 6$ et $CDI \geq 4$ est plus important dans l'échantillon dépressif que dans l'échantillon normatif (*cf* Figure 4).

Figure 4. Répartition des sujets en fonction des indices DEPI (6+7) et CDI (4+5) des échantillons normatif et dépressif.



PARTIE IV : DISCUSSION

DISCUSSION DES RESULTATS

Pour rappel, les résultats concernant le travail de cette thèse avaient pour objectif la validité et l'intérêt diagnostique de la dépression au regard du Rorschach Système Intégré. Le travail était constitué d'une hypothèse générale et de quatre hypothèses spécifiques. Cela nous a permis de développer une réflexion concernant le diagnostic psychologique et certaines données constituant des pistes exploratoires.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude est celui de faire une contribution pour améliorer le diagnostic de la dépression au moyen de deux indices du Rorschach Système Intégré. Cette démarche permettait de considérer l'indice de dépression *DEPI* comme indice pertinent et de proposer une modification quant au seuil de signification pour déterminer la présence de dépression ; il s'agissait également de considérer l'indice d'incompétence sociale *CDI* comme une indication importante permettant de déterminer les sujets cliniquement dépressifs.

Ainsi, en ce qui concerne la présente discussion, nous l'avons développée selon les étapes suivantes : pour chaque partie de la discussion, nous faisons un rappel de l'hypothèse, nous précisons ainsi si elle est confirmée ou infirmée. Ensuite, il est exposé l'interprétation des résultats tout en faisant référence aux bases théoriques explicatives et des recherches portant sur les mêmes thématiques de notre recherche.

Une explication générale sur l'ensemble des résultats :

Pour rappel, la population de cette étude est constituée, d'une part, d'un échantillon dépressif et d'autre part, d'un échantillon normatif de personnes volontaires recrutées selon le critère de « non-consultant » ; c'est-à-dire, parmi les critères de recrutement pour ce groupe normatif se trouve l'absence de maladies mentales et de troubles psychiques.

Ainsi, afin de garantir l'appartenance et les spécificités caractérisant un échantillon normatif, nous avons pris le soin d'observer chez nos sujets non-consultants :

- ✓ Qu'ils se sont investis dans la tâche de répondre au test de Rorschach ; puisqu'ils présentent une valeur valide de nombre de réponses $R= 23,97$ (ce qui représente un nombre élevé de réponse en regardant la faible valeur de $Lambda$ de 0,55)
- ✓ Que la localisation³² des réponses ont pour la plupart des sujets une localisation totale avec un pourcentage $W=44,21\%$; ce qui correspond à une valeur normale car les adultes non consultants donnent souvent 30% de réponses comme réponses globale (J. E Exner, 1995).
- ✓ Que la qualité de développement ordinaire, présente un pourcentage élevé des réponses ordinaires $o=62,57\%$ et un pourcentage élevé des réponses à la qualité formelle ordinaire $FQxo= 46,86\%$; ce qui va dans le sens d'un échantillon non-consultant donc on s'attend à ce que leurs organisations, constructions perceptives et élaborations des réponses spécifiques soient simples et évidents (Exner, J, 1993) (J. E Exner, 1995)
- ✓ Que le contenu de réponses, pour la majorité des sujets, présente une moyenne $All H Cont =7,16$ ³³ dont la plupart sont des réponses Humain entier $H=2,6$; ce qui correspond à un bon niveau de représentation de soi (Traubenberg & Andronikof-Sanglade, 1984).
- ✓ Que la moyenne des réponses ayant un contenu animal $All A Cont$ ³⁴ $=11,5$, sont pour la plupart des réponses animal entier $A=7,6$; ce qui correspond aux valeurs attendues pour un échantillon non consultant / normatif (J. E Exner, 1995)

Selon Rorschach, le pourcentage des réponses avec contenu Humain (H%) renvoie aux dispositions de l'individu par rapport aux relations affectives et sociales et le pourcentage des réponses avec contenu Animal (A%) est censé rendre compte d'une certaine stéréotypie de la pensée et donc, de l'adaptation sociale de l'individu (J. E Exner, 1995).

³²Pour rappel, la *localisation* désigne la manière dont le sujet perçoit les tâches.

³³*All H Cont* : c'est la somme des contenus Humain.

³⁴*All A Cont* : c'est la somme des contenus Animal.

Il est ainsi possible de constater que, de manière générale, nos résultats concernant l'échantillon normatif vont dans le même sens que les recherches faites en utilisant la méthode Exner du Système Intégré dans une culture francophone ; comme par exemple, celles réalisées en Belgique (Mormont, Thommessen, & Kever, 2007) et celles en France (Chabrier, 2008; Sultan et al., 2004).

Discussion relative aux hypothèses :

Discussion des résultats de l'hypothèse opérationnelle générale A

Dans l'hypothèse opérationnelle générale A, nous avons supposé que les scores obtenus par notre échantillon normatif (non-consultant) au Rorschach Système Intégré sont semblables aux scores obtenus par l'échantillon de l'étude de Sultan et al. (2004). Plus précisément, nous avons supposé qu'il n'y aurait pas de différences statistiquement significatives entre les moyennes de l'échantillon non-consultant de notre étude et celles de l'échantillon non-consultant de Sultan et al. (2004) sur l'ensemble des variables présentées dans le Tableau 6 des statistiques descriptives.

Nous avons observé que cette hypothèse était validée à quelques différences statistiquement significatives près, comme exposé ci-dessous :

- a. *Une grande différence d'âge avec une moyenne plus élevée dans l'échantillon de Sultan et al (2004) par rapport à notre échantillon qui était constitué de sujets plus jeunes. Ceci est par ailleurs une conséquence directe du lieu de recrutement, à savoir le milieu universitaire, ce qui a amené une population plus jeune et diplômée. Or, l'étude de Sultan et al (204) a été faite auprès d'une population de personnes actives dans un milieu professionnel, où par ailleurs la majorité des entretiens ont été effectuée sur leur lieu de travail.*

Ce fait pourrait exercer une influence sur nos résultats. En effet, nous pensons qu'aussi bien l'âge que le nombre d'années d'étude ont une influence importante sur les résultats, vu que les participants de notre échantillon sont plus diplômés et plus jeunes ; cela nous semble donc logique de supposer qu'ils disposeraient de plus de richesses au niveau des ressources

psychologiques. C'est pourquoi, en partie, notre échantillon normatif en comparaison avec l'échantillon francophone de Sultan et al de 2004, donne plus de réponses globales, utilise d'avantage l'espace dans leurs réponses avec une qualité formelle moindre, plus de réponses mouvement, des ressources psychologiques plus riches et une expérience de stimulation, malgré un manquement de modulation affectif, des réponses de bonne représentation humaine.

b. Une différence de d de Cohen avec une grande disparité. Ceci concerne la différence des indices $SQual$ ³⁵ et le déterminant de réponse $SumV$ ³⁶ avec une moyenne plus élevée dans notre échantillon que dans celui de Sultan et al. (2004). Nous expliquons cela par l'influence de $Lambda$ sur l'ensemble des variables (celles basées sur le nombre brut de scores tels que Texture ou Vista), car vu que le score $Lambda$ est élevé, comme il est apporté dans notre échantillon normatif, cela donne des variables basées sur la fréquence plus élevée comme le $Sum V$ et $Squale$ - (G J Meyer et al., 2001).

En effet, comme mentionné auparavant, dans notre thèse chaque variable du test Rorschach Système Intégré prend sa signification en fonction de l'ensemble des variables du Rorschach (Exner. J.E., 1974; Lemmel, 2004). En considérant que notre échantillon a un score R plus élevé que l'échantillon de Sultan et al. 2004, il est donc logique que notre échantillon ait une moyenne plus élevée aux indices $SumV$ et $SQual$ -.

Pour récapituler, les différences apportées entre notre échantillon normatif et celui de Sultan et al. (2004) seraient à expliquer selon trois facteurs : (1) la différence de moyenne d'âge, (2) la différence du nombre moyen d'années d'étude (ces deux éléments, nous pourrions les considérer comme des facteurs confondants) et enfin, (3) la différence moyenne du nombre total de réponses. Celle-ci aurait une influence sur l'ensemble des variables du Rorschach, et plus précisément, nous considérons le R comme un élément exerçant une influence directe sur l'ensemble de nos résultats.

³⁵Le $SQual$ - est équivalent à un état émotionnel qui perturbe le raisonnement ; c'est un sentiment interne d'irritation et de colère.

³⁶Le $SumV$ correspond à la somme de réponses Vista : signifié selon Exner 1995 aux expériences affectives négatives dues aux comportements de centration sur soi.

Discussion des résultats de l'hypothèse opérationnelle générale B

L'hypothèse opérationnelle générale B supposait l'existence d'une différence statistiquement significative dans les expressions des normes de référence entre l'échantillon américain d'Exner (2003) et celles des deux échantillons d'adultes non-consultants combinés (échantillon normatif français + l'échantillon de notre thèse). Cela concernait les variables suivantes : R , Λ , $XA\%$, $X-\%$, $SumT$, $Fr+rF$, es , $SumSh$, M , $WSumC$, $WSum6$.

Cette hypothèse B est valide, mais en considérant quelques différences près : les résultats de la qualité formelle ($X-\%$, $XA\%$) et la fréquence des estompages ($SumSh$) ont une moyenne plus élevée dans l'échantillon normatif français combiné de 209 sujets (63+146 sujets) par rapport à l'échantillon américain.

Des différences qui pourraient être expliquées par l'influence exercée par la culture, puisque chaque culture possède ses propres qualités et composants. Autrement dit, la culture a bien évidemment une influence sur le style de pensée d'un individu, ce qui pourrait expliquer en partie les différences dans les réponses. Cela rejoint les explications données par Andronikof et par Sultan quant au rôle de la culture francophone et son influence sur les manière dont les sujets répondent (Andronikof-Sanglade, 1998; Sultan et al., 2004).

En ce qui concerne d'autres résultats, les variables ($Fr+rF$ et $WSum6$), *c'est-à-dire les réponses reflet et la somme des réponses avec une cotation spéciale*, ont une moyenne plus importante dans l'échantillon normatif français combiné que par rapport à l'échantillon américain. Ceci est un résultat différent de celui de l'échantillon normatif de Sultan et al. (2004) où il n'y avait pas cette différence. Nous pourrions interpréter cela par l'augmentation de la taille de l'échantillon francophone - ce que nous avons précédemment appelé l'échantillon normatif français combiné (63+146 sujets).

Discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 1 (Troubles dépressif–DEPI)

L'hypothèse 1 concerne les troubles dépressifs (*DEPI*) et les affects, et nous nous attendions à ce que l'indice de dépression *DEPI* du Rorschach Système Intégré soit capable d'identifier la dépression et le groupe dépressif.

