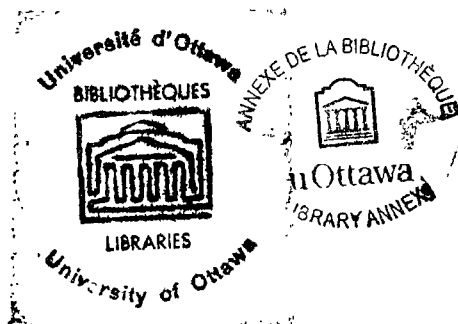


FORMATION DES CONCEPTS ET PRONOSTIC
CHEZ LES SCHIZOPHRÈNES

par Lise Perrier

Thèse présentée à la Faculté de Psychologie
et d'Éducation de l'Université d'Ottawa
en vue de l'obtention du M.A. en
Psychologie



Québec, Canada, 1967

UMI Number: EC56082

INFORMATION TO USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleed-through, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

UMI[®]

UMI Microform EC56082
Copyright 2011 by ProQuest LLC
All rights reserved. This microform edition is protected against
unauthorized copying under Title 17, United States Code.

ProQuest LLC
789 East Eisenhower Parkway
P.O. Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346

RECONNAISSANCE

Cette thèse a été préparée sous la direction de monsieur Gilles Chagnon, M. Ps., professeur à la Faculté de Psychologie et d'Education de l'Université d'Ottawa.

L'accueil bienveillant de monsieur Germain Lavoie, Ph. D., directeur du Service de Psychologie à l'hôpital St-Jean-de-Dieu de Montréal, des autorités des hôpitaux St-Jean-de-Dieu de Montréal et St-Michel-Archange de Québec nous permit de poursuivre la recherche et de la mener à bonne fin.

L'assistance de monsieur Wilfrid Pilon, M. Ps., psychologue à l'hôpital St-Michel-Archange de Québec, permit d'évaluer la fidélité de la cotation.

CURRICULUM STUDIORUM

Lise Perrier est née à Ottawa, Province d'Ontario, le 16 septembre 1941. De l'Université d'Ottawa, elle obtenait un B.A. en 1962.

TABLE DES MATIERES

Chapitres	pages
INTRODUCTION	vii
I.- RECENSION DES ECRITS (A)	1
1. La théorie de l'attitude abstraite et concrète	1
2. Autres interprétations du déficit conceptuel	11
II.- RECENSION DES ECRITS (B)	28
1. Le pronostic d'après l'histoire de cas	29
2. Le pronostic d'après les épreuves psychologiques	33
3. Pronostic et formation des concepts	36
III.- PLAN DE L'EXPERIENCE	41
1. La méthode générale de la recherche	41
2. L'instrument	42
3. Les sujets	51
4. Les hypothèses nulles	61
IV.- LES RESULTATS.	66
1. La présentation des résultats	66
2. L'interprétation des résultats	70
3. Suggestions de recherches possibles	76
RESUME ET CONCLUSIONS.	78
BIBLIOGRAPHIE.	79
 Appendices	
1. LA LISTE DES OBJETS.	82
2. FEUILLES D'ADMINISTRATION DE L'EPREUVE	84
3. COMPARAISON DES RESULTATS DES SCHIZOPHRENES EN REMISSION A UN AUTRE GROUPE DE SCHIZOPHRENES NON EN REMISSION.	87
4. COMPARAISON DES RESULTATS DES SUJETS DE L'HOPITAL ST- JEAN-DE-DIEU ET DE L'HOPITAL ST-MICHEL-ARCHANGE .	91
5. COMPARAISON DES RESULTATS DES SCHIZOPHRENES PARANOI- DES ET DES SCHIZOPHRENES NON PARANOIDES	95
6. SOMMAIRE DE <u>Formation des concepts et pronostic chez les schizophrènes</u>	99
7. ABSTRACT OF <u>Formation des concepts et pronostic chez les schizophrènes</u>	101

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	pages
I.- Fréquences par sous-catégories diagnostiques pour les deux groupes de schizophrènes	55
II.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à l'épreuve complète	67
III.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie active de l'épreuve	68
IV.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie passive de l'épreuve	69
V.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à l'épreuve complète	88
VI.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie active de l'épreuve	89
VII.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie passive de l'épreuve	90
VIII.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à l'épreuve complète	92
IX.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie active de l'épreuve	93
X.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie passive de l'épreuve	94
XI.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à l'épreuve complète	96

LISTE DES TABLEAUX

vi

Tableaux	pages
XII.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie active de l'épreuve	97
XIII.- Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie passive de l'épreuve	98

INTRODUCTION

La formation des concepts chez les schizophrènes est un domaine de recherche fort controversé. En effet la perturbation dans la formation des concepts rencontrée chez certains schizophrènes a reçu des interprétations diverses. La théorie de l'attitude abstraite et concrète, une des premières explications de ce phénomène demeure encore d'actualité parmi les chercheurs en dépit des nombreuses oppositions.

Cette théorie du déficit conceptuel a permis de mettre en évidence des différences à l'intérieur même du groupe de schizophrènes. Cette recherche s'est intéressée au groupe de schizophrènes du point de vue du pronostic, à la suite de l'hypothèse maintes fois émise selon laquelle une bonne capacité d'abstraction chez les schizophrènes indique un pronostic favorable. Cette recherche tente de vérifier expérimentalement cette hypothèse.

Ce rapport de recherche commence donc avec un relevé des différentes interprétations du déficit conceptuel en schizophrénie pour situer plus précisément cette expérimentation dans le cadre de la théorie abstraite et concrète. Ensuite ce manuscrit passe en revue quelques études pronostiques.

Le troisième chapitre présente un aperçu du plan de l'expérience, une description de l'instrument et des sujets

INTRODUCTION

utilisés et il se termine avec les hypothèse nulles. Le chapitre suivant continue avec la présentation et l'analyse des résultats pour se clore avec des suggestions de recherche. En appendice on trouve des précisions au sujet de l'épreuve utilisée et au sujet de la performance d'autres groupes de patients à l'intérieur même de l'échantillon.

CHAPITRE PREMIER

RECENSION DES ECRITS (A).

Ce premier chapitre traitera des écrits qui servent de point de départ pour la présente recherche. Une première section sera consacrée à des explications de termes et à un exposé de la théorie de l'attitude abstraite et concrète; suivra un relevé des travaux de Goldstein et de ses collaborateurs ainsi que des recherches subséquentes dans cette ligne de pensée. Une seconde section présentera un aperçu des autres explications du déficit conceptuel et résumera les recherches accomplies dans ces domaines.

1. La théorie de l'attitude abstraite et concrète.

a) Explications de termes.- Avant de passer au problème du déficit conceptuel chez les schizophrènes, il faudrait s'attarder un peu aux significations de certains termes qui seront fréquemment utilisés dans ce rapport de recherche. L'expression, formation des concepts, exige des précisions. Une définition qualitative pourrait se lire comme suit: façon de développer, de produire, d'arriver à des représentations internes d'expériences. Cette définition repose sur l'explication suivante tirée de Carroll:

[...]any concept is the internal representation of a certain class of experiences, these experiences being either the direct response to aspects of the external environment, or responses to other experiences¹.

Nombre d'auteurs ont remarqué chez les schizophrènes des façons particulières d'arriver à des représentations internes d'expériences de sorte que leur efficacité se trouve réduite dans ce domaine. L'expression, déficit psychologique, proposée par Hunt², traduit la perte d'efficacité notée chez les schizophrènes. Lorsqu'appliquée spécifiquement au domaine de la formation des concepts, l'expression devient déficit conceptuel. Maintenant que nous avons défini ces expressions, nous passerons à la revue des écrits pour nous arrêter d'abord à la théorie de l'attitude abstraite et concrète.

b) La théorie de l'attitude abstraite et concrète.-
Même si l'on admet assez facilement que des schizophrènes fonctionnent à un niveau inférieur aux normaux dans le domaine de la formation des concepts, on doit cependant faire face à une multiplicité d'interprétations de déficit. La théorie de l'attitude abstraite et concrète

1 John B. Carroll, Language and Thought, Englewood Cliffs, N.-J., Prentice-Hall, 1964, p. 81.

2 J. Mc V. Hunt et C. N. Cofer, Psychological Deficit dans J. Mc V. Hunt, rédacteur, Personality and the Behavior Disorders, New York, Ronald, 1944, vol. 2, p. 971.

en est une explication de ce déficit. L'instigateur de cette théorie, Goldstein³, à la suite de recherches auprès des organiques s'intéressa aux schizophrènes. Il postulait chez ces groupes une perturbation de l'attitude abstraite. Cette attitude abstraite, Goldstein la définit par ses manifestations; ainsi il la considère nécessaire pour adopter les types de comportements suivants:

1. To detach our ego from the outerworld or from inner experiences.
2. To assume a mental set.
3. To account for acts to oneself; to verbalize the account.
4. To shift reflectively from one aspect of the situation to another.
5. To hold in mind simultaneously various aspects.
6. To grasp the essential of a given whole: to break up a given whole into parts, to isolate and to synthesize them.
7. To abstract common properties reflectively; to form hierarchic concepts.
8. To plan ahead ideationally; to assume an attitude towards the "mere possible" and to think or perform symbolically⁴.

L'hypothèse principale de Goldstein⁵ soutient que les organiques et les schizophrènes ont perdu l'attitude abstraite et peuvent fonctionner seulement au niveau

³ Kurt Goldstein et Martin Scheerer, Abstract and Concrete Behavior, An Experimental Study with Special Tests, dans Psychological Monographs, vol. 53, n° 2, livraison de 1941, 151 p.

⁴ Idem, ibid., p. 4.

⁵ Kurt Goldstein, Concerning the Concreteness in Schizophrenia, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 59, n° 1, juillet 1959, p. 146-148.

concret dans le domaine de la pensée et du langage. Cette attitude concrète, d'autre part, comprend les seules réponses aux stimuli sensibles immédiats. Laissons maintenant Goldstein expliquer plus longuement son interprétation du déficit conceptuel des schizophrènes:

[...] I became inclined to consider the concreteness of schizophrenic as a protective mechanism against anxiety which originated in early youth.

[...] If it⁶ is not perfectly accomplished catastrophes occur which the infant is not able to bear. He reacts to them with withdrawal, the only protective mechanism which can be built in this stage of infancy when the abstract attitude has not yet developed.

Persons who later become schizophrenics retain the habit of reacting to dangerous situations with abnormal concreteness. They react so particularly to persons because the latter easily produce anxiety as an aftereffect of experiences in infancy. The abnormal concreteness of schizophrenic appears thus as a secondary phenomenon; it does not represent a damage of abstraction, a deterioration of the mind, or a defect in thinking. It is an expression of the restriction in the use of the highest mental capacity⁷.

Maintenant que Goldstein a expliqué sa conception de l'attitude abstraite et concrète et a élaboré son interprétation du déficit conceptuel en schizophrénie,

⁶ Goldstein fait allusion ici à la nouvelle unité qui doit s'établir entre la mère et son enfant à la suite de cette séparation que constitue la naissance.

⁷ Idem, ibid., p. 147.

examinons les applications empiriques qu'il a tenté de faire.

c) Travaux de Goldstein, de ses collaborateurs et de ses successeurs.- Pour étudier la formation des concepts Goldstein et Scheerer⁸ développèrent et adaptèrent une batterie d'épreuves psychologiques composée d'une épreuve de classification de couleurs, d'une épreuve de classification d'objets⁹, d'une épreuve de classification de formes et couleurs et d'une épreuve de classification de bâtons. Goldstein et Scheerer¹⁰ étudièrent le comportement de patients à leurs épreuves. Ils ne produisirent pas cependant de système de cotation suffisamment rigoureux, ni ne procédèrent à des études statistiques sérieuses. Dans une recherche en collaboration avec Bolles¹¹, Goldstein conclut que les normaux et les anormaux adoptent un comportement concret quand celui-ci

8 Kurt Goldstein et Martin Scheerer, op. cit., p. 32-151.

9 Cette épreuve est souvent identifiée au moyen des noms des expérimentateurs qui l'ont utilisée ou modifiée. Elle apparaît sous les titres suivants: Gelb, Goldstein, Weigl, Scheerer, Rapaport Object Sorting Test. Dans cette recherche, elle sera appelée l'épreuve de classification d'objets de Goldstein et Scheerer.

10 Kurt Goldstein et Martin Scheerer, op. cit., p. 32-151.

11 Marjorie Bolles et Kurt Goldstein, A Study of Impairment of "Abstract Behavior", in Schizophrenic Patients, dans The Psychiatric Quartely, vol. 12, no 1, janvier 1938, p. 42-65.

est adéquat mais que chez les schizophrènes, il y a une perturbation de l'habileté à utiliser un comportement abstrait lorsque celui-ci est requis.

Un autre pionnier dans ce champ d'étude, Vigotsky¹², adopta pour ses recherches une épreuve de classification de blocs. Il observa une perturbation fréquente des fonctions conceptuelles et abstractives chez les schizophrènes. Ses constatations reposent sur des études qualitatives et ne jouissent pas d'une démonstration statistique suffisante. Hanfman et Kasanin¹³ adaptèrent la méthode de Vigotsky pour en obtenir des résultats quantitatifs et l'appliquèrent à un groupe de schizophrènes, un groupe d'organiques et un groupe de normaux. Les auteurs observèrent l'influence marquée du niveau de scolarité sur les résultats, mais notèrent tout de même un niveau de formation de concepts moins élevé chez les schizophrènes par rapport aux normaux du même niveau éducationnel. Dans une autre recherche Kasanin et Hanfman¹⁴

12 L. S. Vigotsky, Thought in Schizophrenia, dans Archives of Neurology and Psychiatry, vol. 31, n° 5, mai 1934, p. 1063-1077.

13 J. Kasanin et E. Hanfman, An Experimental Study of Concept Formation in Schizophrenia, dans The American Journal of Psychiatry, vol. 95, n° 1, 1938, p. 35-52.