Autrement dit, il était attendu que le pourcentage des sujets avec un indice DEPI positif serait plus élevé dans le groupe d'adultes dépressifs que dans le groupe non dépressif.

Cependant, nos résultats montrent que cette hypothèse est infirmée.

Tout d'abord, nous précisons que ce résultat va dans le sens de l'étude normative de Sultan et al. (2004) où il est possible de remarquer une fréquence accrue de $DEPI > 5$ (Sultan et al., 2004).

Pour cela, plusieurs explications seraient possibles. L'une d'entre elles, porte sur l'ensemble des résultats qui pourraient par ailleurs expliquer éventuellement la non-différence significative entre l'échantillon dépressif et l'échantillon normatif. Cette non-différence serait due en partie à ce qu'on appelle une différence d'échantillonnage, c'est à dire la présence d'une différence statistiquement significative entre deux échantillons, à savoir l'âge et le nombre d'année d'étude. Comme expliqué préalablement, ces différences seraient dues à notre lieu de recrutement.

De même, comme nous l'avons apporté précédemment, *R* influencerait l'ensemble des variables du Rorschach, et vu que la moyenne de *R* est plus élevée dans l'échantillon normatif que dans l'échantillon dépressif, cela donnerait une tendance à avoir plus d'indices positifs, y compris l'indice *DEPI* de dépression. Donc, cette différence non-significative entre notre échantillon normatif et dépressif et le fait d'avoir beaucoup de *DEPI* positif dans notre échantillon normatif seraient dû à un nombre élevé de réponses *R* (G J Meyer, 1993; Mihura, Meyer, Dumitrascu, & Bombel, 2013).

Autre explication qui nous paraît aussi légitime, celle apportée par Ilonen et al. (1999) concernant la sensibilité et la sensibilité du *DEPI* à capter la dépression. Ces auteurs remarquent que cet indice varie beaucoup en fonction du type de dépression : psychotique, non psychotique, unipolaire, bipolaire, Par exemple, le type de dépression dans notre échantillon

normatif les 2 (F33 et F34) semble avoir aussi son influence sur la capacité de l'indice DEPI à capter la dépression (T. Ilonen et al., 1999).

Autre explication, compte tenu de la valeur relativement élevée de *Lambda* dans l'échantillon dépressif ($L=0,75$) en comparaison avec le *Lambda* dans l'échantillon normatif ($L=0,55$), l'échantillon dépressif a une tendance à adopter une approche de prise de contrôle contrainte et d'ainsi, limiter la capacité du DEPI à identifier efficacement les caractéristiques pertinentes de la dépression et de la compétence sociale. Cette explication quant à l'influence de *L* sur la performance de *DEPI* a été explorée dans l'étude de Stredny & Ball (2005).

Enfin, ces résultats vont dans le sens des études qui ont mis en doute la sensibilité de *DEPI* face aux troubles dépressifs : Caine, S. L., Frueh, B. C., & Kinder (1995); Carlson, Kula, & St. Laurent, (1997b); Jansak, (1997); G J Meyer, (1993); G J Meyer, Viglione, & Exner, (2001); Mormont, Andronikof-Sanglade, Vermeyley-Titron, & Pardoën, (1990); Sells, (1991); Singer & Brabender, (1993); Viglione, Perry, Giromini, & Meyer, (2011).

Discussion de la validité de l'indice *DEPI* selon le critère $DEPI=6$

En réalisant la comparaison entre nos deux échantillons normatif et dépressif selon le critère $DEPI=6$, notre hypothèse est validée.

En effet, il faut considérer la valeur de *DEPI* comme une valeur pathologique lorsque cet indice est égal à 6 et cela, conformément à ce qu'Exner avait préconisé dans ses travaux (J. E Exner, 1995).

Discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 2 (Troubles dépressifs – *CDI*)

Dans l'hypothèse spécifique 2 sur les troubles dépressifs et l'indice d'incompétence sociale (*CDI*), nous avons supposé qu'il y aurait une différence statistiquement significative entre le score de l'indice d'incompétence sociale (*CDI*) du Rorschach Système Intégré obtenus par le groupe adultes non-consultants (non-dépressifs) et le score de l'indice *CDI* du groupe d'adultes cliniquement dépressifs.

Nos résultats montrent que cette hypothèse est valide concernant la valeur de *CDI* en général et, lorsque la valeur de *CDI*= 4 et *CDI*=5, cette hypothèse est aussi valide de manière évidente. De ce fait, nous remarquons que le *CDI* aurait ainsi une tendance à surpasser l'indice DEPI pour capter la dépression, ce qu'il va dans le sens d'autres recherches comme celle d'Ilonen et al. (T. Ilonen et al., 1999).

Cependant, nos résultats vont dans le sens opposé aux recherches antérieures comme l'étude de Sultan et al. (2004) et l'étude de Salcuni & Parolin (2007 ; in T. Ilonen et al., 1999) qui ont trouvé une proportion encore plus élevée de *CDI* élevé chez les non-patients. Or, nos résultats montrent une moyenne plus élevée de l'indice *CDI* dans la population dépressive et non pas dans la population normative (T. Ilonen et al., 1999; Sultan et al., 2004).

D'autre part, rappelons-nous que le lieu de recrutement de l'échantillon dépressif est un hôpital psychiatrique d'où la majorité des patients a été recruté dans le service de l'hôpital de jour.

Nous avons pu constater les caractéristiques sociales des sujets composant cet échantillon dépressif via les réunions cliniques avec l'équipe de soins et via les entretiens mis en place. Ainsi, nous avons pu remarquer que la majorité des patients souffrent d'un manque de capacité sociale, de ressources d'adaptation limitées, d'un manque de capacité de contrôle, ainsi que de difficultés à s'engager dans des formes positives ou plus affirmées d'interactions.

Cet ensemble de caractéristiques concernant les traits des personnes qui ont un *CDI* positif convergent avec les recherches mises en avant par Exner (1995).

Encore, il est important de souligner que les patients de notre échantillon dépressif sont des patients présentant des traits psychotiques, ce qui expliquerait le fait d'avoir un effectif nettement plus élevé avec un *CDI* positif dans l'échantillon dépressif que dans l'échantillon normatif, ceci étant un phénomène déjà observé par Hartmann, Wang, Berg, & Saether, (2003).

Discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 3 (Style de personnalité $p > a+1$)

Pour rappel, cette hypothèse supposait que les rôles pris par les participants (héros du récit) dans les situations représentées dans les quatre planches du T.A.T.³⁷ seraient cohérents avec l'orientation « active » ou « passive » exprimée au Rorschach. Nos résultats ont permis d'infirmer cette hypothèse.

De ce fait, il est judicieux de considérer que nous avons pris le soin de construire notre propre méthode d'interprétation et de cotation des images du T.A.T. Nonobstant, nous pensons que cela pourrait avoir occasionné un effet de « biais » sur nos résultats. Car, bien que nous ne puissions pas valider la signification clinique de cette variable ($p > a+1$), nous ne disposons pas non plus d'éléments qui nous permettrait de mettre en doute la signification clinique proposée par Exner à savoir : lorsque ($p > a+1$) est valide, il permet d'identifier des personnes qui ont une tendance à assumer un rôle plutôt passif dans les relations interpersonnelles, sans pour autant que cela prenne la forme d'une soumission (Exner, J, 1993; J. E Exner, 1995).

À notre connaissance, il n'aurait pas eu d'études qui auraient mis en doute la signification de cette variable $p > a+1$, sauf la méta-analyse de Mihura et al. (2013) qui n'a pas réussi à trouver un lien significatif entre la variable $p > a+1$ et le critère indiquant *Passif vs. Action-Oriented* dans le modèle de calcul statistique proposé dans un échantillon d'enfants.

Discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 4 (aspect narcissique capté par les réponses reflets)

Pour rappel, dans cette hypothèse nous avons supposé que chez les personnes de l'échantillon normatif non-consultant ($n=63$) ayant des réponses reflets ($Fr + rF > 0$) au test de Rorschach, nous nous attendions à trouver cette signification clinique dans leurs réponses sur le questionnaire de SF-SC (*Self-focus Sentence Completion*). Cette hypothèse aussi s'avère être invalide.

³⁷T.A.T : *Thematic Apperception Test* (Murray, 1943), en utilisant les planches numéro 1, 2, 4 et 8BM.

Bien que l'indice d'égoïsme ait été construit à l'aide du SF-SC, nos résultats permettent en réalité de remettre en question l'efficacité de ce formulaire quant à sa capacité de capter le narcissisme. En effet, bien que ce formulaire ait été traduit en langue française, à notre connaissance, à ce jour, il n'aurait malheureusement pas de validation en France. Ceci pourrait expliquer donc, en partie, ce manque de sensibilité pour capter le narcissisme.

Même si les résultats de notre étude ne nous permettent pas d'avancer des certitudes quant à la signification des réponses reflet, cependant, nous tenons compte de la revue de littérature soulignant la capacité des réponses reflet à capter le narcissisme ; notamment du fait que ce type de réponse s'avère être stable dans les protocoles de Rorschach d'adultes (Champagne & Léveillé, 2012; Exner, J.E & Weiner, 1982; Exner, J, 1993; J. E Exner, 1995; Exner Jr. & Andronikof-Sanglade, 1992; Mihura et al., 2013; Semer & Yazigi, 2009).

Discussion relative aux résultats exploratoires

En considérant que les résultats relatifs aux différences entre nos deux échantillons en ce qui concerne les indices ($DEPI \geq 6$ et $CDI \geq 4$) ont été précédemment exposés³⁸, la discussion de nos résultats exploratoires portera ainsi sur la comparaison entre notre échantillon normatif (non-consultant) et l'échantillon dépressif concernant l'ensemble des variables du Rorschach Système Intégré.

³⁸Cf Discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 1 (Troubles dépressif- *DEPI*), ainsi que la discussion des résultats de l'hypothèse spécifique 2 (Troubles dépressif- *CDI*).

Discussion sur la comparaison entre les sujets dépressifs et normatifs par rapport à l'ensemble des variables du Rorschach Système Intégré

Les différences significatives trouvées entre l'échantillon dépressif et normatif concernant l'ensemble des variables seraient à expliquer par plusieurs facteurs.

Une première explication porte sur les facteurs confondant l'âge et le nombre d'années d'étude, car la différence statistiquement significative entre les deux échantillons (dépressif et normatif) par rapport à ces deux variables, pourrait expliquer les écarts entre les deux échantillons pour plusieurs variables.

Une deuxième explication porte sur la valeur de la variable *Lambda* et son influence sur l'indice *DEPI* et sur l'ensemble des variables : en effet, la valeur de *Lambda* élevée dans l'échantillon normatif aurait une tendance à donner des indices positifs, comme le *DEPI*. Cela est à l'inverse de l'échantillon dépressif auquel nous trouvons un *Lambda* d'une valeur basse. Il en va de même concernant la valeur de *Lambda* et son influence sur l'ensemble des variables, à savoir les variables basées sur le nombre brut de scores tels que *Texture* ou *Vista*, sauf pour celles dont l'interprétation est liée à la complexité psychologique (réponse synthétisée, fréquence, expérience réelle, mouvement humain et somme pondérée des couleurs entre autres). Donc, la différence significative de *Lambda* entre les deux échantillons donne ainsi une différence significative sur l'ensemble des résultats (Mihura et al., 2013).

Une dernière explication concerne la valeur de *R*. et a été expliquée dans l'étude de Hartmann et al. (2003) qui avance que les patients souffrant de dépression psychotique produisaient des Rorschach resserrés, c'est-à-dire, les patients souffrant de dépression psychotique donnent un nombre de réponse basse entre 14 et 19 et avec un *Lambda* élevé. Ces protocoles de Rorschach étaient moins susceptibles d'avoir des indices pathologiques positifs, ceci étant une explication convergeant aux résultats de (E. Hartmann et al., 2003).

PARTIE V : CONCLUSION

LIMITES

Notre recueil de données de l'échantillon normatif (non-consultant) réalisé grâce à des entretiens semi-directifs a nécessité d'une disponibilité d'environ 1h30 pour chacun de nos participants, fait qui a sûrement contribué à rendre plus complexe le recrutement des 70 participants volontaires. En revanche, ceci nous a permis d'avoir un cadre pour organiser et mener au mieux nos entretiens, d'autant plus qu'une seule personne a administré et codé l'ensemble des protocoles de Rorschach, ce qui peut être considéré comme un point fort de cette étude.

Une autre limite concernant l'échantillon, et plus précisément sur l'échantillon dépressif, porte sur la grande difficulté de recrutement des patients dépressifs. En effet, il se trouve que rares sont les services psychiatriques qui ouvrent facilement leurs portes aux chercheurs. Souvent, bon nombre d'institutions perçoivent difficilement les intérêts cliniques directs que ces études pourraient apporter à leurs services. Malgré un retard sur notre chronogramme initial, nous avons finalement eu la chance d'avoir une psychologue et un chef de service sensibilisés par l'intérêt et de l'importance de notre recherche.

Une autre difficulté a été le fait que nous avons recruté notre échantillon dépressif selon les critères F33 et F34 dans l'objectif d'avoir un plus grand nombre de sujets. En réalité, ce critère s'est finalement avéré être une difficulté supplémentaire du fait de ne pas prendre un type précis de dépression. Nous soulignons encore, la petite taille concernant nos échantillons, surtout l'échantillon dépressif, ce que ne nous permet pas de généraliser les résultats.

Bien que nos résultats fournissent une base pour décrire comment un segment de la population française répond au test du Rorschach Système Intégré, nous avons opté pour le choix des participants non-consultants. Donc, pour la plupart, nos participants fonctionnent à un niveau élevé de santé mentale. Cet échantillon contient également un certain nombre de personnes qui fonctionnent de manière idiosyncrasique mais non pathologique, ainsi que quelques participants fonctionnant à un niveau moins sain.

Enfin, concernant l'étude du narcissisme, nous observons que l'une des limites de l'étude est due à l'utilisation de l'échelle *SF-SC*. Avec le recul, nous constatons que nous aurions dû privilégier des échelles dont la validité clinique a été préalablement établie dans la culture française.

PERSPECTIVES

Les résultats de cette étude sont difficilement généralisables à un grand nombre de personnes ayant une dépression et qui réalisent une psychothérapie. Il serait donc intéressant de réaliser des études ayant en amont des analyses de cas multiples auprès d'un nombre de participants plus important.

De même, une recherche plus poussée devrait également utiliser d'autres méthodes normatives sur les données fournies par Exner et d'autres chercheurs contemporains afin de vérifier si les informations normatives influent sur les résultats d'une étude.

Il serait profitable par ailleurs, de pouvoir élargir les groupes dans l'objectif de constituer des échantillons représentatifs à différentes tranches d'âges.

Nous proposons également la réalisation d'études sur des populations cliniques spécifiques. Par exemple, en ce qui concerne la dépression, il nous semble important de s'intéresser davantage à la dépression unipolaire ou bipolaire, ou encore, à la dépression dans une population psychotique *versus* une population non-psychotique.

Compte tenu de la pénurie de recherches investiguant l'indice d'incompétence sociale *CDI*, une enquête plus approfondie sur cet indice reste ainsi justifiée. En outre, d'autres recherches pourraient évaluer la validité du *CDI* en associant l'utilisation d'un diagnostic clinique précis et celle d'une observation comportementale. Par exemple : élaborer une observation des interactions entre pairs, ce qui permettrait d'évaluer la compétence sociale dans un environnement naturel et ainsi, d'ajouter une évaluation directe de la personne.

Ensuite, nous proposons de faire davantage de recherches dont les objectifs soient d'explorer l'éventuelle combinaison des variables *DEPI* et *CDI* qui pourrait produire un indice capable d'identifier plus précisément la dépression.

Lors des études de variables précises, nous proposons que celles-ci soient réalisées en utilisant des échelles et/ou questionnaires cliniquement valides pour la culture française ou francophone. Par exemple, pour une étude sur les variables relatives au narcissisme, il serait pertinent d'utiliser, par exemple, l'Échelle de narcissisme pathologique (PNI, Pincus, 2009).

Cela permettrait de faire des comparaisons entre des échantillons normatifs et des échantillons cibles spécifiques ayant des caractères narcissiques pathologiques évidents.

Enfin, il nous semble aussi être d'une extrême importance, la mise en place de partenariats entre universités, laboratoires de recherches et lieux de soins psychologiques et/ou psychiatriques afin d'avoir une collaboration plus étroite et effective concernant l'avancée de la recherche scientifique et des connaissances actuelles dans le domaine de la santé mentale.

CONCLUSIONS

L'un des intérêts de ce travail de thèse se repose sur l'aspect méthodologique inspiré de l'étude de Sultan et al. (2004). Ce dernier, a ouvert la voie à une pensée rigoureuse dans les études de validation : comment définir tant sur le plan théorique que sur le plan pratique un participant « non-consultant » ? Comment s'assurer de la fiabilité des données à travers l'étude de validité inter-correcteur ? Dans ce sens, il n'est pas à négliger le possible impact de nos résultats sur l'ensemble de l'échantillon normatif et sur l'interprétation du Rorschach.

Dans cette recherche, nous avons constaté une tendance de l'indice *DEPI* à sous-identifier la dépression. Nous réitérons l'idée avancée par Andronikof-Sanglade (1992), à propos du Rorschach Système Intégré, qui se montre très pertinente quant à la réflexion psychopathologique qu'introduit la différenciation entre dépression affective, dépression cognitive et pseudo-dépression représentés par l'indice d'incompétence sociale (*CDI*).

Dans ce sens, et au vu de nos résultats, nous proposons également une reconsidération de la valeur de l'indice *DEPI* pour un seuil pathologique à partir d'une valeur de $DEPI \geq 6$. Ceci converge avec ce qu'Exner avait déjà précisé dans ses travaux (1995), en attendant des recherches sur des échantillons plus larges avec différents types de dépression.

En considérant le pourcentage élevé des sujets avec un indice *CDI* positif, c'est-à-dire dans l'échantillon dépressif, nous estimons que le *CDI* positif doit être associé à la dépression. Il faut prendre en considération qu'un indice *CDI* avec une valeur positive, serait liée au manque de compétences sociales et aux difficultés relationnelles comme indication d'intérêt aussi bien diagnostique que thérapeutique.

L'ensemble de nos résultats rejoint ceux des travaux d'Exner lors de sa conception de l'indice *CDI* et confirme aussi son hypothèse concernant le *CDI*, selon laquelle le *CDI* (J. E. Exner, 1995).

Finalement, compte tenu de nos observations dans cette recherche, autant sur la tendance de l'indice *DEPI* à sous-identifier la dépression et sur la tendance de l'indice *CDI* à le surpasser largement, il nous semble indispensable de faire d'autres recherches pour explorer si une combinaison de variables *DEPI* et *CDI* pourrait produire un troisième indice qui pourrait être plus pertinent et efficace pour identifier la dépression.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abela, J. R. Z., Parkinson, C., Stolow, D., & Starrs, C. (2009). A test of the integration of the hopelessness and response styles theories of depression in middle adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(3), 354–364. <http://doi.org/10.1080/15374410902851630>
- Alcock, T. (1963). *The Rorschach in practice*. London: Tavistock.
- Amarenco, G., Bayle, B., Lagauche, D., Lapeyre, E., & Ismael, S. S. (2000). Construction et validation des échelles de qualité de vie. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 43(6), 263–269. [http://doi.org/10.1016/S0168-6054\(00\)80001-X](http://doi.org/10.1016/S0168-6054(00)80001-X)
- American psychiatric association., Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2004). *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson.
- American psychiatric association., Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). *Diagnostic and Statistical Manual ou Mental Disorders (DSM) 5ed*. Elsevier-masson.
- Ames, L.B., Métraux, R.W., & Walker, R. N. (1959). *Adolescent Rorschach responses (Revised edition, 2nd printing)*. New York: Brunner/Mazel.
- Ames, L.B., Métraux, R.W., Rodell, J.L., & Walker, R. N. (1953). *Rorschach responses in old age (Revised edition, 2nd printing)*. New York: Brunner/Mazel.
- Andronikof-Sanglade, A. (1990). La représentation de soi : un concept fécond pour la psychologie clinique et projective. *Bulletin de La Société Française Du Rorschach et Des Méthodes Projectives*, 34, 9–15.
- Andronikof-Sanglade, A. (1992). Repérer la dépression au Rorschach : apport du système intégré (Exner). *Bulletin de La Société Française Du Rorschach et Des Méthodes Projectives*, 36, 41–50.
- Andronikof-Sanglade, A. (1995). Interpretation and the response process. *Rorschachiana*, 20(1), 49–63. <http://doi.org/10.1027/1192-5604.20.1.49>
- Andronikof-Sanglade, A. (1998). *Les tests projectifs*. Paris: Nathan.