14 J. Kasanin et E. Hanfman, Disturbances in Concept Formation in Schizophrenia, dans Archives of Neurology and Psychiatry, vol. 40, n° 6, décembre 1938, p. 1276-1282.

remarquèrent une variabilité importante à l'intérieur du groupe de schizophrènes, variabilité qui suggère que le déficit conceptuel est plus prononcé chez certains schizophrènes que chez d'autres. L'influence de la scolarité sur les résultats et la quantification basée sur l'aide et le temps requis pour accomplir l'épreuve limitent l'applicabilité et la signification des résultats.

A l'instar de Kasanin et Hanfman pour le test de Vigotsky, Rapaport¹⁵ développa un système de cotation pour l'épreuve de classification d'objets de Goldstein. Basé sur les niveaux de formation de concepts son système de cotation lui permit de trouver des différences significatives dans l'emploi des réponses abstraites entre son groupe de normaux et son groupe de schizophrènes pour les deux parties de l'épreuve. Il constata une perturbation plus importante chez les schizophrènes chroniques par rapport aux autres catégories de schizophrènes. Utilisant la méthode des niveaux de formation des concepts de Rapaport, McGaughran et Moran¹⁶ ne trouvèrent aucune

David Rapaport, Diagnostic Psychological Testing, Chicago, Year Book, 1946, vol. 1, p. 396-461.

16 L.S. McGaughran et L.J. Moran, "Conceptual Level" vs "Conceptual Area" Analysis of Object Sorting Behavior of Schizophrenic and Nonpsychiatric Groups, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 52, n° 1, janvier 1956, p. 43-50.

différence significative au niveau de .01 entre un groupe de 37 schizophrènes paranoïdes chroniques et un groupe de 40 patients non psychiatriques, à l'épreuve de classification d'objets de Goldstein. Il est à noter que les sujets étaient des schizophrènes paranoïdes chroniques et que les auteurs ont généralisé leurs conclusions aux schizophrènes en général. Par contre Weckowicz et Blewett¹⁷, en essayant de reproduire l'expérience de McGaughran et Moran sont arrivés à des résultats contraires avec un groupe plus hétérogène de schizophrènes. Ces patients manifestaient une diminution du niveau d'abstraction dans la formation des concepts. Utilisant une méthode différente, Cohen, Senf et Huston¹⁸ trouvèrent une perturbation dans la pensée conceptuelle des schizophrènes par rapport à des déprimés et des névrotiques.

Fisher¹⁹ ne trouvait pas de différences entre des schizophrènes et des hystériques quant à l'usage de

17 T. E. Weckowicz et D. B. Blewett, Size Constancy and Abstract Thinking in Schizophrenic Patients, dans The Journal of Mental Science, vol. 105, n° 441, octobre 1959, p. 909-934.

18 B. D. Cohen, R. Senf et P. Huston, Effects of Amytal and Affect on Conceptual Thinking in Schizophrenia, dans Archives of Neurology and Psychiatry, vol. 71, n° 1, janvier 1954, p. 171-180.

19 S. Fisher, Patterns of Personality Rigidity and Some of Their Determinants, dans Psychological Monographs, vol. 64, n° 1, 1950, iii-48 p.

l'attitude concrète mais remarquait que ces deux groupes étaient significativement plus concrets qu'un groupe de normaux. Il faut cependant noter qu'il utilisa les blocs de Vigotsky, une épreuve dont les résultats sont largement influencés par la scolarité. Ses patients étaient des sujets de sexe féminin alors que les autres études se réfèrent à des sujets de sexe masculin.

Herron²⁰, utilisant une série d'épreuves de formation de concepts, observa des différences significatives dans l'habileté à abstraire à l'intérieur du groupe de schizophrènes, c'est-à-dire entre des schizophrènes classés processus schizophrénique et des schizophrènes classés réaction schizophrénique. Proud²¹ trouva également des différences significatives entre des schizophrènes de type processus et des schizophrènes de type réactif et un groupe de normaux à une épreuve de formation de concepts.

Plusieurs chercheurs ont utilisé des épreuves verbales pour étudier les niveaux d'abstraction chez les

20 William G. Herron, Abstract Ability in the Process-Reactive Classification of Schizophrenia, dans Journal of General Psychology, vol. 67, n° 1, juillet 1962, p. 147-154.

21 Donald W. Proud, A Comparison of Conceptual Ability in Reactive and Process Schizophrenics, thèse (non publiée) de doctorat présentée à l'École de Psychologie et d'Éducation de l'Université d'Ottawa, Ontario, 1964, viii-103 p.

schizophrènes. Ainsi Gorham²² au moyen d'une épreuve de proverbes réussit à distinguer significativement les schizophrènes des normaux. Il nota l'influence du facteur intellectuel sur ses résultats et il en tint compte dans l'établissement de ses normes. Brattemo²³, à une épreuve de proverbes, observa une attitude concrète chez des déprimés et des schizophrènes chroniques alors que des schizophrènes à leur début produisaient des réponses plus abstraites. Johnson²⁴ comparant des schizophrènes de type processus, des schizophrènes de type réactif et des normaux trouva des différences significatives entre chaque groupe à l'épreuve de proverbes de Benjamin tout en remarquant une plus grande perturbation chez les schizophrènes de type processus.

Les quelques recherches rapportées indiquent la présence d'une perturbation de la pensée conceptuelle chez certains schizophrènes au moins. Mais un grande

22 Donald R. Gorham, Use of Proverbs for Differentiating Schizophrenics from Normals, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 20, n° 6, décembre 1956, p. 435-440.

23 Carl-Erik Brattemo, Interpretations of Proverbs in Schizophrenic Patients: Further Studies, dans Acta Psychologica, Amsterdam, vol. 20, n° 3, 1962, p. 254-263, cité dans Psychological Abstracts, vol. 38, n° 2, avril 1964, p. 316.

24 Monty H. Johnson, Verbal Abstracting Ability and Schizophrenia, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 30, n° 3, juin 1966, p. 275-277.

variabilité existe, semble-t-il, à l'intérieur de ce groupe. Certaines études ont mis en évidence quelques unes des facettes de ce problème en comparant les schizophrènes entre eux, en les classant processus et réactifs, en les classant à leur début et chroniques. D'autres comparaisons à l'intérieur de ce groupe restent disponibles à l'investigation.

2. Autres interprétations du déficit conceptuel.

a) La théorie de la communication sociale.- Une explication différente du déficit conceptuel en schizophrénie nous amène à la ligne de pensée adoptée par Sullivan et Cameron. Selon Sullivan,²⁵ le schizophrène, très peu en sécurité, a toujours manifesté des tendances à se retirer des rapports avec les autres individus de telle sorte que sa personnalité est peu développée et socialisée. De même ses facultés pour évaluer et critiquer ses expressions et formes de langage se révèlent immatures, sous-développées et même troublées parce qu'il ne les a ajustées, adaptées et améliorées au moyen de ses contacts

25 H. S. Sullivan, The Language of Schizophrenia, dans Language and Thought in Schizophrenia, J. S. Kasanin, éditeur, New York, Norton, 1964 (1944: première édition), p. 4-16.

avec les autres. C'est pourquoi il trouve acceptable des expressions bizarres et des néologismes. Il ne possède pas ce que Sullivan appelle "consensual validation"²⁶. Pour Cameron²⁷ les schizophrènes désorganisés n'ont jamais acquis de compétence dans l'adoption de rôles divers ainsi qu'il est nécessaire en société. En face des déceptions et des conflits émotifs, ils sont incapables de résister à un retrait progressif des participations sociales pour s'adonner à une vie fantaisiste dans laquelle ils solutionnent ou égarent leurs problèmes. La vie fantaisiste vient à dominer toute leur activité et remplace l'habileté sociale sous-développée. Au moyen de l'analyse expérimentale, c'est ce stade final qui est mis à jour, croit-il. Cameron²⁸ a, pour sa part, cherché à vérifier expérimentalement ses hypothèses. Il en a conclu que la singularité de la pensée et du langage schizophrénique résulte principalement d'une perturbation dans la communication sociale plutôt que d'une altération de l'habileté à généraliser ou abstraire. McGaughran et

26 Idem, ibid., p. 13.

27 Norman Cameron, Experimental Analysis of Schizophrenic Thinking, dans J. S. Kasanin, directeur, Language and Thought in Schizophrenia, New York, Norton, 1964, p. 50-63.

28 Norman Cameron, Reasoning Regression and Communication in Schizophrenics, dans Psychological Monographs, vol. 50, n° 1, livraison de 1938, 34 p.

Moran²⁹ entreprirent également de vérifier les hypothèses de Cameron au moyen de l'épreuve de classification d'objets de Goldstein qu'ils dotèrent d'un système de cotation pour la communicabilité sociale. Ces auteurs observèrent chez les schizophrènes, une diminution de la communication sociale lorsque comparés à des patients non psychiatriques. Il est à noter qu'il s'agit toujours de schizophrènes paranoïdes chroniques et que les auteurs ont généralisé leurs conclusions aux schizophrènes en général. Plus récemment Silverman et Silverman³⁰ ont réussi à distinguer entre un groupe de 20 schizophrènes adolescents et un groupe de 20 patients au diagnostic de psychonévrose et troubles de la personnalité, au moyen du score "open-private" de McGaughran et Moran, score indiquant une perturbation de la communication sociale. Il est difficile d'attribuer aux schizophrènes en général une caractéristique concernant des schizophrènes adolescents.

Par contre Weckowicz et Blewett³¹ en essayant de reproduire l'expérience de McGaughran et Moran sont

29 L. S. McGaughran et L. J. Moran, op. cit., p. 43-50.

30 Lloyd H. Silverman et Doris K. Silverman, Ego Impairment in Schizophrenia as Reflected in the Object Sorting Test, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 64, n° 5, mai 1962, p. 381-385.

31 T. E. Weckowicz et D. B. Blewett, op. cit., p. 909-934.

arrivés à des résultats contraires avec un groupe plus hétérogène de schizophrènes. Ces patients ne manifestaient pas une diminution de la communication sociale à l'épreuve de classification d'objets de Goldstein. Sturm³² répétait également les expériences de McGaughran et Moran pour ne trouver aucune différence significative entre des tuberculeux, des schizophrènes et des organiques. Il expliquait ces résultats par le fait qu'il n'avait pas tenu compte de toutes les verbalisations des sujets. Etant donné que le score pour la communication sociale a la priorité sur tous les autres scores, il croit donc que plusieurs de ces scores seraient passés inaperçus. Mais il doit tout de même conclure à des résultats non significatifs. Il apparaît que la communication sociale telle que proposée par la méthode des domaines conceptuels de McGaughran et Moran ne réussit pas à distinguer de façon constante les schizophrènes des autres groupes pathologiques.

L'habileté sociale et interpersonnelle a été étudiée par d'autres moyens. Whiteman³³ observa, chez des

Israël' Eli Sturm, "Conceptual Area Among Pathological Groups: A Failure to Replicate", dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 69, n° 2, août 1964, p. 216-233.

³³ M. Whiteman, The Performance of Schizophrenics on Social Concepts, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 49, n° 2, avril 1954, p. 266-271.

schizophrènes, une perturbation significativement plus marquée à une épreuve de concepts sociaux qu'à des épreuves de concepts ne comportant pas d'aspect social. Whiteman³⁴ conclut que ses résultats font ressortir l'importante influence des tendances asociales du schizophrène sur son processus cognitif. Marx³⁵ constata l'influence désorganisatrice du contenu interpersonnel d'une épreuve psychologique sur la pensée conceptuelle des schizophrènes. Pour sa part, Kaufman³⁶ remarqua qu'un événement interpersonnel négatif avait pour effet d'amincir le niveau de la performance des schizophrènes, à des épreuves de formation de concepts. Ces recherches mettent en évidence l'inefficacité sociale des schizophrènes.

Des études ont investigué les relations entre l'habileté sociale et la capacité d'abstraction. Un

³⁴ M. Whiteman, Qualitative Features of Schizophrenic Thought in the Formation of Social Concepts, dans Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 124, n° 2, août 1956, p. 199-204.

³⁵ Alfred Marx, The Effect of Interpersonal Content on Conceptual Task Performance of Schizophrenics, dans Dissertation Abstracts, vol. 22, n°12, juin 1962.

³⁶ L. N. Kaufman, Effects of the Interpersonal Interaction on Abstract Thinking Performance in Schizophrenics, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 30, n°2, avril 1966, p. 158-164.

chercheur, Flavell³⁷, obtint une corrélation de .60, significative au niveau de .01 entre l'habileté à choisir des définitions abstraites et la compétence dans les relations sociales, cette dernière variable étant basée sur les évaluations des infirmières. Lynch³⁸ observa chez les schizophrènes la présence simultanée de concepts concrets et de tendance à l'action asociale à un degré significatif alors qu'elle rencontra l'opposé chez les normaux, c'est-à-dire des concepts abstraits et des tendances à l'action sociale. Ces recherches tendent à démontrer la concomitance entre des troubles de la communication sociale et une perturbation de la capacité d'abstraction chez les schizophrènes.

b) La théorie de la sur-inclusion.- Une autre explication, provenant des études de Cameron a attiré plusieurs investigateurs. Il s'agit de l'interprétation selon laquelle les concepts schizophréniques seraient

37 John H. Flavell, Abstract Thinking and Social Behavior in Schizophrenia, dans Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 52, n°2, mars 1956, p. 208-211.