- Andronikof, A. (2004). Le Rorschach en système intégré : introduction. *Psychologie Française*, 49(1), 1–5. <http://doi.org/10.1016/j.psfr.2003.11.005>
- Andronikof, A. (2004). Le Rorschach en système intégré : introduction. *Psychologie Française*, 49(1), 1–5. <http://doi.org/10.1016/j.psfr.2003.11.005>
- Andronikof, A. (2008). Le Rorschach et les techniques projectives. *EMC Psychiatrie*, 37, 1–12.
- Andronikof, A. (2017). Quelques repères à propos de l'évaluation psychologique : évaluation psychologique, examen psychologique et psychodiagnostic. *Le Journal Des Psychologues*, 349(7), 14. <http://doi.org/10.3917/jdp.349.0014>
- Andronikof, A., & Réveillère, C. (2004). Rorschach et Psychiatrie : à la découverte du malade derrière la maladie. *Psychologie Française*, 49(1), 95–110. <http://doi.org/10.1016/j.psfr.2004.02.001>
- Anzieu, D., & Chabert, C. (1983). *Les méthodes projectives*. 7e ed. Paris: Puf.
- Archer, R. P., & Gordon, R. A. (1988). MMPI and Rorschach Indices of Schizophrenic and Depressive Diagnoses Among Adolescent Inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 52(2), 276–287. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa5202_9
- Archer, R. P., & Krishnamurthy, R. (1997). MMPI-A and Rorschach Indices Related to Depression and Conduct Disorder: An Evaluation of the Incremental Validity Hypothesis. *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 517–533. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa6903_7
- Aronow, E., Reznikoff, M., & Moreland, K. L. (1995). The Rorschach: Projective technique or psychometric test? *Journal of Personality Assessment*, 64(2), 213–228. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa6402_1
- Baddeley, A. (2013). Working memory and emotion: Ruminations on a theory of depression. *Review of General Psychology*, 17(1), 20–27. <http://doi.org/10.1037/a0030029>
- Ball, J. D., Archer, R. P., Gordon, R. A., & French, J. (1991). Rorschach Depression Indices With Children and Adolescents: Concurrent Validity Findings. *Journal of Personality Assessment*, 57(3), 465. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa5703_6

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861–865. <http://doi.org/doi:10.1037/h0037562>
- Beck, S.J., Rabin, A.I., Thiesen, W.G., Molish, H., & Thetford, W. N. (1950). The normal personality as projected in the Rorschach test. *Journal of Psychology*, 30, 241–298.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969–977.
- Bergeret, J. (1980). *La dépression et les états-limites*,. Paris: Payot.
- Bertrand, D., Fluss, J., Billard, C., & Ziegler, J. C. (2010). Efficacité, sensibilité, spécificité : Comparaison de différents tests de lecture. *Année Psychologique*, 110(2), 299–320. <http://doi.org/10.4074/S000350331000206X>
- Beshai, S., Dobson, K. S., & Adel, A. (2012). Cognition and dysphoria in egypt and canada: An examination of the cognitive triad. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(1), 29–39. <http://doi.org/10.1037/a0025744>
- Bioy, A., & Fouques, D. (2002). *Manuel de psychologie du soin*. Bréal. Retrieved from <https://books.google.fr/books?id=Ly5TAzOiov0C&pg=PA140&dq=répresentation+de+soi+définition+freud&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwijn8Kf2pHXAhWByxoKHTkFA0EQ6AEILjAB#v=onepage&q=répresentation de soi définition freud&f=false>
- Bourdin, D. (2007). *La psychanalyse : de Freud à aujourd'hui : histoire, concepts, pratiques*. Bréal éditions. Retrieved from <https://books.google.fr/books?id=EufGrLRUxZAC&pg=PA90&dq=définition+moi+freud&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwj179fi1ZHXAhUMPRoKHaMGDksQ6AEIWjAJ#v=onepage&q=définition moi freud&f=false>

- Bouvet, C. (2010). [Presentation of the Social Cognition and Object Relation Scale (SCORS created by D. Westen): Scales for scoring TAT stories] Présentation de la Social cognition and object relation scale (SCORS – Échelles de cognition sociale et de relation d'objet) pour. *Bulletin de Psychologie*, 508(4), 263–277. <http://doi.org/10.3917/bupsy.508.0263>
- Brelet-Foulard F, C. C. (2003). *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique*. Paris: Dunos.
- Brems, C., & Johnson, M. E. (1989). Further exploration of the egocentricity index in an inpatient psychiatric population. *Journal of Personality*, (1975), 675–680.
- Caine, S. L., Frueh, B. C., & Kinder, B. N. (1995). Rorschach susceptibility to malingered depressive disorders in adult females. In *In J. N. Butcher & C. D. Spielberger, Advances in personality assessment (Vol. 10)* (pp. 165–174). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Carlson, C. F., Kula, M. L., & St. Laurent, C. M. (1997). Rorschach revised DEPI and CDI with inpatient major depressives and borderline personality disorder with major depression: Validity issues. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 51–58. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199701\)53:1<51::AID-JCLP7>3.0.CO;2-Y](http://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199701)53:1<51::AID-JCLP7>3.0.CO;2-Y)
- Carlson, C. F., Kula, M. L., & St. Laurent, C. M. (1997). Rorschach revised DEPI and CDI with inpatient major depressives and borderline personality disorder with major depression: Validity issues. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 51–58. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199701\)53:1<51::AID-JCLP7>3.0.CO;2-Y](http://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199701)53:1<51::AID-JCLP7>3.0.CO;2-Y)
- CARTER, C. L., & DACEY, C. M. (1996). Validity of the Beck Depression Inventory, MMPI, and Rorschach in assessing adolescent depression. *Journal of Adolescence*, 19(3), 223–231. <http://doi.org/10.1006/jado.1996.0021>
- Castro, D. (2011). Pratiques de psychologues en psychiatrie adulte. *Le Journal Des Psychologues*. <http://doi.org/10.3917/jdp.289.0014>
- Chabert, C. (1986). Narcissisme au Rorschach. *Bulletin de La Société Française Du Rorschach et Des Méthodes Projectives*, 33(1), 15–40. Retrieved from http://www.persee.fr/doc/clini_0373-6261_1986_num_33_1_1445

- Chabert, C. (2009). *Narcissisme et dépression* (Psycho sup). Paris: Dunod.
- Chabert C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique*. (Dunod, Ed.). Paris.
- Chabrier, L. (2008). *Étude des réponses au Rorschach comme expression particulière de la différenciation sujet/milieu: construction et validation d'une grille d'analyse*. UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS.
- Champagne, A., & Léveillé, S. (2012). Évaluation des enjeux narcissiques à partir du test de Rorschach au terme d'une psychothérapie. *Pratiques Psychologiques, 18*(4), 385–399. <http://doi.org/10.1016/j.prps.2011.01.004>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences, 14*(9), 418–424. <http://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007>
- Coblence, F. (2013). Le Narcissisme, par Paul Denis. *Revue Française de Psychanalyse, 77*(4), 1192. <http://doi.org/10.3917/rfp.774.1192>
- Coyne, J. C., & Gotlib, I. (1983). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Psychological Bulletin, 94*(3), 472–505.
- de Carvalho, W., & Cohen, D. (1995). Etats dépressifs chez l'adulte. *Les Maladies Dépressives, 3*–18. <http://doi.org/10.1163/ej.9789028604520.001-124.2>
- Debroux, Noose, D., Malempré, Dejonghe, Migeal, & Richelle. (2009). *Manuel Du Test De Rorschach Approche Formelle Et Psychodynamique. Ouvertures Psychologiques Série LMD*. Bruxelles: De Boeck.
- Denis, P. (2015). *Le narcissisme (2e édition mise à jour ed., Que sais-je ? Psy N°3946)*. Paris: Puf.
- Drieu, D. (2014). Vers une approche intersubjectale de la dépression chez l'adulte ? *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*. <http://doi.org/10.3917/rppg.062.0145>
- Durieux, M.-C., & Janin, C. (2002). *No Title*. <http://doi.org/10.3917/puf.socie.2002.01>
- Englebert, J. (2011). Hypothèse idiographique concernant la médiation cognitive à partir du

- Rorschach « non valide » d'un patient schizophrène en phase de stabilisation symptomatique. *Evolution Psychiatrique*, 76(4), 631–639.
<http://doi.org/10.1016/j.evopsy.2011.08.003>
- Erdberg, P., & Shaffer, T. W. (1999). International symposium on Rorschach non-patient data: Findings from around the world I, II, III. In *XVIth International Congress of Rorschach and Projective Methods*. Amsterdam, The Netherlands.
- Erdberg, P. (1921). Rorschach Assessment. In *Handbook of Psychological Assessment* (pp. 437–449). <http://doi.org/10.1016/B978-008043645-6/50095-1>
- Exner, J.E & Weiner, I. B. (1982). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 3, Assessment of children and adolescents*. New York: Wiley.
- Exner, J. E. (1986). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. I, Basic foundations (2nd ed.)*. New York: Wiley.
- Exner, J. E. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. I. Basic foundations (3rd ed.)*. (Basic Foundations, Ed.) (Vol 1, 3rd). New York: Wiley.
- Exner, J.E. (1974). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol, 1*. New York: Wiley.
- Exner, J. (1998). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré. Traduction française A. Andronikof*. (Frison-Roche, Ed.). Paris.
- Exner, J. . (1969). *The Rorschach systems*. New York: Grune and Stratton.
- Exner, J. . (1978). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 2. Current research and advanced interpretation*. New York: Wiley.
- Exner, J. E. (1973). The Self Focus Sentence Completion: A Study of Egocentricity. *Journal of Personality Assessment*, 37(5), 437–455.
<http://doi.org/10.1080/00223891.1973.10119902>
- Exner, J. E. (1991). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 2. Interpretation (2nd ed.)*. New York: Wiley.
- Exner, J. E. (1995). *Le Rorschach un système intégré. Traduction A. Andronikof*. (Frison-Roche, Ed.). Paris.

- Exner, J. E. (1996). A Comment on “The Comprehensive System for the Rorschach: A Critical Examination.” *Psychological Science*, 7(1), 11–13.
<http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1996.tb00659.x>
- Exner Jr., J. E. (2002). A new nonpatient sample for the Rorschach Comprehensive System: A progress report, 78(3), 391–404.
- Exner Jr., J. E., & Andronikof-Sanglade, A. (1992). Rorschach changes following brief and short-term therapy. *Journal of Personality Assessment*, 59, 59–71.
- Fernandez, L., Aulagnier, M., Bonnet, A., Guinard, A., Pedinielli, J.-L., & Préau, M. (2005). Outils psychométriques. *Institut National de Veille Sanitaire*, 1–86.
- Flanagan, R. (2006). The Rorschach: A Comprehensive System (4th ed.). *Journal of Psychoeducational Assessment*, 24(2), 166–171.
<http://doi.org/10.1177/0734282905285790>
- Fontan, P. (2015). Approche Psychométrique du test de Rorschach, (May).
<http://doi.org/10.13140/RG.2.1.2012.8167>
- Fouques, D., & Bénony, H. (2010). Troubles bipolaires et Rorschach : état de la question. *Pratiques Psychologiques*, 16(4), 375–388. <http://doi.org/10.1016/j.prps.2009.05.002>
- Freud, S. (1956). *La naissance de la psychanalyse. Trad. A. Berman.* (éd. M. Bonaparte, A. Freud et E. Kris, Ed.). Paris: Puf.
- Freud, S. (2012). *Pour introduire le narcissisme - Trad Mannoni, O. Payot & Rivages.*
Retrieved from <https://books.google.fr/books?id=OqbLAgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Pour+introduire+le+narcissisme+1914+freud&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEWjp0O6R4pHXAhWBfhoKHfCCCOwQ6AEIKjAB#v=onepage&q=Pour+introduire+le+narcissisme+1914+freud&f=false>
- Gacono, C. B. (1990). An Empirical Study of Object Relations and Defensive Operations in Antisocial Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment*.
<http://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674022>
- Gallarda, T., Coussinoux, S., Cordier, B., Luton, J. P., Bourdel, M. C., & Oli??, J. P. (2001).

- Intérêt des tests de personnalité dans le diagnostic différentiel du transsexualisme M-F et du transvestisme bivalent. *Annales Medico-Psychologiques*, 159(6), 466–470. [http://doi.org/10.1016/S0003-4487\(01\)00073-7](http://doi.org/10.1016/S0003-4487(01)00073-7)
- Garb, H. N., Wood, J. M., Lilienfeld, S. O., & Nezworski, M. T. (2002). Effective use of projective techniques in clinical practice: Let the data help with selection and interpretation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(5), 454–463. <http://doi.org/10.1037/0735-7028.33.5.454>
- Gaudriault, P. (2008). Évolution des représentations psychiques au cours de la psychothérapie verbale. Apport du rorschach. *Pratiques Psychologiques*, 14(1), 79–88. <http://doi.org/10.1016/j.prps.2007.09.005>
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-NELSON.
- Grunberger, B. (1971). *Le narcissisme, essais de psychanalyse*. Paris: Payot. Retrieved from https://www.amazon.fr/narcissisme-essais-psychanalyse-GRUNBERGER-BELA/dp/B003WTS0M6/ref=sr_1_2?s=books&ie=UTF8&qid=1509122841&sr=1-2&keywords=Le+narcissisme+%3A+essais+de+psychanalyse+Béla+Grunberger
- Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2017). *Manuel de psychiatrie, 3e éd.* Elsevier Masson.
- Haaga, D. A. F., & Beck, A. T. (1995). Perspectives on depressive realism: Implications for cognitive theory of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 41–48. [http://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)E0016-C](http://doi.org/10.1016/0005-7967(94)E0016-C)
- Hartmann, E., Halvorsen, M., & Wang, C. E. A. (2013). Rorschach variables and dysfunctional attitudes as measures of depressive vulnerability: A 9-year follow-up study of individuals with different histories of major depressive episodes. *Journal of Personality Assessment*, 95(1), 26–37. <http://doi.org/10.1080/00223891.2012.713881>
- Hartmann, E., Wang, C. E., Berg, M., & Saether, L. (2003). Depression and Vulnerability As Assessed by the Rorschach Method. *Journal of Personality Assessment*, 81(3), 242–255. http://doi.org/10.1207/S15327752JPA8103_07
- Hartmann, H. (1968). *La Psychologie du moi et le problème de l'adaptation : Ich-Psychologie*

- und Anpassungsproblem, par Heinz Hartmann. Traduit de l'allemand par Anne-Marie Rocheblave-Spenlé - - Livres. Presses universitaires de France. Retrieved from <https://www.amazon.fr/Psychologie-problème-ladaptation-Anpassungsproblem-Rocheblave-Spenlé/dp/B0014VFCM0>*
- Haynal, A. (1984). Problèmes de la clinique de la dépression. *Psychologie Médicale*, 16(4), 607–616.
- Husain, O. (2015). From Persecution to Depression: A Case of Chronic Depression- Associating the Rorschach, the TAT, and Winnicott. *Journal of Personality Assessment*, 3891(January), 1–11. <http://doi.org/10.1080/00223891.2015.1009081>
- Husain, Merceron, Rossel, Odile, H., & Merceron Colette, & R. F. (2001). *Psychopathologie et polysémie études différentielles à travers le Rorschach et le TAT dépression, toxicomanie, simulation, plainte douloureuse, lombalgies, persécution, obsession, faux-self*. (Payot, Ed.). Lausanne.
- Hyland, M. E. (1987). Control theory interpretation of psychological mechanisms of depression: Comparison and integration of several theories. *Psychological Bulletin*, 102(1), 109–121. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.102.1.109>
- Ilonen, T., & Salokangas, R. K. R. (2016). The Rorschach coping deficit index as an indicator of neurocognitive dysfunction. *Rorschachiana*, 37(1), 28–40. <http://doi.org/10.1027/1192-5604/a000075>
- Ilonen, T., Taiminen, T., Karlsson, H., Lauerma, H., Leinonen, K.-M., Wallenius, P. T., & Salokangas, K. . (1999). Diagnostic efficiency of the Rorschach schizophrenia and depression indices in identifying first-episode schizophrenia and severe depression. *Psychiatry Research*, 87(2), 183–192.
- Ilonen, T., Taiminen, T., Karlsson, H., Lauerma, H., Leinonen, K. M., Wallenius, E., ... Salokangas, R. K. R. (1999). Diagnostic efficiency of the Rorschach schizophrenia and depression indices in identifying first-episode schizophrenia and severe depression. *Psychiatry Research*, 87(2–3), 183–192. [http://doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00061-X](http://doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00061-X)
- Jansak, D. M. (1997). *The Rorschach Comprehensive System Depression Index, depression heterogeneity, and the role of self-schema*. Doctoral dissertation, California School of

Professional Psychology, San Diego,.

Jorgensen, K., Andersen, T. J., & Dam, H. (2000). The Diagnostic Efficiency of the Rorschach Depression Index and the Schizophrenia Index: A Review. *Assessment*, 7(3), 259–280. <http://doi.org/10.1177/107319110000700306>

Kernberg, O. F., Widlöcher, D., & Marcelli, D. (1997). *La Personnalité narcissique*. Dunod.

Kernberg O. (1976). Narcissisme normal et narcissisme pathologique. *Nouv. Rev. Psychanal.*, 13, 181–204.

Klein M. (1930). L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi. Trad. M. Derrida. In *Essais de psychanalyse* (pp. 263–278). Paris: Puf.

Kohut, H. (1971). *Le Soi : la psychanalyse des transferts narcissiques - Trad Lussier, M.* Presses universitaires de France.

Kostogianni, N., & Andronikof, A. (2009). Estime de soi, centration sur soi et ajustement socioaffectif des enfants et des adolescents surdoués. *Encephale*, 35(5), 417–422. <http://doi.org/10.1016/j.encep.2008.10.006>

Le Chevanton, T. (2013). *Création et validation d'une constellation pour le diagnostic différentiel des épisodes dépressifs majeurs bipolaires au moyen du test de Rorschach (système intégratif)*. Université Paris Ouest Nanterre.

Lehmann, J.-P. (2010). La valeur de la dépression selon D.W. Winnicott. *La Clinique Lacanienne*, 17(1), 137. <http://doi.org/10.3917/cla.017.0137>

Lemmel, G. (2004). *Les Publications essentielles sur le Rorschach en SI Exner. Psychologie Française* (Vol. 49). <http://doi.org/10.1016/j.psfr.2004.02.003>

Loosli-Usteri, M. (1958). *Practical Handbook for the Rorschach Test*. Bern: Hans Huber.

Loosli-Usteri, M. (1965). *Manuel pratique du test de Rorschach*. Paris: Hermann.

Mattlar, C. E. (2004). Are We Entitled to Use Rorschach Workshop's Norms When Interpreting the Comprehensive System in Finland? *Rorschachiana*, 26(1), 85–109. <http://doi.org/10.1027/1192-5604.26.1.85>

- Mcneal, E. T., Cimboric, P., & House, B. J. (1986). Antidepressants and Biochemical Theories of Depression. *Psychological Bulletin*, 99(3), 361–374. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.99.3.361>
- Meyer, G. J. (1993). The impact of response frequency on the Rorschach constellation indices and on their validity with diagnostic and MMPI-2 criteria. *Journal of Personality Assessment*. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa6001_13
- Meyer, G. J. (1997). Thinking clearly about reliability: More critical corrections regarding the Rorschach Comprehensive System. *Psychological Assessment*, 9(4), 495–498. <http://doi.org/10.1037//1040-3590.9.4.495>
- Meyer, G. J. (2000). On the science of Rorschach research. *Journal of Personality Assessment*, 75, 46–81.
- Meyer, G. J., Hsiao, W. C., Viglione, D. J., Mihura, J. L., & Abraham, L. M. (2013). Rorschach scores in applied clinical practice: A survey of perceived validity by experienced clinicians. *Journal of Personality Assessment*, 95(4), 351–365. <http://doi.org/10.1080/00223891.2013.770399>
- Meyer, G. J., Viglione, D. J., & Exner, J. E. (2001). Superiority of form% over Lambda for research on the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment*, 76(1), 68–75. http://doi.org/10.1207/S15327752JPA7601_4
- Mihura, J. L., Meyer, G. J., Dumitrascu, N., & Bombel, G. (2013). The validity of individual Rorschach variables: Systematic reviews and meta-analyses of the comprehensive system. *Psychological Bulletin*, 139(3), 548–605. <http://doi.org/10.1037/a0029406>
- Miranda, J., & Persons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 76–79.
- Mormont, C., Andronikof-Sanglade, A., Vermeyley-Titron, N., & Pardoën, D. (1990). Comparaison de déprimés unipolaires et bipolaires au moyen du Rorschach (Comprehensive system d'Exner). *Revue de Psychologie Appliquée* 40(2), 207–218.
- Mormont, C., Thommessen, M., & Kever, C. (2007). Rorschach Comprehensive System Data for a Sample of 100 Adult Nonpatients From the Belgian French-Speaking Community.