38 Sister Thomas Francis Lynch, A Study of the Relationships Between Levels of Conceptualization and Socialized Action Tendencies in Hospitalized Male Schizophrenics, thèse (non publiée) de doctorat présenté à l'École de Psychologie et d'Education de l'Université d'Ottawa, Ontario, 1964, viii-81 p.

trop inclusifs. Cameron perçoit la sur-inclusion de la façon suivante: " the inability to preserve conceptual boundaries"³⁹. Epstein⁴⁰, entreprit de vérifier expérimentalement cette hypothèse et trouva un usage significativement plus élevé de sur-inclusion chez un groupe de schizophrènes par rapport à un groupe contrôle. Il constata également que cette tendance n'était pas caractéristique de tous les schizophrènes. Payne, Matussek et George⁴¹ ont aussi réussi à distinguer un groupe de 18 schizophrènes d'un groupe de 16 névrotiques avec des mesures de sur-inclusion; les schizophrènes employaient significativement plus de concepts trop inclusifs que les névrotiques. Dans une analyse factorielle d'épreuves de formation de concepts, Payne et Hewlett⁴² en sont venus à

³⁹ N. Cameron, Deterioration and Regression in Schizophrenic Thinking, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 34, n^o2, avril 1939, p. 265-270.

⁴⁰ S. Epstein, Overinclusive Thinking in a Schizophrenic and a Control Group, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 17, n^o5, octobre 1953, p. 384-385.

⁴¹ R. W. Payne, P. Matussek et E. I. George, An Experimental Study of Schizophrenic Thought Disorder, dans Journal of Mental Science, vol. 105, n^o440, juillet 1959, p. 627-652.

⁴² R. W. Payne et J. H. G. Hewlett, Thought Disorder in Psychotic Patients, dans H. J. Eysenck, directeur, Experiments in Personality, London, Routledge, to be published, cité dans H. J. Eysenck, Handbook of Abnormal Psychology, New York, Basic Books, 1961, p. 248-250.

la conclusion que les schizophrènes n'emploient pas tous des concepts trop inclusifs. Ils se divisent plutôt en deux groupes dont l'un n'emploie pas la sur-inclusion de façon anormale et ressemble aux déprimés endogènes. Un second groupe emploie la sur-inclusion de façon anormale. Eliseo ⁴³, pour sa part, n'a observé aucune différence significative entre un groupe de patients diagnostiqués processus schizophrénique et un groupe de patients atteints de troubles physiques chroniques. Il en conclut que la sur-inclusion est peut-être une caractéristique de la dépression ou des maladies chroniques en général. Sturm ⁴⁴ obtenait des résultats similaires en sorte qu'il ne réussit pas à distinguer entre quatre groupes de patients classés respectivement processus schizophrénique, réaction schizophrénique, trouble organique et tuberculeux avec une mesure de sur-inclusion. D'après ces recherches on ^{ne} peut conclure à la présence de la sur-inclusion chez tous les schizophrènes mais on peut

⁴³ Thomas S. Eliseo, Overinclusive Thinking in Process and Reactive Schizophrenics, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 27, n° 5, octobre 1963, p. 447-449.

⁴⁴ Israël Eli Sturm, Overinclusion and Concrete-ness Among Pathological Groups, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 29, n°1, février 1965, p. 9-18.

observer qu'elle est l'attribut de certains schizophrènes. Ce groupe de schizophrènes sur-inclusifs ne coïncide pas, semble-t-il, avec aucun des groupes de schizophrènes classés processus ou réaction.

c) La théorie de l'attention défectueuse.- Lié étroitement à l'explication du déficit conceptuel des schizophrènes en tant que concepts trop inclusifs, nous trouvons l'interprétation de l'attention défectueuse. Chapman^{45,46}, devait, en effet, conclure que les erreurs des schizophrènes dans les épreuves conceptuelles résultent en partie d'un phénomène de distraction plutôt que seulement d'une incapacité à former des concepts. Dans une autre étude Chapman⁴⁷ trouvait chez les schizophrènes une plus grande prédisposition aux erreurs d'association et une diminution de l'habileté à accomplir

45 Loren J. Chapman, The Role of Type of Distracter in the "Concrete" Conceptual Performance of Schizophrenics, dans Journal of Personality, vol. 25, n°2, décembre 1956, p. 130-141.

46 -----, Distractibility in the Conceptual Performance of Schizophrenics, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 53, n°3, novembre 1956, p. 286-291.

47 -----, Intrusion of Associative Responses Into Schizophrenic Conceptual Performance, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 56, n°3, mai 1958, p. 374-379.

la tâche correctement. Chapman et Taylor⁴⁸ étudièrent l'extension des concepts défectueux des schizophrènes et y trouvèrent une tendance à l'élargissement de l'extension des concepts ou encore à la sur-inclusion. Dans une recherche subséquente, Chapman⁴⁹ constata également la tendance opposée, c'est-à-dire à la diminution de l'extension des concepts. Ainsi cet auteur remarqua que plus le concept requis par l'épreuve avait une grande extension, plus il favorisait, chez les schizophrènes, les erreurs d'exclusion ou le rétrécissement de l'extension du concept. Il présumait donc que le schizophrène avait des préférences quant à l'extension de ses concepts sans se préoccuper de la justesse ou de l'applicabilité de ceux-ci à la circonstance concernée. Cependant la tendance à la sur-inclusion dominait de façon générale chez les schizophrènes. Selon cet auteur, il s'agirait donc de troubles de l'attention, attention qui varie pour leur part, de trop étroite ou restreinte à trop vaste et englobante. Pour leur part, Weckowicz et Blewett⁵⁰

48 J.L. Chapman et Janet A. Taylor, Breadth of Deviate Concepts Used by Schizophrenics, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 54, n°1, janvier 1957, p. 118-123.

49 Loren J. Chapman, A Reinterpretation of Some Pathological Disturbances in Conceptual Breadth, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 62, n°3, mai 1961, p. 514-519.

50 Weckowicz et Blewett, op. cit., p. 909-934.

soutiennent que le désordre perceptuel et la perturbation conceptuelle notés chez le schizophrène sont secondaires à un désordre du champ de l'attention. Ces auteurs vérifièrent une implication de cette hypothèse en obtenant des corrélations significatives entre des scores d'abstraction et la constance de la perception des volumes chez des schizophrènes. Les auteurs concluent que les anomalies de la pensée et de la perception des schizophrènes peuvent être décrites comme une incapacité à prêter attention de façon sélective ou encore à choisir les données pertinentes. D'après eux, il y aurait un mécanisme pour filtrer les données pertinentes des informations inutiles et prévenir les erreurs de sur-inclusion et de sous-inclusion, mécanisme qui est inefficace dans la schizophrénie. Ce secteur de recherche paraît prometteur et avec de nouvelles expérimentations, cette théorie jouirait d'une base empirique plus solide.

d) La théorie de la régression.- Une autre explication de la pensée conceptuelle du schizophrène considère celle-ci comme régressive. Un des premiers à se pencher sur cette idée fut Vigotsky. Comparant les processus de pensée du schizophrène et de l'enfant, Vigotsky⁵¹ remarque une certaine similarité. Il conçoit

51 L. S. Vigotsky, op. cit., p. 1063-1077.

que les deux formes de pensée sont au même stade, c'est-à-dire celui qui précède immédiatement l'étape de la formation des concepts. Selon Vigotsky, les changements qui s'opèrent chez le schizophrène, sont causés par l'affaiblissement de l'intellect du niveau conceptuel au niveau des associations. De même Kasanin⁵² remarque que certains patients démontrent une réduction de la pensée conceptuelle et s'adonnent à des formes plus primitives de pensée. Il entrevoit l'étude des niveaux de pensée au point de vue génétique comme susceptible d'expliquer éventuellement cette réduction de l'intelligence rencontrée dans la schizophrénie. Cependant ces études manquent de rigueur scientifique et reposent, semble-t-il, sur des spéculations théoriques à partir d'études expérimentales. Un théoricien dans cette ligne de pensée, Werner⁵³, trouve les mêmes principes structuraux dans l'organisation de la vie mentale des enfants, des primitifs et de certains psychotiques dont les organiques et les schizophrènes. Les enfants et les primitifs sont caractérisés par un fonctionnement indifférencié, concret

52 J. S. Kasanin, The Disturbance of Conceptual Thinking in Schizophrenia, dans J. S. Kasanin, rédacteur, Language and Thought in Schizophrenia, New York, Norton, 1964, p. 48-49.

53 Heinz Werner, Comparative Psychology of Mental Development, New York, Science Editions, 1961, xii-564 p.

et diffus. Dans la schizophrénie, ce type de fonctionnement se produit par un processus de régression, régression qui s'opère à partir des hauts niveaux atteints par l'homme normal civilisé. Un autre théoricien dans ce domaine Goldman⁵⁴ élabore l'approche développementale de Werner de façon à combiner les points de vues de la perte de l'abstraction et de la perte de la communication sociale en une seule théorie. Il distingue trois dimensions importantes dans le développement de la pensée chez les jeunes enfants. Premièrement les concepts et les idées enfantines sont au début personnels et idiosyncratiques mais ils deviennent graduellement publics et communs. Seconde dimension: les premiers concepts sont aussi labiles et changeants alors que plus tard ils deviennent plus stables. Troisième dimension: les premiers concepts sont également plus concrets et liés au stimulus mais ils deviennent ensuite plus abstraits et s'éloignent des stimuli et des événements auxquels ils étaient associés originellement. Ces auteurs proposent une théorie qui reste cependant à vérifier expérimentalement. Des études comparant les formes de concrétisme, d'idiosyncratie et de labilité dans les concepts chez les

⁵⁴ Alfred E. Goldman, A Comparative-developmental Approach to Schizophrenia, dans Psychological Bulletin, vol. 59, n°1, janvier 1962, p. 57-69.

enfants et les schizophrènes apporteraient plus de valeur à cette interprétation.

Des études ont tenté de vérifier expérimentalement certaines des hypothèses de la théorie de la régression. Ainsi on a tenté de mettre en évidence des ressemblances entre la pensée infantine et la pensée schizophrénique. Feifel⁵⁵ a démontré que les enfants et les schizophrènes définissent des mots d'une façon similaire qui dévie des définitions d'adultes normaux. Ellsworth⁵⁶ trouva une ressemblance dans la façon d'utiliser les différents constituents de la phrase chez les schizophrènes et les enfants. Burstein^{57,58} démontra pour sa part que les enfants et les schizophrènes avaient tendance à assimiler les synonymes aux antonymes plus fréquemment que les normaux. Alhadeff⁵⁹, dans ses études chez les

55 H. Feifel, Qualitative Differences in the Vocabulary Response of Normals and Abnormals, dans Genetic Psychology Monographs, vol. 39, n°2, mai 1949, p. 151-204.

56 R. B. Ellsworth, The Regression of Schizophrenic Language, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 15, n°5, octobre 1951, p. 387-391.

57 A. G. Burstein, Primary Process in Children as a Function of Age, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 59, n°2, septembre 1959, p. 284-286.

58 -----, Some Verbal Aspects of Primary Process Thought in Schizophrenia, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 62, n°1, janvier 1961, p. 155-157.

59 B. W. Alhadeff, L'investigation psychologique en psychiatrie: Recherches théoriques et expérimentales dans le domaine de la pensée conceptuelle, dans Revue de Psychologie Appliquée, vol. 9, n°3, juillet 1959, p. 125-169.

schizophrènes et les enfants, remarquait que le schizophrène perd la possibilité d'évoluer dans l'abstrait et sa pensée régresse à un niveau où le concret délimite à la fois le comportement et le langage, niveau qui est celui des enfants d'un âge au-dessous de 9/10 ans. Par contre Cameron⁶⁰ trouva les enfants extrêmement différents des schizophrènes dans leurs façons de compléter des phrases impliquant la causalité. Chapman, Burstein, Day et Verdone⁶¹ ont tenté d'expliquer ces résultats contradictoires par le fait que la performance des enfants et des schizophrènes est considérée anormale par rapport aux réponses des adultes normaux. Ces auteurs ont comparé la production d'enfants, de schizophrènes et d'organiques à deux épreuves de pensée conceptuelle pour trouver à la première tâche une ressemblance entre les enfants et les schizophrènes seulement et à la seconde une ressemblance entre les enfants et les organiques seulement. Ils concluent donc à l'insuffisance de similarité pour interpréter la pensée schizophrénique comme régressive.

60 Norman Cameron, op. cit., p. 265-270.

61 L. J. Chapman, A. G. Burstein, Dorothy Day et P. Verdone, Regression and Disorders of Thought, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 63, n°3, novembre 1961, p. 540-545.

D'après ces auteurs il faudrait développer des méthodes plus élaborées d'évaluation pour catégoriser les différents types de déviations dans les réponses des schizophrènes et des autres groupes auxquels ils sont comparés plutôt que de cataloguer celles-ci simplement comme des déviations par rapport aux réponses des normaux.

Ces recherches mettent en évidence la diversité des interprétations du déficit conceptuel en schizophrénie. Plusieurs chercheurs dans ce domaine ont perçu leur interprétation comme exclusive des autres théories ou comme rejetant celles-ci. Mais de plus en plus on tend à reconnaître que le déficit conceptuel en schizophrénie n'est pas un phénomène simple mais en fait très complexe. Ainsi certains schizophrènes démontrent une perturbation conceptuelle et d'autres pas. Les études à partir des diverses théories ont constaté cet état de choses et certaines recherches ont aussi trouvé la présence simultanée d'une perturbation selon deux interprétations de ce déficit. Les interprétations du déficit conceptuel en schizophrénie ne semblent pas exclusives l'une de l'autre mais présentent peut-être des liens pas encore complètement mis à jour.

Cette étude s'insère dans la série des recherches au sujet du déficit conceptuel interprété comme perturbation de la capacité d'abstraction. Cette théorie a reçu des confirmations empiriques puisqu'on a trouvé chez certains

schizophrènes, du moins, une diminution de la capacité d'abstraction comme les écrits revus plus haut nous ont permis de constater. En dépit des nombreuses oppositions cette théorie a résisté et elle demeure une interprétation encore acceptable du déficit conceptuel parce que pas encore complètement réfutée. Elle est sans doute un des aspects de ce déficit parmi beaucoup d'autres.

CHAPITRE II

RECENSION DES ECRITS (B).