Journal of Personality Assessment, 89(sup1), S26–S34.
<http://doi.org/10.1080/00223890701582871>

- Morval, M. (1999). *Le TAT et les fonctions du moi*. Montréal: Les presses de l'université.
- Murray, H. A. (1943). *Manual for the Thematic Apperception Test*. Cambridge: Harvard University Press.
- Neau, F. (2014). De la représentation de soi au narcissisme... et retour ? *Psychologie Clinique et Projective*, 20(1), 109. <http://doi.org/10.3917/pcp.020.0109>
- Noord, R. G. Van. (2006). Florida State University Libraries The Use of the Rorschach Comprehensive System as an Assessment of Depression in Adolescents.
- Pariente P., Challita H., Mesba M., G. J. D. (1992). The GHQ-28 questionnaire in french: a validation survey. *Eur. Psychiatry*, 7, 15–20.
- Pariente P., G. J. D. (1990). Inventaires d'auto-évaluation de la psychopathologie chez l'adulte. 1e partie : inventaires multidimensionnels. *Psychiat. Psychobiol.*, 5, 49–63.
- Phillips, L., & Smith, J. G. (1953). *Rorschach interpretation: Advanced technique*. New York: Grune & Stratton.
- Piotrowski, Z. (1957). *Perceptanalysis*. New York: Macmillan.
- Rector, N. A., Segal, Z. V., & Gemar, M. (1998). Schema research in depression: A Canadian perspective. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 30(4), 213–224. <http://doi.org/10.1037/h0087064>
- Rocco, V. Di. (2017). Le narcissisme primaire, une construction psychotique ? *Filigrane: Écoutes Psychothérapeutiques*. <http://doi.org/10.7202/016924ar>
- Roman, P., & Laupies, V. (2009). L'intérêt des épreuves projectives en consultation de psychopathologie clinique : le soutien de la conflictualité psychique. *L'information Psychiatrique*, 85(10), 891. <http://doi.org/10.3917/inpsy.8510.0891>
- Rondet, C., Cornet, P., Kaoutar, B., Lebas, J., & Chauvin, P. (2013). Depression prevalence and primary care among vulnerable patients at a free outpatient clinic in Paris, France, in 2010: results of a cross-sectional survey. *BMC Family Practice*, 14(1), 151.

<http://doi.org/10.1186/1471-2296-14-151>

- Rosolato, G. (1975). L'axe narcissique des dépressions. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 11, 5–33.
- Roustit, C., Cadot, E., Renahy, É., Massari, V., & Chauvin, P. (2008). Les facteurs biographiques et contextuels de la dépression : analyses à partir des données de la cohorte SIRS , agglomération parisienne , 2005, 321–325.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1977). Self-focused attention and the experience of emotion: attraction, repulsion, elation, and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(9), 625–36. <http://doi.org/10.1037/0022-3514.35.9.625>
- Sells, J. E. (1991). *A validity study of the DEPI index The Rorschach Comprehensive System*. Doctoral dissertation University of Utah. 1990. <http://doi.org/Dissertation Abstracts International 51 5590B>
- Semer, N. L., & Yazigi, L. (2009). The Rorschach and the Body: The Study of Self-Esteem in Enuretic Children Through the Rorschach Method. *Rorschachiana*, 30(1), 3–25. <http://doi.org/10.1027/1192-5604.30.1.3>
- Sendín, C., & De Felipe Oroquieta, J. (1999). Rorschach and MMPI evaluation of depressive components in neurologically affected patients. *Rorschachiana*, 23(1), 15–27. <http://doi.org/10.1027/1192-5604.23.1.15>
- Sendín, M. C. (2010). Rorschach usefulness in treatment planning. *Rorschachiana*, 31(1), 70–89. <http://doi.org/10.1027/1192-5604/a000005>
- Shentoub V. et al. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT. Approche psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Singer, H. K., & Brabender, V. (1993). the Use of the Rorschach To Differentiate Unipolar and Bipolar Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 60(2), 333–345. http://doi.org/10.1207/s15327752jpa6002_10
- Sjöberg, R. L., & Blomstedt, P. (2011). The psychological neuroscience of depression: Implications for understanding effects of deep brain stimulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(5), 411–419. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00891.x>

- Smith, B. L., & Boizou, M. (2016). Relecture critique de L'interprétation psychanalytique du test de Rorschach (Schafer 1954), *I(Schafer 1954)*, 123–136.
- Stredny, R. V., & Ball, J. D. (2005). The Utility of the Rorschach Coping Deficit Index as a Measure of Depression and Social Skills Deficits in Children and Adolescents. *Assessment*, 12(3), 295–302. <http://doi.org/10.1177/1073191105278075>
- Sultan, S. (2004). Rorschach et maladies somatiques. *Psychologie Française*, 49(1984), 63–79. <http://doi.org/10.1016/j.psfr.2003.11.004>
- Sultan, S., Andronikof, A., Fouques, D., Lemmel, G., Mormont, C., Réveillère, C., & Saïas, T. (2004). Vers des normes francophones pour le Rorschach en système intégré : premiers résultats sur un échantillon de 146 adultes Towards French language norms for the Rorschach comprehensive system: preliminary results in a sample of 146 adults. *Psychologie Française*, 49, 7–24. <http://doi.org/10.1016/j.psfr.2003.11.002>
- Sultan, S., & Chudzik, L. (2010). *Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2* (Psy-Éval). Madarga.
- Sultan, S., & Porcelli, P. (2004). Rorschach et maladies somatiques : Applications et éléments de validité. *Psychologie Française*, 49(1), 63–79. <http://doi.org/10.1016/j.psfr.2003.11.004>
- Sultan, S., & Porcelli, P. (2007). A Critical Review on Using the Rorschach Method in Somatic Illnesses, 36–57.
- Trautenberg, R., & Andronikof-Sanglade, A. (1984). Représentation de soi et relation d'objet au Rorschach. Grille de représentation de soi. *Revue de Psychologie Appliquée*, 34(11), 41–57.
- Venturini, E., & Roques, M. (2016). Évaluation des processus de changement des femmes atteintes d'un cancer pelvien: À propos des qualités de test/retest du Thematic Apperception Test. *Annales Medico-Psychologiques*, 174(6), 499–502. <http://doi.org/10.1016/j.amp.2016.04.004>
- Verdon, B., Chabert, C., Azoulay, C., Emmanuelli, M., Neau, F., Vibert, S., & Louët, E. (2014). The dynamics of TAT process psychoanalytical and psychopathological

- perspectives. *Rorschachiana*, 35(2), 103–133. <http://doi.org/10.1027/1192-5604/a000056>
- Viglione, D. J., Perry, W., Giromini, L., & Meyer, G. J. (2011). Revising the Rorschach Ego Impairment Index to Accommodate Recent Recommendations About Improving Rorschach Validity. *International Journal of Testing*, 11(4), 349–364. <http://doi.org/10.1080/15305058.2011.589019>
- Viglione, D. J., Perry, W., Jansak, D., Meyer, G., & Exner, J. E. (2003). Modifying the Rorschach Human Experience Variable to create the Human Representational Variable. *Journal of Personality Assessment*, 81(789685091), 64–73. http://doi.org/10.1207/S15327752JPA8101_06
- Weiner, I. B. (1996). Some observations on the validity of the Rorschach Inkblot Method. *Psychological Assessment*, 8, 206–213.
- Winnicott, D. W. (1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Sciences humaines). Payot. Retrieved from <https://livre.fnac.com/a263064/Donald-Woods-Winnicott-De-la-pediatrie-a-la-psychanalyse>
- Wood, J. M., Lilienfeld, S. O., Garb, H. N., & Nezworski, M. T. (2000). Limitations of the Rorschach as a diagnostic tool: A reply to Garfield (2000), Lerner (2000) and Weiner (2000). *Journal of Clinical Psychology*, 56(3), 441–448. [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200003\)56:3<441::AID-JCLP19>3.0.CO;2-Q](http://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200003)56:3<441::AID-JCLP19>3.0.CO;2-Q)
- Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996a). Thinking Critically About the Comprehensive System for the Rorschach: A Reply to Exner. *Psychological Science*, 7(1), 14–17. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1996.tb00660.x>
- Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996b). Thinking Critically About the Comprehensive System for the Rorschach: A Reply to Exner. *Psychological Science*, 7(1), 14–17. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1996.tb00660.x>
- Wood, J. M., Nezworski, M. T., & Stejskal, W. J. (1996c). Thinking Critically About the Comprehensive System for the Rorschach: A Reply to Exner. *Psychological Science*, 7(1), 14–17. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1996.tb00660.x>
- Wood, J. M., Nezworski, M. T., Stejskal, W. J., Garven, S., & West, S. G. (1999).

Methodological Issues in Evaluating Rorschach Validity: A Comment on Burns and Viglion (1996), Weiner (1996), and Ganellen (1996). *Assessment*, 6(2), 115–129.
<http://doi.org/10.1177/107319119900600202>

ANNEXES

Annexe 1 : Appel de recherche pour l'échantillon normatif

Annexe 2 : Notice d'information pour l'échantillon Normatif

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé pour les participants

Annexe 4 : Appel de recherche pour l'échantillon Dépressif

Annexe 5 : Exemple de questionnaires utilisés pour l'échantillon Normatif

Annexe 6 : Exemple de feuille Schémablock de Rorschach Système Intégré

Annexe 7 : Exemple de feuille de séquence de cotation

Annexe 8 : Exemple d'un protocole de Rorschach pour l'échantillon Dépressif

Veillez trouver dans le Tomme II des Annexes, l'ensemble des protocoles des participants concernant le Rorschach Système Intégré (échantillons normatif et dépressif).

Annexe 1 : Appel de recherche pour l'échantillon normatif

A tous les étudiants de l'Université de Paris Ouest

Le laboratoire CLIPSYD (EA 4430) organise une grande enquête nationale dans le but de valider un test de personnalité (le Rorschach en Système Intégré).

Nous recrutons des volontaires qui seraient prêts à nous consacrer 1h à 1h30 de leur temps.

La participation à cette enquête est complètement anonyme, c'est-à-dire que les chercheurs n'auront aucun moyen de connaître votre nom.

En revanche vous pourrez emporter chez vous une copie du protocole de vos réponses.

Pour prendre rendez-vous, prière de contacter la doctorante chargée de cette étude :

Lamia Al-Nissany

**alnissany.lamya@yahoo.fr
[0643176802](tel:0643176802)**

Nanterre, le 10/04/2014



Pr Anne Andronikof
UFR SPSE
01 4097 4740

andronik@u-paris10.fr

Annexe 2 : Notice d'information pour l'échantillon Normatif (1/2)

<p>NOTICE D'INFORMATION SUR LA RECHERCHE RELATIVE A LA VALIDATION FRANÇAISE DU TEST DE RORSCHACH (SYSTEME INTEGRE)</p>

Etude menée par l'équipe IPSé (CLIPSYD EA 4430), sous la direction du Pr Anne Andronikof

Titre de la recherche : Etude de validation du Rorschach en Système Intégré

Nom et coordonnées du psychologue-chercheur à contacter: Mme AL NISSANY Lamia,

Tél : 06 43 17 68 02 ; courriel : alnissany.lamya@yahoo.fr

Nom et coordonnées du chercheur référent sur l'UB : Ingrid BANOVIC (MCF-HDR)

courriel ; Ingrid.Banovic@u-bourgogne.fr

Madame, Monsieur,

Comme vous le savez certainement, la validité d'un test repose en grande partie sur l'existence de données de référence pour la population générale. Or on ne dispose pas de telles données pour le Rorschach, un test pourtant largement utilisé dans divers contextes d'intervention des psychologues.