Ce second chapitre s'intéresse aux études pronostiques en schizophrénie. Il traitera d'abord des études pronostiques en général, puis s'occupera des recherches d'après les facteurs utilisés pour la prédiction ou pour établir le pronostic. Ainsi il sera question des études pronostiques basées sur les facteurs d'histoire de cas et les indices démographiques puis des recherches à partir des épreuves psychologiques. En dernier lieu, ce chapitre aura trait aux études pronostiques dans le domaine de la formation des concepts.

En abordant les études pronostiques en schizophrénie, nous faisons face à des recherches très différentes les unes des autres. L'échantillonnage est un des facteurs de cette diversité. Certains auteurs s'intéressent aux schizophrènes à leur première admission, d'autres aux schizophrènes à leur sortie, certains aux schizophrènes paranoïdes... Les facteurs de prédiction ou les instruments de recherche varient également d'une recherche à l'autre. Certains auteurs tentent d'établir leurs prédictions à partir de facteurs de l'histoire de cas, d'indices démographiques, de la symptomatologie, ou encore à partir de la production aux épreuves psychologiques. Une

autre raison de la diversité, c'est le critère choisi, c'est-à-dire ce que l'on prédit. Pour certains, il s'agit du succès de l'insulinothérapie ou de la psychothérapie, de la réussite d'un placement, de l'adaptation à un nouveau travail ou tout simplement d'une amélioration générale. Pour donner un aperçu des études poursuivies dans ce domaine quelques recherches pronostiques sont rapportées dans les pages suivantes. Elles sont classées selon les facteurs de prédiction en commençant par les études démographiques, d'histoire de cas et de symptomatologie et ensuite des recherches sur la production aux épreuves psychologiques.

1. Les études pronostiques d'après les facteurs de l'histoire de cas.

Les recherches dans ce domaine se révèlent assez nombreuses. Chase et Silverman¹, dans une récénsion des écrits antérieurs à 1941 rapportent un nombre imposant de travaux. Surtout intéressés à la valeur des différents facteurs de prédiction, ces auteurs en viennent à conclure que les meilleurs indices pour un pronostic favorable sont

¹ Louis S. Chase et Samuel Silverman, Prognostic Criteria in Schizophrenia, A Critical Survey of the Literature, dans The American Journal of Psychiatry, vol. 98, n°3, novembre 1941, p. 360-368.

une courte durée de la maladie, un début aigu et violent, des facteurs déclenchants exogènes en évidence, la présence de symptômes atypiques au début de la maladie (symptômes de nature manie-dépressive surtout). Un chercheur dans ce domaine, Silverman², après l'examen de 271 dossiers de schizophrènes, dut conclure que la durée de l'hospitalisation était reliée à l'issue immédiate de la maladie mais très peu au résultat éloigné. La schizophrénie survenant dans la vingtaine présentait le meilleur pronostic immédiat mais aussi le plus mauvais pronostic éloigné. Un début aigu et une durée de la maladie inférieure à six mois offraient le meilleur pronostic. D'autres chercheurs, Schoffield, Hathaway, Hastings et Bell³, évaluèrent l'adaptation sociale de 210 schizophrènes depuis leur sortie, cinq ans après celle-ci. Sur 200 items obtenus de l'histoire de cas seulement 17 différencièrent les patients affichant une bonne adaptation de ceux démontrant une piètre adaptation. Parmi ces indices prédicteurs d'une bonne adaptation, nous remarquons, entre autres, une plus courte durée de la maladie avant l'hospitalisation,

D. Silverman, Prognosis in Schizophrenia: A Study of 271 cases, dans The Psychiatric Quarterly, vol. 15, n°3, juillet 1941, p. 477-493.

³ William Schoffield, Starke R. Hathaway, Donald W. Hastings and Dorothy M. Bell, Prognostic Factors in Schizophrenia, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 18, n°3, juin 1954, p. 155-166.

un développement plus précipité de la symptomatologie, l'absence d'épisodes antérieurs, une bonne adaptation maritale avec affection pour le partenaire. Les 17 items obtenus distinguaient les deux groupes au niveau de .05% de probabilité. Pour sa part une étude de Simon et Wirt⁴ avec 80 schizophrènes à leur première admission, patients suivis durant un an après l'hospitalisation, fait ressortir trois indices d'un bon pronostic. Il s'agit d'une cause déclenchante évidente, d'une bonne histoire d'activités et d'emplois durant l'enfance et l'adolescence et d'un mariage (avec ou sans conflit).

En relation avec des traitements spécifiques, Sherman, Moseley, Ging et Bookbinder⁵ trouvèrent six facteurs importants dans la prédiction du succès de trois mois de chimiothérapie chez des schizophrènes suivis pour une période de trois années. Ces facteurs de succès sont la possibilité d'être soutien personnel, une plus grande tendance à la socialisation, un poids peu élevé, une indépendance personnelle quant à l'organisation de sa vie

4 Werner Simon et Robert D. Wirt, Prognostic Factors in Schizophrenia, dans The American Journal of Psychiatry, vol. 117, avril 1961, p. 887-890.

5 Lewis J. Sherman, Edward C. Moseley, Rosalie Ging et Lawrence J. Bookbinder, Prognosis in Schizophrenia, dans Archives of General Psychiatry, vol. 10, n°2, février 1964, p. 123-130.

par opposition à une dépendance du milieu ambiant, une participation plus réduite aux activités de l'hôpital et une courte chronicité. La tendance au retrait s'est révélée le meilleur signe pronostique en ce sens que peu de retrait était favorable pour le succès. D'autres auteurs ont tenté d'établir des échelles pronostiques à partir de facteurs de l'histoire de cas, de la symptomatologie et d'indices démographiques. Ce sont, entre autres, Wittman et Read⁶, Kantor, Wallner et Winder⁷, ainsi que Schnore⁸.

Plusieurs des recherches rapportées plus haut utilisent la méthode de retour à l'histoire de cas, histoire très souvent recueillie par d'autres. Cette méthode est de soi limitée car elle ne permet pas d'obtenir des données supplémentaires et il est difficile de prétendre que les données soient comparables. Cependant ces études font ressortir l'importance de certains facteurs de prédiction qui se retrouvent dans

6 M. P. Wittman et C. F. Read, A Scale for Evaluating Prognosis in Schizophrenia, dans Psychological Bulletin, vol. 37, n°7, juillet 1940, p. 438.

7 R.E. Kantor, J. M. Wallner et C. L. Winder, Process and Reactive Schizophrenia, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 17, n°3, juin 1953, p. 157-162.

8 Morris M. Schnore, Validation of Demographic Prognostic Index in Schizophrenia, dans Canadian Psychiatric Association Journal, vol. 8, n°2, avril 1963, p. 90-93.

plusieurs des recherches mentionnées. Il nous a été donné de constater le nombre important des recherches de cette nature et nous avons dû en choisir quelques unes seulement pour les présenter ici. Nous avons essayé de démontrer les divers types d'études poursuivies dans ce domaine.

3. Les études pronostiques d'après la production aux épreuves psychologiques.

D'autres auteurs ont cherché dans la production aux épreuves psychologiques des indices pronostiques. Ainsi Malamud⁹ remarque qu'un quotient intellectuel de 105 et plus à l'épreuve de Binet est un bon signe pronostique chez un groupe de 177 schizophrènes suivis entre 5 et 9.5 années. Une dispersion de cinq ans et plus, des scores de Binet, indique, par contre, un mauvais pronostic. Cet auteur ne rapporte pas de probabilité cependant. McKeever, May et Tuma¹⁰, dans leur étude visant à prédire la durée de l'hospitalisation d'après la production aux épreuves psychologiques constatèrent que seulement les résultats aux épreuves d'intelligence étaient reliés à la rapidité de la sortie pour le groupe en général. Ces

⁹ W. Malamud et N. Render, Course and Prognosis in Schizophrenia, dans The American Journal of Psychiatry, vol. 95, mars 1939, p. 1039-1057.

¹⁰ Walter F. McKeever, Philip R. A. May et A. Hussain Tuma, Prognosis in Schizophrenia: Prediction of Length of Hospitalization from Psychological Test Variables, dans Journal of Clinical Psychology, vol. 21, n°2, avril 1965, p. 214-221.

auteurs proposent cependant la vérification d'indices pronostiques plus spécifiques, c'est-à-dire en rapport avec le sexe ou encore avec le traitement poursuivi. Stotsky¹¹, pour sa part, observa un quotient intellectuel plus élevé au Wechsler-Bellevue, plus de D, F, FC, H, un F% plus élevé, une résonance intime ambiéquate ou intro-versive à l'épreuve du Rorschach, au moment de l'admission, chez un groupe de schizophrènes qui se rétablit suffisamment par la suite pour demeurer au moins six mois à l'extérieur de l'hôpital par rapport à un groupe de schizophrènes qui durent demeurer à l'hôpital. Dans ses études récentes, Piotrowski¹² s'est préoccupé de prédire l'amélioration de façon générale. A cet effet il dresse une liste de 14 signes basés sur les Rorschach de 173 schizophrènes suivis pour une période d'au moins trois ans. La plupart de ces signes prédisent l'amélioration au niveau significatif de .01. Il continue à suivre ces patients et à adapter ses différents signes pronostiques. Au moyen d'une batterie de tests, administrés au départ,

¹¹ B. A. Stotsky, A Comparison of Remitting and Non-remitting Schizophrenics on Psychological Tests, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 47, n°2, supplément, avril 1952, p. 489-496.

¹² Zygmunt A. Piotrowski et Barry Bricklin, Second Validation of a Long-term Rorschach Prognostic Index for Schizophrenic Patients, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 25, n°2, avril 1961, p. 123-128.

Marks¹³ ne réussit pas à prédire la réhospitalisation mais trouva des indices pour prédire la qualité de l'adaptation des schizophrènes qui réussirent à demeurer à l'extérieur de l'hôpital. Ainsi il observa que les échelles F et Sc du MMPI prédisent de façon significative une moins bonne adaptation après un an de sortie.

En ce qui concerne des traitements spécifiques, les chercheurs ont tenté d'en prédire le succès au moyen des épreuves psychologiques. Ainsi Piotrowski¹⁴, dans ses études avec le Rorschach, observa que si l'on soumettait à l'insulinothérapie seulement les patients qui produisent ce qu'il appelle meaningful colors responses, on augmenterait le pourcentage des cas améliorés à 81%. Dans un article subséquent, Piotrowski¹⁵ dresse une liste de six signes pronostiques à partir du Rorschach et constate que la présence de 3 de ces signes indique une amélioration

13 John Marks, James C. Stauffacher et Lyle Curtis, Predicting Outcome in Schizophrenia, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 66, n°2, février 1963, p. 117-127.

14 Z. Piotrowski, Prognostic Possibilities of the Rorschach Method in Insulin Treatment, dans The Psychiatric Quartely, vol. 14, n°2, avril 1940, p. 267-273.

15 -----, Prognostic Possibilities of the Rorschach Method in Insulin Treatment, dans The Psychiatric Quartely, vol. 15, n°4, octobre 1941, p. 807-822.

dans 93.3% des cas. Cependant Rees et Jones¹⁶, en utilisant les critères de Piotrowski, durent se contenter de résultats non-pronostiques. D'autres chercheurs ont essayé de prédire le succès des électrochocs ou encore de la psychothérapie. La majorité des études au sujet du succès de la psychothérapie ont trait à des non-psychotiques. En général à partir des recherches rapportées, il semble que les signes positifs de l'histoire personnelle et une bonne production aux épreuves psychologiques indiquent un meilleur pronostic.

4. Les recherches pronostiques dans le domaine de la formation des concepts en schizophrénie.

Dans le domaine plus spécifique de la formation des concepts chez les schizophrènes, on pouvait s'attendre à ce qu'une bonne capacité d'abstraction indique un meilleur pronostic. Cependant dans ce domaine on trouve peu d'études pronostiques proprement dites. Certaines études prétendent que leurs résultats indiquent un meilleur pronostic pour les schizophrènes capables d'abstraction mais sans produire de statistiques à cet

16 W. L. Rees et A. M. Jones, An Evaluation of the Rorschach Test as a Prognostic Aid in the Treatment of Schizophrenia by Insulin Coma Therapy, Electronarcosis, Electroconvulsive Therapy and Leucotomy, dans Journal of Mental Science, vol. 97, n°409, octobre 1951, p. 681-689.

effet ou sans rapporter d'étude dans ce domaine. Ainsi Goldstein¹⁷ soutient que l'aptitude abstraite est un bon signe pronostique tout particulièrement pour la psychothérapie et il mentionne que les thérapies somatiques peuvent améliorer la capacité d'abstraction. Cependant il ne rapporte pas d'étude spécifique pour prouver cet avancé. De leur côté, Meadow, Greenblatt et Solomon¹⁸ observent une relation entre la capacité d'abstraction perturbée et la tendance aux associations vagues et éloignées chez les schizophrènes chroniques. Ils en concluent à la possibilité d'une relation de ces traits de la pensée schizophrénique avec un mauvais pronostic. Cette étude ne peut prétendre indiquer un pronostic car elle évalue les patients au moment où ils sont rendus au terme que l'on voulait prédire: la chronicité. Pour procéder à une étude pronostique avec des schizophrènes chroniques, il faudrait suivre ces patients pendant un certain temps avant de les comparer. A l'encontre de cette recherche,

17 K. Goldstein, The Significance of Special Mental Tests for Diagnosis and Prognosis in Schizophrenia, dans American Journal of Psychiatry, vol. 96, n°3, novembre 1939, p. 575-578.

18 Arnold Meadow, Milton Greenblatt et Harry C. Solomon, "Looseness of Association" and Impairment in Schizophrenia, dans The Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 118, n°1, juillet 1953, p. 27-35.

Zubin, Windle et Hamwi¹⁹ ont remarqué, chez des psychosés chroniques, qu'une bonne performance aux épreuves conceptuelles et une pauvre réussite à des tâches perceptuelles indiquaient un plus mauvais pronostic qu'une pensée conceptuelle perturbée et une perception intacte. Un autre groupe de psychotiques dans un accès aigu au début de leur maladie donne une meilleure production que les chroniques et jouit d'un bon pronostic alors qu'un groupe de psychotiques détériorés connaît un très mauvais pronostic. Ces patients ont été suivis pour une période de trois années et demie et le traitement appliqué semble être la psychochirurgie. Cependant les auteurs ne mentionnent pas de quel genre de psychotiques il s'agit mais on peut présumer que la majorité était des schizophrènes. De même ils ne mentionnent pas les épreuves d'abstraction utilisées ni ne donnent de statistiques spécifiques pour ces épreuves. Ils mentionnent que six tests se sont révélés significatifs mais on ne sait pas lesquels. Cependant les résultats sont intéressants et proposent une nouvelle perspective dans les recherches pronostiques.

19 J. Zubin, C. Windle et Violet Hamwi, Retrospective Evaluation of Psychological Tests as Prognostic Instruments in Mental Disorders, dans Journal of Personality, vol. 21, n°3, mars 1953, p. 342-355.

De façon plus spécifique, certaines études ont cherché des indices pouvant permettre la prédiction de l'amélioration à la suite de traitements précis. Bolles, Rosen et Landis²⁰, dans une recherche avec l'épreuve de classification d'objets de Goldstein, notent que les schizophrènes, qui affichent une piètre performance, ne manifestent aucune amélioration à la suite de l'insulinothérapie alors qu'une meilleure réussite à cette épreuve était reliée à une amélioration fréquente. Ces avancés semblent basés sur la tendance des résultats car les auteurs ne mentionnent pas de statistiques à cet effet. De même, d'autres auteurs dans ce domaine de recherche, Zubin et Thompson²¹, ont obtenu des résultats semblables. Ils ont constaté qu'une bonne performance à des épreuves de classification indiquait un pronostic favorable pour les patients traités à l'insuline. Ils ont également observé qu'une bonne capacité conceptuelle n'avait pas de valeur pronostique pour les patients traités à l'insuline avant de recourir au métrazol.

20 M. M. Bolles, G. P. Rosen et C. Landis, Psychological Performance Tests as Prognostic Agents for the Efficacy of Insulin Therapy in Schizophrenia, dans The Psychiatric Quarterly, vol. 12, n°4, octobre 1938, p. 733-737.

21 J. Zubin et Jane Thompson, Sorting Tests in Relation to Drug Therapy in Schizophrenia, New York, New York State Psychiatric Institute, 1941, 23p.

Les recherches pronostiques dans le domaine de la formation des concepts cherchant à prédire une amélioration générale ne comprennent pas pour la plupart une période d'attente avant la comparaison des résultats des patients améliorés aux patients stationnaires. Il s'agit souvent d'hypothèse seulement ou encore de patients rendus à l'état chronique, état qui est à prédire. C'est pourquoi, nous essayerons de voir dans cette recherche si la capacité d'abstraction chez les schizophrènes peut les différencier quant à leur pronostic. Pour ce faire l'épreuve de classification d'objets de Goldstein et Scheerer a été administrée au moment de l'admission. Il va sans dire que cette recherche comprend une période d'attente pour permettre aux schizophrènes de se distinguer quant à leur pronostic.

CHAPITRE III

PLAN DE L'EXPERIENCE

À la suite de cette revue des écrits publiés à date, d'une part au sujet des interprétations du déficit conceptuel en schizophrénie et d'une autre part au sujet des études pronostiques en schizophrénie, nous devons constater la quasi inexistence de véritables recherches pronostiques dans le domaine de la formation des concepts chez les schizophrènes. Nous réunissons donc ces deux approches dans cette recherche; de façon plus précise nous essayerons de vérifier l'hypothèse de Goldstein et autres à l'effet qu'une bonne capacité d'abstraction indique un pronostic favorable.

Dans ce chapitre nous décrirons le schème expérimental utilisé pour cette recherche. Ce chapitre porte d'abord sur la méthode générale de la recherche; il s'intéressera ensuite à l'instrument employé et puis à l'échantillon examiné. Le chapitre se terminera avec les hypothèses nulles.

1. La méthode générale de la recherche.

Après avoir pris connaissance de recherches prétendant qu'une bonne capacité d'abstraction chez les schizophrènes indique un pronostic favorable, nous nous

proposons donc d'investiguer expérimentalement cette hypothèse. Pour vérifier cet avancé, la méthode adoptée était la suivante. Des schizophrènes, à leur début, ont subi une épreuve de formation de concepts, tôt après leur admission à l'hôpital psychiatrique. Ensuite, ils ont été suivis un certain temps après quoi, un relevé de leurs allées et venues a été fait. Cette information permettait de constituer un premier groupe de schizophrènes non en rémission, des patients encore hospitalisés dont l'état demeurait stationnaire, et puis un second groupe de schizophrènes en rémission, des patients qui durant cette période avaient reçu leur congé depuis au moins six mois et dont l'état à la sortie était considéré amélioré. Finalement nous avons procédé à la comparaison des résultats de ces deux groupes à l'épreuve de formation de concepts en vue d'y trouver des différences significatives donc des indices pronostiques. Après ce court aperçu de la méthode de cette recherche, examinons plus en détail, d'abord l'instrument utilisé.

2. L'instrument employé.

Cette section traitera du choix de l'instrument; elle en fera un bref historique, elle décrira la nature et l'administration de l'épreuve. Ensuite elle s'occupera de la méthode de cotation, du test statistique utilisé et

se terminera avec un exposé sur la constance des résultats et de la cotation.

a) Choix de l'épreuve.- Plusieurs épreuves de formation de concepts étaient disponibles et rendaient le choix difficile. Cependant il fallut éliminer les épreuves verbales de formation de concepts car celles-ci impliquent l'usage de l'anglais et la population utilisée ne jouissait pas de cette connaissance. C'est pourquoi on se tourna vers les épreuves de classification. L'épreuve de classification d'objets de Goldstein et Scheerer¹ fut choisie parce qu'elle est facilement réussie par des normaux, qu'en plus elle comprend des objets d'usage courant et qu'aussi elle a été utilisée dans de nombreuses recherches. La tâche à accomplir est facile à saisir même pour des sujets de niveau scolaire inférieur.

b) Histoire et nature de l'épreuve.- L'épreuve de classification d'objets de Goldstein et Scheerer a subi plusieurs modifications au cours des différentes recherches dans lesquelles elle a été utilisée. Goldstein et Scheerer² l'ont d'ailleurs adaptée pour leurs recherches

¹ Kurt Goldstein et Martin Scheerer, Abstract and Concrete Behavior, An Experimental Study with Special Tests, dans Psychological Monographs, vol. 53, n°2, livraison de 1941, p. 81-109.

² Idem, ibid., p. 81-109.

et introduite dans leur batterie d'épreuves de formation de concepts. Rapaport³ s'est lui aussi permis de modifier l'épreuve dans son administration et son système de cotation. C'est cette dernière version de l'épreuve qui est employée dans cette recherche. Telle que modifiée par Rapaport⁴ l'épreuve est constituée de 33 objets d'usage courant. On en trouve la liste à l'appendice 1.

L'épreuve comprend deux parties: active et passive. Aux sept items de la première partie, le sujet groupe les objets alors qu'aux douze items de la seconde partie, on lui présente des groupements complétés. Le sujet doit ensuite définir ces différents groupements.

c) Administration de l'épreuve.- L'examineur dispose les objets au hasard sur le pupitre et passe en revue la nature de chacun avec le sujet. Ensuite il demande à celui-ci de choisir un objet et puis de "mettre avec lui les objets qui vont ensembles ou lui ressemblent". Pour les six autres items de la partie active de l'épreuve, l'examineur présente un objet et demande au sujet de procéder à une performance similaire à la précédente en répétant les mêmes instructions. L'examineur prend note

³ David Rapaport, Diagnostic Psychological Testing, Chicago, Year Book, 1946, p. 346-461.

⁴ Idem, ibid., p. 346-461.

des objets groupés ensembles. A la partie passive de l'épreuve, l'examineur organise les groupements et les présente au sujet. On peut connaître la liste des objets et des groupements présentés en consultant les feuilles d'administration à l'appendice 2. Une fois le groupement effectué à chacun des items, la question suivante est posée à l'examiné: "Pourquoi ces objets vont-ils ensembles ou de quelle façon se ressemblent-ils?" La verbalisation du sujet est notée au complet et c'est à partir de celle-ci que les réponses sont cotées pour les niveaux de formation de concepts.

d) La méthode de cotation.- La méthode de scoring de Goldstein et Scheerer⁵ était dichotomique; c'est-à-dire les réponses du sujet étaient cotées abstraites ou concrètes. Cette dernière catégorie de réponses contenait tout ce qui n'était pas jugé abstrait. Aux réponses abstraites et concrètes, Rapaport⁶ ajouta les catégories suivantes: fonctionnelle, pathologique et faillite. Les réponses pathologiques se subdivisent en quatre autres catégories mais dans cette recherche, intéressée surtout aux niveaux de formation de concepts, elles ne sont pas classées dans les sous-catégories. Voici un aperçu du système de

⁵ Kurt Goldstein et Martin Scheerer, op. cit., p. 87.

⁶ David Rapaport, op. cit., p. 402-404.

cotation utilisé dans cette recherche.

Quelques critères de la cotation:

Niveau abstrait: une réponse est classée abstraite lorsque la similarité est exprimée par un terme générique, une essence commune.

Niveau fonctionnel: une réponse est classée fonctionnelle lorsque la similarité est exprimée par une fonction commune des objets; les caractéristiques plus générales ne sont pas prises en considération dans cette définition.

Niveau concret: une réponse est scorée très concrète si le sujet refuse de répondre et dit qu'il n'y a pas de ressemblance du tout; si le sujet donne un détail inessentiel comme base de la similarité.

Réponse pathologique: i) type syncrétique - la fonction ou l'attribut similaire est si vague et généralisé qu'il englobe plusieurs des autres objets, exemple - utile à l'homme.

ii) type fabulation - au moyen d'un attribut d'un des objets commence une histoire qui se déroule de façon à inclure dans celle-ci tous les objets du groupement,

iii) type symbolique - le sujet réinterprète radicalement la nature et la signification des objets de façon à ce qu'une signification symbolique devienne la base du groupement.

iv) type chain - le sujet définit la similarité d'après une caractéristique de deux objets puis définit une autre similarité d'après une autre caractéristique commune d'un de ces objets avec un autre objet du groupement et ainsi de suite.

Réponse faillite: le sujet ne donne aucune réponse.

Les raisons données pour expliquer le groupement des objets, à chacun des 19 items de l'épreuve, sont cotées dans une de ces cinq catégories ou niveaux de formation de concepts. Une fois les réponses cotées, on calcule les totaux de chacune des catégories pour l'épreuve complète et puis séparément pour la partie active et ensuite pour la partie passive. Cette manière de procéder s'appuie sur une constatation de Silverstein et Mohan⁷ qui au moyen de l'analyse en facteur trouvèrent des différences importantes entre ces deux parties de l'épreuve. Les deux groupes de sujets seront comparés entre eux selon ces trois sortes de totaux.

e) Le test statistique.- Pour effectuer les comparaisons proposées plus haut, le test statistique employé est le Mann Whitney U Test⁸, une statistique non

⁷ A. B. Silverstein et Philip J. Mohan, A Factor-Analytic Approach to Object Sorting Behavior, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 29, n°1, février 1965, p. 89.

⁸ Sidney Siegel, Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences, New York, McGraw-Hill, 1956, p. 116-127.

paramétrique. Il est l'alternative non paramétrique la plus similaire au test t. L'emploi de ces statistiques dans cette recherche est motivé surtout par l'impossibilité de prétendre à un niveau de mesure par intervalles égaux et parfaitement gradués. Ce test statistique non paramétrique repose également sur moins de postulats que le test t, postulats qui rendent l'interprétation de résultats non significatifs difficile. La formule de ce test statistique est la suivante:

$$U = n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1 \quad 9$$

Une fois la valeur de U trouvée, on obtien la signification de cette valeur par la formule suivante:

$$z = \frac{U - \frac{n_1 n_2}{2}}{\sqrt{\left(\frac{n_1 n_2}{N(N-1)} \right) \left(\frac{N^3 - N}{12} - \sum T \right)}} \quad 10$$

Avec la valeur de z en main, les tableaux permettent d'obtenir facilement la probabilité qu'une telle différence se produise. Le niveau de signification accepté dans cette recherche est celui de .01% de probabilité dans le cas de l'alternative bilatérale.

9 Idem, ibid., p. 123.

10 Idem, ibid., p. 125.

f) Constance des résultats. La stabilité des résultats de cette épreuve constituait un problème à examiner. C'est pourquoi nous avons cherché à établir la constance dans les résultats à deux administrations de l'épreuve aux mêmes sujets à vingt-quatre heures d'intervalle. Le pourcentage des réponses cotées de la même façon aux deux administrations a été calculé et donne un accord de 59%. Pour considérer une constance des résultats acceptable, il faut un accord assez élevé entre les deux administrations. Il est difficile d'évaluer la suffisance d'un accord sous forme de pourcentage. C'est pourquoi des corrélations pour chacune des catégories de scores entre les deux administrations de l'épreuve ont été calculées avec les résultats que voici.