Nous avons donc besoin de votre participation !

BUT DE L'ETUDE

Produire une table normative pour les variables Rorschach qui puisse valablement servir de référence dans les pays de culture francophone.

ETHIQUE DE LA RECHERCHE

Votre participation est libre et volontaire, et vous pourrez vous retirer à tout moment de l'étude Le recueil de données est strictement confidentiel et les données elles-mêmes sont complètement

Annexe 2 : Notice d'information pour l'échantillon Normatif (2/2)

une copie de votre protocole de Rorschach vous sera remise. Enfin, les données seront complètement anonymes. Il vous sera possible de retirer votre consentement à tout moment de l'étude en contactant le psychologue-chercheur dont les coordonnées sont indiquées en en-tête en lui fournissant le numéro du protocole dont une copie vous aura été remise en échange de votre participation afin que nous procédions à sa destruction.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'étude comprend :

un bref entretien de présentation, le test du Rorschach, deux questionnaires de santé générale, et une épreuve de récit sur image.

Durée totale : 1h30 environ.

Si vous acceptez de nous donner un peu de votre temps, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement.

Prendre rendez-vous avec Mme Al Nissany.

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

La passation de l'étude ayant lieu dans les locaux de l'Université de Bourgogne avec l'autorisation du directeur de l'UFR Sciences Humaines à titre gracieux, l'Université de Bourgogne ne saurait être tenue pour responsable pour quelque incident que ce soit.

Annexe 3 : Formulaire de consentement éclairé pour les participants

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POUR LA PARTICIPATION A UNE RECHERCHE**

N° du protocole

Titre de la recherche : **Validation du Rorschach (Système Intégré)**

Responsable : Anne Andronikof, équipe IPSé (CLIPSYDEA 4430)

Coordonnées du chercheur : Mme AL NISSANY Lamia, tél : 06 43 17 68 02 ; courriel : alnisany.lamya@yahoo.fr

Je soussigné(e) (*nom et prénom du participant*),

Déclare

- avoir pris connaissance des objectifs et procédures de l'étude
- avoir eu des garanties sur sa conformité aux règles éthiques et déontologiques de la recherche en sciences humaines, et particulièrement en psychologie
- et accepter librement d'y participer, en sachant que je puis arrêter à tout moment ma participation

J'accepte que les données me concernant recueillies à l'occasion de cette étude puissent faire l'objet d'un traitement statistique par les organisateurs de la recherche.

Fait à

le

Nom et signature de l'investigateur

Signature du participant

Annexe 4 : Appel de recherche pour l'échantillon Dépressif

Appel à la Recherche :

Le laboratoire CLIPSYD (EA 4430) organise une grande enquête nationale dans le but de valider un test psychologique (le Rorschach en Système Intégré).

Nous recrutons des **volontaires souffrant de dépression** qui seraient prêts à nous consacrer 1h à 1h10 de leur temps.

La participation à cette enquête est complètement anonyme, c'est-à-dire que les chercheurs n'auront aucun moyen de connaître votre nom.

Votre participation sera d'une grand aide pour la recherche.

Pour prendre rendez-vous, prière de contacter la doctorante chargée de cette étude qui sera présente tous les Jeudi et vendredi de 9H30 à 17H.

Lamia Al-Nissany

alnissany.lamy@yahoo.fr
[06 43 17 68 02](tel:0643176802)

Annexe 5 : Exemple de questionnaires utilisés pour l'échantillon Normatif (1/4)

(Questionnaire de données sociodémographiques ; BDI ; GHQ12 ; SF-SC)

QUESTIONNAIRE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Nom de l'examineur : Al Nissany.....

Lieu de recrutement : Nantes.....

Date de la passation : 24/03/2014.....

Sexe M F

Age 40 ans.....

Nombre d'années d'étude / BAC + 3

Diplôme le plus élevée Licence

Profession Etudiante, reprise d'études
Si chômage, nombre d'années /..... /

Langue maternelle Français Autre(précisez) :

«J'ai aussi besoin de vous poser quelque question générale sur votre santé»

- Prenez-vous des médicaments pour les nerfs ? NON
- Êtes-vous ou avez-vous été en psychothérapie ou soutien psychologique ? oui
- Estimez-vous être dans votre état habituel, ou traversez-vous une période difficile ? Normal. oui

P28

Annexe 5 : Exemple des questionnaires utilisés pour l'échantillon Normatif (2/4)

QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ DE BECK

28

Traduction française : P. PICHOT

NOM _____ PRÉNOM _____
SEXE AGE DATE

Instructions

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

- A. Je ne me sens pas triste. **0**
Je me sens cafardeux ou triste. **1**
Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir. **2**
Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter. **3**
- B. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir. **0**
J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir. **1**
Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer. **2**
Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer. **3**
- C. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie. **0**
J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens. **1**
Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs. **2**
J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants). **3**
- D. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait. **0**
Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances. **1**
Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit. **2**
Je suis mécontent de tout. **3**
- E. Je ne me sens pas coupable. **0**
Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps. **1**
Je me sens coupable. **2**
Je me juge très mauvais, et j'ai l'impression que je ne vauds rien. **3**

- F. Je ne suis pas déçu par moi-même. **0**
Je suis déçu par moi-même. **1**
Je me dégoûte moi-même. **2**
Je me hais. **3**
- G. Je ne pense pas à me faire du mal. **0**
Je pense que la mort me libérerait. **1**
J'ai des plans précis pour me suicider. **2**
Si je le pouvais, je me tuerais. **3**
- H. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens. **0**
Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois. **1**
J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux. **2**
J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement. **3**
- I. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume. **0**
J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision. **1**
J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions. **2**
Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision. **3**
- J. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant. **0**
J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux. **1**
J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique, qui me fait paraître disgracieux. **2**
J'ai l'impression d'être laid et repoussant. **3**
- K. Je travaille aussi facilement qu'auparavant. **0**
Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose. **1**
Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit. **2**
Je suis incapable de faire le moindre travail. **3**
- L. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude. **0**
Je suis fatigué plus facilement que d'habitude. **1**
Faire quoi que ce soit me fatigue. **2**
Je suis incapable de faire le moindre travail. **3**
- M. Mon appétit est toujours aussi bon. **0**
Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude. **1**
Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. **2**
Je n'ai plus du tout d'appétit. **3**

Annexe 5 : Exemple de questionnaires utilisés pour l'échantillon Normatif (4/4)

28

SF-SC

Veillez compléter les phrases suivantes, spontanément, avec les premiers mots qui vous viennent à l'esprit.

1. Je pense... *donc je suis*
2. J'ai été très heureux/heureuse quand... *J'étais toute petite.*
3. Mes rêveries agréables concernent... *ma vie affective.*
4. Mon père... *est loin*
5. Si seulement je pouvais ... *rencontrer*
6. Le plus dur pour moi, c'est... *d'avancer*
7. Je souhaite... *repartir à rio*
8. Quand j'étais enfant... *J'étais petite.*
9. Je suis... *une femme*
10. Je me sens le mieux quand... *je suis chez moi*
11. Les autres... *ça dépend*
12. Quand je me regarde dans un miroir..., *J'évite de me regarder*
13. Si seulement je... *étais un garçon*
14. Au moins je ne suis pas... *une psychopathe.*
15. Ma vie sexuelle... *chaotique*
16. Je suis bouleversé(e) quand... *je lis des horreurs.*
17. Ce que j'aime le plus en moi... *mon chien.*
18. Les amis... *comptent beaucoup*
19. J'aimerais mieux être photographié(e)... *non surtout pas*
20. Je crois que je suis... *comme tout le monde*
21. Ma mère... *est morte*
22. Je me demande... *quand je passerai à autre chose*
23. La pire chose en moi... *mon physique.*
24. J'ai toujours voulu... *repartir à rio*
25. J'essaie le plus de plaire... *non je n'essaie pas toujours*
26. Un jour je... *morrirai*
27. Mon apparence... *me déçoit*
28. Mes parents... *sont loin*
29. Si je pouvais faire ce que je veux... *J'achèterais une T6.*
30. J'aime... *je ne sais pas.*

Annexe 6 : Exemple de feuille Schémablock de Rorschach Système Intégré

Rorschach: Psychodiagnostics

P2

Schemablock
(Recording blanks)

Verlag Hans Huber Bestelnummer 0302903
ISBN 3-456-30276-2*

1+2=w
π=w
I

3=w
4
D3
II

5+V6=D1+D2
Papilles
Epaules
Yax
Braz
leviers
III

9+10=w
IV

D1+D6 = 8
Des ailes de chauve-souris
tête
oreilles
IV

11=w
12
D3+Mouton
V14
D2
VI

13=w
troupe
tête
tr. diaphragme
troupe
diaphragme
œil
VII

16=D6
15
grotte
D1+D5
VIII

17=w
19=D9
tête
troupe
peinture
IX

20=w
tous Eiffel
crabe
pattes
pattes
pattes
all. Picdy
œil
21=x
D10
X

© 1947/2000 by Verlag Hans Huber, Bern

Annexe 8 : Exemple d'un protocole de Rorschach pour l'échantillon Dépressif (6 pages)

PROTOCOLE D2

1 / 6

Lamia ALNISSANY
Rorschach

Note : ^ = planche à l'endroit (touche circonflexe puis espace); V pl à l'envers; > vers la droite;< vers la gauche