Abstrait	.87
Fonctionnel	.62
Concret	.75
Pathologique	.85
Faillite	.72

La méthode de corrélation employée est celle de Spearman dite de la différence des rangs, une méthode non paramétrique. Le chiffre de la corrélation pour chacune des catégories de scores se révèle assez variable. Ces résultats indiquent une constance plus élevée des réponses abstraites et pathologiques. Au sujet de l'acceptabilité

d'un tel niveau de constance, il faut dire que toutes ces corrélations sont significatives au niveau de .01% dans le cas de l'alternative bilatérale. La fluctuation des scores d'une administration à l'autre s'explique probablement en partie par la variabilité des schizophrènes, phénomène noté assez fréquemment par les auteurs. La corrélation est cependant assez forte.

g) Constance de la cotation.- Dans ce système de cotation, il s'agit d'évaluer objectivement autant que possible et de classer les réponses dans les différentes catégories. Ce système de cotation fait donc appel au jugement personnel du scoreur. Il fallait donc évaluer l'objectivité de celui-ci. Pour ce faire, les différents protocoles ont été soumis à un second scoreur. Le pourcentage de réponses classées dans la même catégorie par les scoreurs a été calculé et donne un accord de 95%. Les corrélations donnent ici les résultats suivants pour chaque catégorie de réponses:

Abstraites	.99
Fonctionnelles	.95
Concrètes	.96
Pathologiques	.98
Faillites	1.00

Le pourcentage et les corrélations élevés mettent en évidence la possibilité de scorer assez objectivement avec

cette méthode de cotation.

Ayant procédé à la description de l'instrument de travail, présenté un exposé du système de la cotation et expliqué les valeurs de la constance nous nous intéresserons maintenant aux sujets de cette recherche.

3. Les sujets.

Au début de ce chapitre, nous avons mentionné que des schizophrènes à leur début seraient les sujets de cette recherche. En tout quatre-vingt-huit patients dont c'était la première admission à l'hôpital psychiatrique à titre de schizophrènes subirent l'épreuve de classification d'objets de Goldstein et Scheerer. De ceux-ci soixante furent soumis à une seconde administration de l'épreuve dans un intervalle de vingt-quatre heures. Le testing de ces patients s'est poursuivi durant une période d'un an et trois mois, de janvier 1965 à mars 1966. Six mois après la fin du testing, en octobre 1966, un relevé de l'état, des allées et venues de ces patients était fait. A ce moment, seulement dix-huit patients étaient encore à l'hôpital psychiatrique, affichaient un état stationnaire et pouvaient constituer le groupe de schizophrènes non en rémission. D'une autre part trente patients avaient été libérés de l'hôpital depuis au moins six mois, améliorés et sans connaître de réadmission et pouvaient ainsi faire

partie du groupe de schizophrènes en rémission. Dans la description des sujets, il sera fait mention donc des quarante-huit sujets utilisés effectivement pour cette recherche. Examinons plus en détail les différentes caractéristiques de cet échantillon.

a) Origine des sujets.- En commençant ce projet de recherche, on se proposait d'utiliser des patients de l'hôpital St-Michel-Archange de Québec seulement. Comme le rythme d'admission des sujets satisfaisant aux conditions exigées pour cette recherche n'était pas suffisamment rapide, il fut décidé d'inclure également des patients de l'hôpital St-Jean-de-Dieu de Montréal. Parmi les quarante-huit patients utilisés finalement, on en compte seize de l'hôpital St-Jean-de-Dieu et trente-deux de l'hôpital St-Michel-Archange.

b) Nature de ces hôpitaux.- Ces deux institutions font partie du système des hôpitaux psychiatriques sous la juridiction du ministère de la santé de la province de Québec. Les institutions sont de même type, les patients y sont internés sur certificat médical. Cependant la provenance des patients diffère. Ainsi l'hôpital St-Jean-de-Dieu reçoit ses patients de la région métropolitaine de Montréal. L'hôpital St-Michel-Archange¹ s'occupe des

¹ Ce territoire était dévolu à l'hôpital St-Michel-Archange au moment où s'est effectué le testing. Ce territoire a été changé depuis ce temps.

patients de la région métropolitaine de Québec, de tout l'est de la province et des régions de l'ouest de la province autres que Montréal et les Laurentides. Ainsi cette recherche fait appel à des sujets originaires de presque toutes les parties de la province.

c) Diagnostic.- Cette étude s'intéresse tout particulièrement à des schizophrènes qui en sont à leur première admission à l'hôpital psychiatrique avec ce diagnostic. Il est donc important que ce diagnostic soit posé avec discernement. A l'hôpital St-Michel-Archange, le diagnostic est posé après au moins une semaine d'hospitalisation, semaine pendant laquelle on a observé le patient. Le diagnostic est établi officiellement lors d'une réunion à laquelle participent le psychiatre, le psychologue et le travailleur social. A l'hôpital St-Jean-de-Dieu, le diagnostic est posé par le médecin traitant de concert avec les autres psychiatres. Dans ces deux institutions le diagnostic demeure toujours à révision. C'est ainsi que les sujets de cette recherche bénéficient également d'un diagnostic longitudinal étant donné que la période de follow-up permet une ré-évaluation diagnostique à la suite des traitements et d'une observation prolongée. D'autre part, la schizophrénie comprend des sous-catégories diagnostiques. Cette étude n'en a pas tenu compte dans le choix de l'échantillon

mais à titre d'information supplémentaire, le tableau I illustre comment les deux groupes de schizophrènes se distribuent dans ces différentes sous-catégories.

d) Conditions à satisfaire.- Pour être admissible en tant que sujet dans cette recherche, les schizophrènes devaient remplir certaines conditions. Ainsi tous les sujets en sont à leur première admission dans un hôpital psychiatrique avec le diagnostic de schizophrène. Aucun patient n'a subi de traitement à l'électrochoc ou à l'insuline entre son entrée à l'hôpital et l'administration de l'épreuve de formation de concepts. Chez aucun des sujets, on a noté de troubles organiques. Les sujets trop agités ou perturbés pour collaborer suffisamment à l'épreuve psychologique étaient éliminés. Si après quelques temps ils étaient devenus disponibles et satisfaisaient les autres conditions, ils étaient acceptés comme sujets et subissaient l'épreuve. Les sujets passaient l'épreuve aussi tôt que possible après l'admission à l'hôpital mais il fallait tout de même attendre que le diagnostic soit posé. Ainsi donc les sujets ont subi l'épreuve en moyenne vingt-deux jours après l'admission de ceux-ci à l'hôpital psychiatrique.

e) Critères de la non-rémission.- Il est aussi important de bien spécifier et appliquer les détails de la rémission et de la non-rémission que de bien poser le

Tableau I.

Fréquences par sous-catégories diagnostiques pour les deux groupes de schizophrènes.

Sous-catégories diagnostiques de schizophrènes	Schizophrènes non en rémission n = 18	Schizophrènes en rémission n = 30
Paranoïdes	9	11
Hébéphrènes	3	7
Catatoniques	1	2
Simple	1	1
Indifférenciés	2	3
Réaction aiguë	1	5
Schizo-affectifs	1	1

diagnostic. Donc en plus des conditions générales exigées de tous les sujets de cette recherche, les membres du groupe de schizophrènes non en rémission devaient satisfaire d'autres spécifications. Une fois admis à l'hôpital psychiatrique jusqu'au relevé d'octobre 1966, les sujets de ce groupe sont demeurés constamment à l'hôpital psychiatrique à part des congés de fin de semaine ou de la période des fêtes. Au moment du relevé d'octobre 1966, l'état de chacun de ces patients était considéré, par son médecin traitant, stationnaire ou détérioré. Cette information a été obtenue sur consultation du dossier de chacun de ces patients. Aucun des patients n'était suffisamment bien pour quitter l'hôpital et son état restait la raison principale de son hospitalisation. Cette condition voulait éviter l'inclusion dans cet échantillon, des patients dont l'état s'était amélioré mais qui étaient demeurés à l'hôpital, faute d'endroit pour les recevoir. La durée de l'hospitalisation des membres de ce groupe varie de six à 20 mois pour une durée moyenne de 15.32 mois.

f) Critères de la rémission.- Pour être inclus dans le groupe de schizophrènes en rémission, les patients devaient répondre également à certaines exigences spécifiques. Les membres de ce groupe ont tous reçu leur congé de l'hôpital psychiatrique. Ce congé dure depuis au moins

six mois au moment du relevé d'octobre 1966. Ce minimum est de six mois parce qu'une telle période représente un congé d'essai après quoi le patient est libéré de l'hôpital de façon définitive. De fait la période écoulée depuis la sortie pour ce groupe varie de 10 à 20 mois et la moyenne est de 14 mois. Aucun des membres de ce groupe n'a été réadmis à l'hôpital psychiatrique après sa mise en congé, jusqu'au relevé d'octobre 1966. Une seconde condition à remplir pour faire partie de ce groupe a trait à l'état des patients à la sortie. Celui-ci était considéré amélioré dans tous les cas par le médecin traitant sinon le patient était exclu du groupe. Cette information était obtenue sur consultation de dossier du patient et visait à éliminer les patients non améliorés sortis sur demande des responsables. D'autre part la durée de l'hospitalisation de ce groupe est moins prolongée en moyenne que celle du groupe de schizophrènes non en rémission. Elle varie pour ce groupe-ci de 1 à 8 mois pour une hospitalisation moyenne de 3 mois.

g) La médication.- Le contrôle de la médication que les patients reçoivent apparaît à certains expérimentateurs comme une exigence d'une bonne recherche. Mais en pratique ce contrôle est impossible dans un hôpital

psychiatrique. D'ailleurs Sturm¹², pour trouver une explication à ses résultats non significatifs, fit des comparaisons entre les schizophrènes soumis à une médication et ceux qui étaient sans médication pour ne trouver aucune différence significative entre les deux à une épreuve de formation de concepts. Chez des schizophrènes soumis à une médication, Chapman¹³ observa une perturbation conceptuelle plus marquée chez ceux qui manifestaient une plus grande recrudescence des troubles psychotiques lorsque retirés de la médication. Il semble donc d'après ces recherches que les troubles conceptuels se manifestent également si les patients reçoivent une médication. Dans cette recherche tous les patients recevaient une médication. Aucun des deux groupes ne se distinguait donc de l'autre dans ce domaine. Pour la majorité cette médication était assez récente et les effets de longue haleine n'avaient pu se manifester encore.

h) L'âge.- Un autre facteur d'intérêt concerne l'âge des patients. Il varie de 17 à 48 ans pour les

12 Israël Eli Sturm, "Conceptual Area" Among Pathological Groups: A Failure to Replicate, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 69, n°2, août 1964, p. 216-223.

13 Loren J. Chapman, The Problem of Selecting Drug-Free Schizophrenics for Research, dans The Journal of Consulting Psychology, vol. 27, n°6, décembre 1963, p. 540-542.

deux groupes de schizophrènes. La moyenne d'âge du groupe de schizophrènes non en rémission est de 31 ans et la moyenne d'âge du groupe de schizophrènes en rémission est de 27.2 années. La différence entre les deux groupes n'est cependant pas significative parce que la probabilité qu'une telle différence se produise est de .1335.

i) La scolarité.- Une description de la population dans une recherche sur la formation des concepts nécessite une mention de la scolarité des sujets. Ainsi pour les deux groupes pris ensembles la scolarité des sujets varie de 3 à 21 années. La moyenne de la scolarité pour les schizophrènes non en rémission est 8.11 années et pour les schizophrènes en rémission elle est de 9.66 années. La différence entre les deux groupes à été calculée et le résultat indique une différence non significative, la probabilité qu'une telle différence se produise étant de .1867. Afin d'obtenir des connaissances supplémentaires au sujet de la relation des différents scores de l'épreuve ou niveaux de formation de concepts avec la scolarité, des corrélations ont été calculées pour donner les résultats suivants:

Abstrait	.52
Fonctionnel	-.39
Concret	-.14
Pathologique	-.18

Faillite -.02

Seule la catégorie de réponses abstraites est en corrélation positive avec le niveau de scolarité et ceci de façon significative au niveau de .01%. Par contre la catégorie de réponses fonctionnelles est en corrélation négative avec la scolarité au niveau significatif de .01%. Aucune des autres corrélations n'est significative. La corrélation avec les réponses abstraites est dans le sens de celles rapportées fréquemment par les auteurs. Par contre la corrélation négative des réponses fonctionnelles avec la scolarité est difficile à comprendre. Peut-être y-a-t-il un lien entre ce fait et les trouvailles de Silverstein et Mohan¹⁴ qui au moyen de l'analyse factorielle remarquèrent que les réponses fonctionnelles constituaient une catégorie à part et ne faisaient pas partie d'un continuum avec les réponses abstraites et concrètes à chaque extrémité.

j) L'intelligence.- Le quotient intellectuel est un facteur que les études sur la formation des concepts s'efforcent en général de contrôler. Cette étude n'a pas pris ce facteur en considération pour deux raisons. D'après le schème expérimental de cette recherche, il était

14 A. B. Silverstein et Philip J. Mohan, op. cit., p. 89.

possible d'espérer de plus grandes différences entre les deux groupes parce que des études pronostiques ont démontré que le quotient intellectuel était un bon facteur pronostique entre autres l'étude de Stotsky¹⁵.

Ce chapitre s'est chargé de décrire les différents éléments de cette recherche. Il a commencé par une esquisse du plan expérimental, il a examiné l'instrument utilisé et il a jeté un peu de lumière sur les sujets employés. Maintenant les hypothèses nulles clarifieront encore plus, il est à espérer, la nature et les buts de cette étude.