I	1	deux anges qui s'embrassent.	E: [Lit la réponse] S: J'ai l'impression de voir les ails là et là et la petite tête derrière l'ail. [Derrière] oui vous vouiez c'est la tête d'ange au milieu et de chaque côté il y a un ail. On dirait que la tête est cachée derrière l'ail et les deux jambes. [S'embrassent] le rapprochement entre les deux anges. W
	2	deux éléphantés qui s'embrassent aussi ils montent un arbre chacun de son côté, je vois sur tôt des petits éléphants avec leurs petite queue, les oreilles grandes et la trompe.	E: [Lit la réponse] S: L'arbre au milieu et s'embrassent avec le rapprochement de leurs trompe on voit les grandes oreilles avec la petite queue. [L'arbre] on dirait un tronc d'arbre au milieu. W
	3	au milieu je vois une cloche, je le désassocier des autres c'est peut être l proche de pâque	E: [Lit la réponse]D4 S: Avec le haut et le bas de cloche et avec le truc qui dépasse pour donner le son.
	4	une silhouette humaine avec les mains qui se lève vers le ciel quel qu'un en prière	E: [Lit la réponse]D4 S: Je vois clairement les deux mains levées vers le ciel avec les pouces détachées du reste des mains. Il manque la tête quand même c'est un peu contradictoire mais cela pourrait aussi être un personnage avec deux tête.
II	5	Oh là là ce qui est rouge cela m'évoque systématiquement le sang, ça m'évoque quel que chose de négatif, il y a de rouge qui pourrait ressembler à des organes internes et en avant à des poumons malades parce que ils sont noir.	E: [Lit la réponse] S: Ce sont des poumons de fumeur comme la reste des organes est rouges de coup la rest de corps est en bon santé mis les poumons sont abimée. [Abimée] le fait que ca soit noires. W

PROTOCOLE D2

2 / 6

Lamia ALNISSANY

	6	si je détache le rouge de sangs je vois deux personnages avec leurs chapeaux deux personnages face à face qui mis leurs mains l'un contre l'autre.	E: [Lit la réponse]W S: deux personnages assissent les génaux qui se touchent à un endroit c'est le monde imaginaire on dirait deux sorciers qui se regardent l'une à l'autre. Le chapeau sur la tête les mains qui se touchent les génaux et les pieds en bas.
	7	v des points de danseuses (le rouge en bas)	E: [Lit la réponse]D2 S: On dirait des petites chaussures de danseuses avec la couleur et la forme.
III	8	oh là là deux femmes qui se regardent avec la poitrine et les talons et ils sont des jambes effilé, deux femmes qui se feront attention à leur ligne il pourrait être dans une période de solde et chacun essaye essayer de tirer enfin d'arracher quel que chose chacun de leur côté.	E: [Lit la réponse]D1 S: [Période de solde] je vois ça dans le mouvement vous voyez dirait que chacune essayer d arracher quel que chose comme dans le solde
	9	V le haut d'un corps d'insecte, une espèce de scarabée avec le haut les pattes de devants.	E: [Lit la réponse]D1 S: La tête avec les deux yeux, les pattes avant et la moitié de corps, il manque la reste de corps c'est-à- dire les deux autres pattes.
	10	les taches rouges c'est quel qu'un qui aurait une posture installée sur le dos, les jambes en l'air mais tout fois qui aurait une tête animale, peut être un chien, un ours, un loup, un animale imposant, quel qu'un en équilibre sur le haut de dos.	E: [Lit la réponse]D2 S: Une espèce de personnage qui fait comme une gymnastique, le dos et la tête qui ressemble à une tête animale. [Tête imposant] oui ce n'est pas une tête normale c'est animale.

PROTOCOLE D2

3 / 6

Lamia ALNISSANY

IV	11	c'est assez sombre un personnage de cauchemar, peut être un personnage de l'imaginaire noir avec des pieds gigantesque et deux pinces en guise de bras, il me fait flipper celui-là.	E: [Lit la réponse]W S: Les deux pieds immenses là c'est l'idée qu'il va nous attraper, qui il va nous chopper avec ces pinces affreuses. [Chopper] c'est seulement ce noir et ces pinces affreuses qui font cette impression.
	12	V une espèce de chevale ailé qui sera assise même si les chevaux ne s'assissent pas souvent. Lui malgré le noir il est bienveillante, on est plus dans l'imaginaire mais l'imaginaire agréable.	E: [Lit la réponse]W S: V Les deux pattes qui sont rapprochées là avec la tête, les yeux, les ailes et puis cette position comme assise avec le derrière du corps.
	13	V Puis deux personnages qui seront debout sur un objet volant avec une espèce de poignée avant pour diriger.	E: [Lit la réponse]D4 S: Les deux personnages avec la silhouette là sont debout avec une espèce de poignée pour moi c'est volant avec sa façon de diriger.
V	14	une chauve-souris	E: [Lit la réponse] S: La pauvre avec la couleur noir, les ailes, la tête et les pattes. W
	15	un personnage de cabaret avec un costume avec des espèces de froufrou et un ornement sur la tête pour se faire jolie.	E: [Lit la réponse] S: Quel qu'un dans la pénombre on voit juste ces silhouette, sa tête avec une espèce de chapeau améliorer sur la tête pour faire une espèce de chose jolie et puis là j'imagine qu'il des longues bras qui lui permettre de tenir son costume. [impression de Costume] toute ce côté irrégulière de voile de chose un peu aérien. W
	16	< pas très bien dessinée mais une mouette avec son bec.	E: [Lit la réponse] S: Le bec avec ces ailes sauf que les ailes sont mal dessiné. Au niveau de perspective il n'est pas juste. W
	17	sur les deux côtés une jeune fille adossée contre un rocher, je lui vois bien fac à la mer en train de regarder.	E: [Lit la réponse]Dd35+D1 S: Là la fille avec sa longue jambe et le rocher là comme si elle regarde la mer. Je ne sais pas pourquoi j'ai dit elle regarde la mer peut être c'est en lien avec la mouette je ne sais pas.

PROTOCOLE D2

4 / 6

Lamia ALNISSANY

VI	18	je vois un chat de dos parce qu'il y a la moustache.	E: [Lit la réponse] S: On le voit de dos là il y a ces oreilles avec tous les poils de moustache et ce côté touffu à côté de la gueule et là son cou. Là il est assis à cause des épaules comme ça. W
	19	V une affreuse fourrure de bête morte qu'on s'en sert comme tapis.	E: [Lit la réponse] S: on pourrait mettre ça dans le salon, il y a les pattes arrières et avant de l'animale avec la gueule en haut. [fourrure] les cotées irrégulière mais symétrique.
VII	20	deux personnages de bande dessinée qui se regardent. Je hésite entre les deux petites mamies et les deux petites filles qui jouent à la balançoire, c'est bizarre parce que ces deux petites personnages peut être vieux comme ils peuvent être jeunes aussi ce sont plus des personnages âgées, des mamies.	E: [Lit la réponse] S: Le côté petite fille avec la coquette et la jupe et avec la balançoire mais avec ce cou un peu en avant et ce côté un peu tassée ça fait plus l'impression de mamies. J'ai de male à me décider, il y a des éléments qui parlent de deux. W
	21	je vois aussi deux autres personnages qui sont fesses à fesses, deux personnages de sexe masculin sans qu'il soit des hommes, deux personnages de bande dessinée avec leurs ventre, leurs pieds.	E: [Lit la réponse]Dd99 S: deux personnage qui grimassent, qui ont pas l'air très sympathique. On peut imaginer qu'ils sont en position de défense, ils sont proche pour se défendre d'un éventuelle assaillant, ils se bloquent tous les deux. Ils font bloque, ils sont à la défense fasse à l'assaillant c'est pourquoi ont l'air un peu méchant.
VIII	22	oui il y a de la couleur c'est bien on dirait deux petits mammifère qui sont en train de monter chacun de leur côté sur les flancs d'une montagne.	E: [Lit la réponse]W S: Les quatre pattes et la petite tête et là la montagne ils se sont dans la nature

PROTOCOLE D2

5 / 6

Lamia ALNISSANY

- 23 quel que chose de humain un sculpte
humain, une colonne vertébrale malgré tout
- E: [Lit la réponse]D6
S: On dirait là la colonne vertébrale avec les vertèbres qui sont là, les épaules, le cou, là une espèce de torse et là le bassin.
- 24 V un masque un peu d'halloween, ce
masque effrayant et qui contient toujours
une sourire diabolique, un peu masque en
tous cas efficace.
- E: [Lit la réponse]
S: V une espèce de demi masque qui il a la forme pour mettre sur le visage, une espèce de masque qui tombent sur le nez, j'imagine ce masque avec une espèce de sourire machiavélique maléfique, qu'on se voit pas mais j'ai l'impression que avec ce masque on peut avoir l'air machiavélique.
- 25 Quelque chose de l'ordre de nature, le vert
ça fait penser à un lac de montagne vert
l'orangée ce qui ce passe en au-dessous une
espèce de volcan dormant des coches
différents avec le lac l'arbre et la montagne
au-dessus.
- E: [Lit la réponse]D6
S: Ça se passe sous la terre le volcan en dessous le lac et la montagne c'est les couleurs ça reste apaisant.
-
- IX 26 ah les deux danseuses de flamenco avec des
tants fofou
Ils tiennent la robe avec les bras c'est un
peu flou, ils sont un bras sans la tête (que le
vert) avec un cuve à boir.
- E: [Lit la réponse]D 11
S: Oui les danseuses de flamenge là.
[Cuve à boire] c'est le relief comme une couve aluminium avec la forme qui donne cette impression arrondie en fait. C'est un peu festive ça bois ça régule.
C'est la même réponse le clowns avec les danseuses et la cuve ? non ce sont deux réponse les danseuses avec la cuve derrière et puis le clown qui fait le spectacle c'est un autre réponse.

PROTOCOLE D2

6 / 6

Lamia ALNISSANY

- 27 Au dessous une espèce de personnage
comme des clown avec son chapeau qui
serai une espèce de cuve peut être pour
boire et les danseuses sont en dessus mais
dans le sens envers, ça pourrait être un
personnage de spectacle qui salut parce que
on le verrait de dos on le voit avec leur
costume imposant, un personnage de cirque
le costume est imposant un spectacle
joyeuse. On le voit enfin on voit ces fesses
et il est en train de saluer le public.
- E: [Lit la réponse]
S: Tout le reste de corps en avant pour saluée le public. Là on voit son dos là on voit en bas comme des chaussures très colorées et très imposante et là la reste c'est son costume colorées c'est un spectacle agréable. W
-
- X 28 La tour Eiffel c'est mon ancienne vie
parisienne, Un plans de métro avec tous ces
couleurs
- E: [Lit la réponse]W
S: Oui c'est ca.
[La tour Eiffel] la forme et la couleur et avec tous ces couleurs ça fait penser à un plans métro.
- 29 V quelque chose de festive aussi avec le feu
d'artifice peut être des cracheurs de feux,
une scène joyeuse ça me fait penser à un
ambiance de cirque, de fête foraine on
entende des rires, ça pourrait être aussi la
finale d'un grande spectacle de cabaret où
on mis plein là vu, plein les yeux des gens
qui ont venu pour voir.
- E: [Lit la réponse]VW
S: Dans le cabaret il y a pareille avec le costume qui disproportionner par rapport à la taille de l'artiste.
On voit Là les cracheur de feu(rose) avec le feu d'artifice au tour (bleu)
Et le personnage avec un costume démesurer par rapport à son corps (vert en bas)