4. Les hypothèses nulles.

Cette section réunit les hypothèses nulles que cette recherche veut vérifier. Celles-ci sont au nombre de quinze. Les cinq premières concernent l'épreuve complète, les cinq autres s'intéressent à la partie active de l'épreuve et les cinq dernières s'occupent de la partie passive de l'épreuve.

a) Les hypothèses nulles pour l'épreuve complète.-
Il n'y a pas de différence significative entre un groupe

15 B. A. Stotsky, A Comparison of Remitting and Non-remitting Schizophrenics on Psychological Tests, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 47, n°2, supplément, avril 1952, p. 489-496.

de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant à leurs réponses abstraites à l'épreuve complète de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses fonctionnelles à l'épreuve complète de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses concrètes à l'épreuve complète de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses pathologiques à l'épreuve complète de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses faillites à l'épreuve complète de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

b) Les hypothèses nulles pour la partie active de l'épreuve.- Il n'y a pas différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses abstraites à la partie active de l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses fonctionnelles à la partie active de l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses concrètes à la partie active de l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses pathologiques à la partie active de l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses faillites à la partie active de l'épreuve de formation des concepts de Goldstein et Scheerer.

c) Les hypothèses nulles pour la partie passive de l'épreuve.--

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses abstraites à la partie passive de l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses fonctionnelles à la partie passive de l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses concrètes à la partie passive de l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses pathologiques à la partie passive de l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Il n'y a pas de différence significative entre un groupe de schizophrènes non en rémission et un groupe de schizophrènes en rémission quant aux réponses faillites à

la partie passive de l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer.

Ces différents énoncés contiennent les hypothèses spécifiques que cette recherche a investiguées. Le prochain chapitre donnera les résultats de cette expérimentation.

CHAPITRE IV

LES RESULTATS.

Le chapitre précédent s'est occupé d'expliquer la méthode de cette recherche en s'intéressant particulièrement à l'instrument et aux sujets. Il prenait fin avec les hypothèses spécifiques qui dans ce chapitre trouveront une réponse. Ainsi donc, ce chapitre contient les résultats de cette recherche et une discussion de ceux-ci. Il se termine avec des suggestions pour des recherches futures.

1. La présentation des résultats.

Les résultats sont présentés en trois tableaux. Le premier de ces tableaux contient les résultats pour l'épreuve complète, le second pour la partie active de l'épreuve et le troisième pour la partie passive de l'épreuve. Ainsi que nous l'avons expliqué au chapitre précédent une statistique non-paramétrique a été utilisée comme test de signification. La moyenne arithmétique, une statistique paramétrique cadre donc mal dans ces tableaux. En fait la seule raison de son inclusion dans ces tableaux, c'est qu'elle permet au lecteur de connaître le sens ou la direction des différences rapportées. Elle ne prétend aucunement être une statistique descriptive de

Tableau II .--

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à l'épreuve complète.

Catégorie de score	Schizophrènes non en rémission n = 18 M	Schizophrènes en rémission n = 30 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	3.41	3.87	.36	.7188
Fonctionnel	2.51	2.53	.11	.9124
Concret	4.20	4.93	.69	.4902
Pathologique	6.33	5.00	1.00	.3174
Faillite	2.52	2.67	.63	.5286

Tableau III.-

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie active l'épreuve.

Catégorie de score	Schizophrènes non en rémission n = 18 M	Schizophrènes en rémission n = 30 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	.68	1.20	.67	.5092
Fonctionnel	1.22	1.27	.36	.7264
Concret	2.50	1.90	1.32	.1868
Pathologique	2.00	1.43	.89	.3734
Faillite	.60	1.20	2.49	.0132

Tableau IV.-

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie passive l'épreuve.

Catégorie de score	Schizophrènes non en rémission n = 18 M	Schizophrènes en rémission n = 30 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	2.67	2.66	.14	.8886
Fonctionnel	1.34	1.27	.34	.7338
Concret	1.72	3.06	2.30	.0220
Pathologique	4.33	3.57	.85	.4010
Faillite	1.94	1.44	.47	.6384

l'échantillon. Pour aider à la compréhension de ces tableaux, mentionnons à nouveau que la valeur de P ou de la probabilité qu'une telle différence se produise doit être de .01 ou inférieure à ce chiffre pour que la différence soit significative, dans le cas de l'alternative bilatérale, au niveau de signification accepté dans cette recherche.

2. L'interprétation des résultats.

D'après les hypothèses maintes fois émises sur ce sujet, il était permis d'espérer trouver une meilleure capacité d'abstraction chez les schizophrènes en rémission que chez les schizophrènes non en rémission. Or ces résultats ne soutiennent aucunement cette hypothèse. Ils ne permettent même pas le rejet d'une seule hypothèse nulle parce qu'aucune différence n'est significative au niveau accepté dans cette recherche. Il faut donc accepter l'hypothèse de non-différence entre les deux groupes de schizophrènes à l'épreuve de formation de concepts subie au moment de l'admission.

Avant d'examiner les raisons pouvant expliquer ces résultats, regardons de plus près les résultats obtenus. Bien que les résultats pour les réponses abstraites soient dans la direction attendue, c'est-à-dire les schizophrènes en rémission donnent plus de réponses abstraites que les

schizophrènes non en rémission, ils sont loin d'être significatifs. D'autre part les schizophrènes en rémission donnent plus de réponses concrètes que les schizophrènes non en rémission: voilà qui est surprenant puisque les hypothèses des auteurs laissaient présager le contraire. Ces résultats sont cependant loin d'être significatifs et il peut s'agir simplement d'un effet du hasard. D'un autre côté ainsi qu'il était possible de s'y attendre les schizophrènes en rémission produisent moins de réponses pathologiques que les schizophrènes non en rémission mais pas encore à un niveau significatif.

En consultant les résultats de la partie active et passive de l'épreuve, il faut également conclure à des différences non significatives. Ces résultats semblent en accord avec ceux de Silverstein et Mohan¹ qui considèrent les deux parties du test comme différentes l'une de l'autre. Ici la valeur de P varie beaucoup pour les mêmes scores entre les deux parties de l'épreuve. De même on constate que le sens de la différence dans la partie active est renversé dans la partie passive de l'épreuve pour la catégorie fonctionnelle, concrète et faillite.

¹ A. B. Silverstein et Philip J. Mohan, A Factor-Analytic Approach to Sorting Behavior, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 29, n°1, février 1965, p. 89.

Dans ces résultats seulement deux différences s'approchent quelque peu du niveau de signification accepté dans cette recherche. Ainsi les schizophrènes en rémission manifestent plus de faillites que les schizophrènes non en rémission à la partie active de l'épreuve, ceci au niveau de signification de .01% dans le cas de l'alternative unilatérale ou de .05% dans le cas de l'alternative bilatérale. Cependant une recherche intéressée surtout aux niveaux de formation de concepts trouve une telle différence moins importante que si elle s'était produite pour les autres catégories. Ceci reste tout de même un résultat, qui supporté par d'autres expérimentations, acquerrait plus de valeur pronostique. Dans la partie passive de l'épreuve, une autre différence approche le niveau de signification accepté dans cette recherche. Les schizophrènes en rémission donnent plus de réponses concrètes que les schizophrènes non en rémission à un niveau significatif, soit celui de .05% dans le cas de l'alternative bilatérale. En général les recherches pronostiques démontrent qu'un meilleur fonctionnement aux épreuves psychologiques indique un meilleur pronostic. Ceci n'est pas le cas dans cette recherche pour les réponses concrètes. Peut-être ce domaine se différencie-t-il des autres secteurs de fonctionnement au point de vue pronostique. D'autres études sont nécessaires avant d'émettre des idées

définitives sur ce sujet.

Pour trouver une explication à ces résultats non significatifs, d'autres différences ont été calculées. Ainsi à l'appendice 3, une autre série de résultats est présentée. Douze patients qui ont connu une réadmission depuis leur congé ont été ajoutés au groupe de schizophrènes non en rémission de façon à former un groupe de 30 patients. Cette manière de procéder avait pour but d'investiguer un autre critère du pronostic. Ce nouveau groupe de schizophrènes non en rémission a été comparé aux schizophrènes en rémission. Ici encore les différences ne sont pas significatives. Avec un autre critère de non-rémission et un groupe plus nombreux, on n'obtient pas non plus de résultats significatifs. Il faut encore conclure que l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer ne réussit pas à distinguer deux groupes de schizophrènes au point de vue pronostique.

Un autre facteur a été étudié comme explication possible de la non signification des résultats. Il s'agit de l'institution d'origine. Ainsi les sujets originaires de l'hôpital St-Jean-de-Dieu ont été comparés aux patients de l'hôpital St-Michel-Archange pour toutes les catégories de scores. Ces résultats sont donnés à l'appendice 4. Aucune différence n'est significative au niveau accepté dans cette recherche. Par contre, une différence approche

la signification, il s'agit des réponses pathologiques. Bien que l'emploi des différents niveaux de formation de concepts ne varie pas beaucoup d'un groupe à l'autre, il reste que les sujets de l'hôpital St-Michel-Archange produisent plus de réponses pathologiques que les patients de l'hôpital St-Jean-de-Dieu au niveau de signification de .05 dans le cas de l'alternative bilatérale. Ainsi donc ces deux groupes se distinguent pour cette catégorie de réponses mais non pas pour les réponses abstraites, fonctionnelles et concrètes, c'est-à-dire pour les niveaux de formation de concepts.

Etant donné que ces deux séries de résultats ne réussissent pas à expliquer les différences non significatives de cette recherche, les schizophrènes paranoïdes d'une part et les schizophrènes non paranoïdes d'autre part, ont été constitués en groupes. Des statistiques ont été compilées et les résultats sont reproduits à l'appendice 5. Ici une différence est significative au niveau accepté dans cette recherche. Les schizophrènes paranoïdes produisent significativement moins de réponses fonctionnelles à la partie active de l'épreuve, que les schizophrènes non paranoïdes. La différence dans l'emploi des réponses abstraites, fonctionnelles et concrètes pour l'épreuve complète et des réponses abstraites et concrètes pour la partie active de

l'épreuve approche beaucoup le niveau de signification; les schizophrènes paranoïdes affichent un usage plus élevé de réponses fonctionnelles et concrètes et moindre de réponses abstraites. Les différences entre ces groupes réduisent probablement la différence entre les schizophrènes non en rémission et les schizophrènes en rémission. Il faudrait sans doute procéder à des études plus spécifiques du point de vue des sujets. D'ailleurs McKeever, May et Tuma² suggèrent, pour leur part, des études plus spécifiques dans le domaine du pronostic par exemple en rapport avec le sexe ou le traitement. Il semble nécessaire d'être plus spécifique également quant aux catégories diagnostiques.

En somme cette recherche tentait de prédire le pronostic immédiat parce que l'attente moyenne est de 14.5 mois après la sortie. Il faut donc conclure que l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer ne réussit pas à prédire le pronostic immédiat chez deux groupes de schizophrènes. Avant de rejeter

² Walter F. McKeever, Philip R. A. May et A. Hussain Tuma, Prognosis in Schizophrenia: Prediction of Length of Hospitalization from Psychological Test Variables dans Journal of Clinical Psychology, vol. 21, n°2, avril 1965, p. 214-221.

complètement l'hypothèse émise par Goldstein³, Meadow, Greenblatt et Solomon⁴ à l'effet qu'une bonne capacité d'abstraction indique un bon pronostic, il faudrait procéder à une étude pronostique basée sur une attente plus prolongée. Une recherche d'indices d'un pronostic plus éloigné donnerait peut-être des résultats plus concluants.

3. Suggestions de recherches possibles.

A la suite de cette discussion des résultats et de l'investigation des causes de ceux-ci, deux recherches dans le domaine de la formation des concepts chez les schizophrènes suscitent de l'intérêt. D'abord la dimension schizophrènes paranoïdes et autres types de schizophrènes est à étudier et pourrait mener à des conclusions importantes. Les auteurs consultés ne rapportent pas non plus de recherche de cette nature. Une seconde étude, celle-ci dans le domaine des études pronostiques paraît nécessaire. Une étude longitudinale

³ K. Goldstein, The Significance of Special Mental Tests for Diagnosis and Prognosis in Schizophrenia, dans American Journal of Psychiatry, vol. 96, n°3, novembre 1939, p. 575-578.

⁴ Arnold Meadow, Milton Greenblatt et Harry C. Solomon, "Looseness of Association" and Impairment in Schizophrenia, dans Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 118, n°1, juillet 1953, p. 27-35.

reposant sur une période d'attente plus longue pourrait vérifier la valeur de cette épreuve de formation de concepts et de cette interprétation théorique du déficit conceptuel comme indice de prédiction d'un pronostic plus éloigné.

En nous écartant un peu plus de la portée de cette recherche, il faut suggérer des études pronostiques à partir des autres explications du déficit conceptuel en schizophrénie. De telles recherches pourraient jeter plus de lumière sur la valeur de ces diverses théories. D'autres études pronostiques méritent d'être poursuivies: par exemple avec des critères différents et au moyen d'épreuves différentes.

Une comparaison de plusieurs épreuves de formation de concepts entre elles, en les administrant au même groupe ou encore par un autre moyen, est une recherche nécessaire dans ce domaine de la psychologie à cause de la multiplication de ces épreuves, du manque de standardisation de celles-ci et aussi de l'impossibilité d'en connaître l'équivalence.

Après la présentation et la discussion des résultats ce chapitre s'est terminé avec des propositions de recherches.

RESUME ET CONCLUSIONS

Cette étude voulait vérifier l'hypothèse qui prétend qu'une bonne capacité d'abstraction indique un pronostic favorable. Pour ce faire l'épreuve de formation de concepts de Goldstein a été administrée à un groupe de schizophrènes à leur première admission, tôt après leur hospitalisation et ces patients ont été suivis durant une certaine période de temps. On a ensuite effectué un relevé de l'état et des allées et venues de ces patients. Ceux qui restaient à l'hôpital constituèrent le groupe de schizophrènes non en rémission et ceux qui avaient été mis en congé et demeuraient à l'extérieur de l'hôpital depuis au moins six mois formèrent le groupe de schizophrènes en rémission. Ces deux groupes furent comparés quant à leur production à l'épreuve de formation de concepts de Goldstein et Scheerer. Les résultats ne démontrèrent pas de différence significative entre les deux groupes, et donc pas d'indice pronostique. Ils ne supportent donc pas l'hypothèse que l'on voulait investiguer. Cependant d'autres comparaisons à l'intérieur de l'échantillon donnent des résultats intéressants. Ainsi les schizophrènes paranoïdes se distinguent des schizophrènes non paranoïdes en produisant une performance qui approche fortement le niveau de signification.

BIBLIOGRAPHIE

Bolles, M. M., G. P. Rosen et C. Landis, Psychological Performance Tests as Prognostic Agents for the Efficacy of Insulin Therapy in Schizophrenia, dans The Psychiatric Quarterly, vol. 12, n^o4, octobre 1938, p. 733-737.

Les auteurs étudient la relation entre la performance de schizophrènes à des épreuves de formation de concepts et l'efficacité de l'insulinothérapie. La méthodologie de l'expérimentation paraît faible lorsque comparée aux exigences actuelles.

Buss, Arnold H. et Peter J. Lang, Psychological Deficit in Schizophrenia: I. Affect, Reinforcement, and Concept Attainment, dans The Journal of Abnormal Psychology, vol. 70, n^o1, février 1965, p. 2-24.

Dans la section de l'article intitulée "Concept Attainment", les auteurs évaluent les écrits au sujet du déficit démontré par les schizophrènes à des tâches conceptuelles. Ils font la critique de quatre interprétations: la perte de l'abstraction, la perte de la communication sociale, la régression à une pensée enfantine et la théorie de l'interférence.

Fulkerson, Samuel C. et John R. Barry, Methodology and Research on the Prognostic Use of Psychological Tests, dans Psychological Bulletin, vol. 58, n^o3, mai 1961, p. 177-204.

Les auteurs discutent de la méthodologie des études pronostiques avec des épreuves psychologiques quant à l'échantillon, l'instrument et le critère. Ils procèdent ensuite à une récitation des écrits dans ce domaine pour la période de 1952 à 1959. Un écrit très utile et bien fait.

Goldstein, Kurt, The Significance of Special Mental Tests for Diagnosis and Prognosis in Schizophrenia, dans The American Journal of Psychiatry, vol. 96, n^o3, novembre 1939, p. 575-578.

L'auteur prétend que l'aptitude abstraite est un bon indice pronostique mais sans rapporter d'expérimentation pour soutenir son avancé.

-----, Concerning the Concreteness in Schizophrenia, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 59, n°1, juillet 1959, p. 146-148.

Goldstein réfute ici l'interprétation qui lui a été attribuée par Cavanaugh à l'effet que le déficit conceptuel en schizophrénie résulterait d'un trouble organique du cerveau. Il esquisse à nouveau sa théorie de l'attitude abstraite et concrète.

-----, et Martin Scheerer, Abstract and Concrete Behavior, An Experimental Study with Special Tests, dans Psychological Monographs, vol. 53, n°2, livraison de 1941, 151 p.

Cette monographie contient la théorie des auteurs sur la formation des concepts en schizophrénie. Elle présente la batterie d'épreuves utilisées par les auteurs pour effectuer leurs recherches. Un écrit de base pour les études dans ce domaine.

Kasanin, J. S., rédacteur, Language and Thought in Schizophrenia, New York, Norton, 1944, xii-133 p.

Cet ouvrage réunit des articles des principaux théoriciens et expérimentateurs dans le domaine de la formation des concepts en schizophrénie à l'époque de la publication du volume. Il s'agit d'une lecture essentielle pour les chercheurs dans ce domaine.

Marks, John, James C. Stauffacher et Curtis Lyle, Predicting Outcome in Schizophrenia, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 66, n°2, février 1963, p. 117-127.

Les auteurs font une évaluation de la méthodologie des études pronostiques et rapportent les résultats de leur recherche.

Rapaport, David, Diagnostic Psychological Testing, Chicago, Year Book, 1946, vol. I, p. 396-461.

L'auteur explique son adaptation de l'épreuve de classification d'objets de Goldstein et Scheerer et rapporte les expérimentations qu'il a lui-même poursuivies. Son adaptation permet de quantifier les résultats et rend donc l'épreuve utilisable pour des recherches expérimentales.

Silverstein, A. B. et Philip J. Mohan, A Factor-Analytic Approach to Object Sorting Behavior, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 29, n°1, février 1965, p.89.

Un court résumé d'une étude de la structure de l'épreuve de classification d'objets de Goldstein et Scheerer qui utilise les données recueillies par Rapaport.

Stotsky, B. A., A Comparison of Remitting and Non-remitting Schizophrenics on Psychological Tests, dans The Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. 47, n°2, supplément, avril 1952, p. 489-496.

L'auteur rapporte des différences dans la performance au Wechsler et au Rorschach de schizophrènes en rémission et de schizophrènes non en rémission. Cette thèse a adopté un schème expérimental semblable à celui utilisé par Stotsky.

Vigotsky, L. S., Thought in Schizophrenia, dans Archives of Neurology and Psychiatry, vol. 31, n°5, mai 1944, p. 1063-1077.

L'auteur présente son interprétation du déficit conceptuel en schizophrénie et introduit sa méthode d'expérimentation.

Zubin, J., C. Windle et Violet Hamwi, Retrospective Evaluation of Psychological Tests as Prognostic Instruments in Mental Disorders, dans Journal of Personality, vol. 21, n°3, mars 1953, p. 343-355.

Les auteurs étudient la performance à des épreuves conceptuelles et perceptuelles chez des psychotiques chroniques en relation avec le pronostic. Il s'agit d'une étude très intéressante mais qui ne rapporte pas des données suffisamment détaillées pour permettre l'évaluation de la qualité et de la portée des résultats dans toute leur ampleur.

APPENDICE 1

LA LISTE DES OBJETS

Cet appendice comprend la liste des trente-trois objets qui constituent l'épreuve de formation de concepts utilisée dans cette recherche, plus précisément l'épreuve de classification d'objets de Goldstein et Scheerer telle que modifiée par Rapaport.

1. un couteau ordinaire
2. une fourchette ordinaire
3. une cuillère ordinaire
4. un couteau miniature
5. une fourchette miniature
6. une cuillère miniature
7. un tournevis ordinaire
8. une paire de pinces ordinaire
9. un tournevis miniature
10. une paire de pinces miniature
11. un marteau miniature
12. une hache miniature
13. un clou
14. un autre clou
15. un bloc de bois avec un clou au milieu
16. un bouchon de liège
17. un autre bouchon de liège
18. un carreau de sucre
19. un autre carreau de sucre
20. une pipe
21. un vrai cigare
22. une vraie cigarette
23. un cigare imitation
24. une cigarette imitation
25. une petite boîte d'allumettes
26. une balle rouge en caoutchouc
27. une efface rouge
28. un bouchon d'évier rouge en caoutchouc
29. une carte de filière blanche
30. un carré de carton vert
31. un cercle de papier rouge
32. un cadenas
33. une cloche de bicyclette.

APPENDICE 2

LES FEUILLES DE REPONSES

Cet appendice contient les feuilles utilisées pour noter les objets choisis et pour recueillir les réponses données par les sujets. Les feuilles utilisées dans l'administration de l'épreuve selon la version de Rapaport sont au nombre de deux.

OBJECT SORTING TEST

Nom:
 No de dossier:
 Diagnostic:
 Date d'admission:

Date des tests:
 Age:
 Scolarité.
 I.Q.

85

Partie active

Objet donné	Objets choisis par le S .	Raison pour mettre ces objets ensembles.
1. S. choisit		
2. Grosse fourchette		
3. Pipe		
4. Cloche de bicyclette		
5. Cercle de papier rouge		
6. Pince miniature		
7. Balle rouge en caoutchouc		

OBJECT SORTING TEST

Nom:

Date du test:

No de dossier:

Partie passive		86
	Objets mis ensembles	Raison donnée pour mettre les objets ensembles
1.	Balle, cercle de papier, boîte d'allumette, bouchon d'évier, efface	
2.	Gros ustensiles, petits ustensiles, cloche, cadenas, deux clous, les deux paires de pinces	
3.	Balle, bouchon d'évier, deux bouchons de liège, cloche, cercle de papier	
4.	Gros tournevis et pinces, petit tournevis et pinces, petit marteau et petite hache	
5.	Cercle de papier rouge, carré de carton vert, carte de filière blanche, boîte d'allumettes, vraie cigarette	
6.	Deux fourchettes, couteaux, cuillères, bouchons de liège, clous, cubes de sucre, tournevis, pinces, cigares, cigarettes,	
7.	Vraie cigarette, deux cubes de sucre, carte de filière blanche, rectangle de carton vert tourné sur le côté blanc	
8.	Bouchon d'évier, cigare imitation, cigarette imitation, balle, efface	
9.	Pipe, vrai cigare et cigarette, cigare et cigarette imitation, boîte d'allumette	
10.	Grosse coutellerie, et coutellerie miniature	
11.	Quatre outils miniatures, trois ustensiles miniatures, cigare et cigarette imitation, balle	
12.	Carte à filière blanche, rectangle de carton vert, bloc de bois avec clou au milieu, boîte d'allumette et deux cubes de sucre	

APPENDICE 3

COMPARAISON DES RESULTATS DES SCHIZOPHRENES EN REMISSION ET D'UN AUTRE GROUPE DE SCHIZOPHRENES NON EN REMISSION

Cet appendice contient les résultats pour l'épreuve complète et les deux parties de l'épreuve lorsque douze patients qui ont connu une réadmission depuis leur sortie de l'hôpital ont été ajoutés au groupe de schizophrènes non en rémission. Le critère de la non-rémission diffère donc de celui accepté dans cette recherche. Le groupe de schizophrènes en rémission reste le même.

Tableau V.-

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à l'épreuve complète

Catégorie de score	Schizophrènes non en rémission n = 30 M	Schizophrènes en rémission n = 30 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	3.46	3.86	.31	.7566
Fonctionnel	2.83	2.53	.20	.8414
Concret	4.30	4.93	.83	.4066
Pathologique	5.60	5.00	.61	.5418
Faillite	2.81	2.68	.10	.9204

Tableau VI.-

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie active de l'épreuve.

Catégorie de score	Schizophrènes non en rémission n = 30 M	Schizophrènes en rémission n = 30 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	.60	1.20	1.24	.2150
Fonctionnel	1.43	1.27	.61	.5418
Concret	2.53	1.90	1.13	.2584
Pathologique	1.64	1.43	.78	.4354
Faillite	.80	1.20	1.81	.0702

Tableau VII.-

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie passive de l'épreuve.

Catégorie de score	Schizophrènes non en rémission n = 30 M	Schizophrènes en rémission n = 30 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	2.87	2.66	.22	.8258
Fonctionnel	1.30	1.26	.08	.9362
Concret	1.83	3.06	2.15	.0316
Pathologique	3.83	3.56	.41	.6818
Faillite	2.17	1.46	1.00	.3174

APPENDICE 4

COMPARAISON DES RESULTATS DES SCHIZOPHRENES DE L'HOPITAL ST-JEAN-DE-DIEU ET DES SCHIZOPHRENES DE L'HOPITAL ST-MICHEL- ARCHANGE.

Cet appendice contient les résultats pour l'épreuve complète et les deux parties de l'épreuve lorsque les schizophrènes de l'hôpital St-Jean-de-Dieu de Montréal constituent un groupe et les schizophrènes de l'hôpital St-Michel-Archange de Québec forment l'autre groupe.

Tableau VIII.-

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à l'épreuve complète

Catégorie de score	Schizophrènes de l'hôpital St-Jean-de-Dieu n = 16 M	Schizophrènes de l'hôpital St-Michel-Archange n = 32 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	4.31	3.40	.56	.5754
Fonctionnel	2.44	2.58	.17	.8650
Concret	5.12	4.42	.38	.7040
Pathologique	4.19	6.15	2.10	.0358
Faillite	2.94	2.45	.74	.4592

Tableau IX.-

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie active de l'épreuve.

Catégorie de score	Schizophrènes de l'hôpital St-Jean-de-Dieu n = 16 M	Schizophrènes de l'hôpital St-Michel-Archange n = 32 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	1.31	.95	.87	.3844
Fonctionnel	1.44	1.10	.95	.3422
Concret	1.75	2.31	1.21	.2262
Pathologique	1.31	1.80	1.14	.2542
Faillite	1.19	.84	1.14	.2542

Tableau X.-

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie passive de l'épreuve.

Catégorie de score	Schizophrènes de l'hôpital St-Jean-de-Dieu n = 16 M	Schizophrènes de l'hôpital St-Michel-Archange n = 32 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	3.00	2.51	.44	.6600
Fonctionnel	1.00	1.44	1.77	.0768
Concret	3.37	2.12	1.14	.2542
Pathologique	2.88	4.34	2.11	.0348
Faillite	1.75	1.59	.50	.6170

APPENDICE 5

COMPARAISON DES RESULTATS DES SCHIZOPHRENES PARANOIDES ET DES SCHIZOPHRENES NON PARANOIDES

Cet appendice contient les résultats pour l'épreuve complète et pour les deux parties de l'épreuve lorsque les schizophrènes paranoïdes constituent un groupe et les schizophrènes non paranoïdes forment l'autre groupe.

Tableau XI.-

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à l'épreuve complète

Catégorie de score	Schizophrènes paranoïdes n = 21 M	Schizophrènes non paranoïdes n = 27 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	2.61	4.55	1.81	.0702
Fonctionnel	3.14	2.07	2.44	.0146
Concret	5.48	4.04	2.15	.0316
Pathologique	5.12	5.78	.42	.6744
Faillite	2.65	2.56	.26	.7948

Tableau XII.-

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie active de l'épreuve.

Catégorie de score	Schizophrènes paranoïdes n = 21 M	Schizophrènes non paranoïdes n = 27 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	.48	1.48	1.82	.0688
Fonctionnel	1.86	.78	2.88	.0040
Concret	2.62	1.74	1.96	.0500
Pathologique	1.14	1.96	.99	.3222
Faillite	.90	1.04	.42	.6744

Tableau XIII.-

Moyennes, valeurs z et signification des différences pour les cinq catégories de scores à la partie passive de l'épreuve.

Catégorie de score	Schizophrènes paranoïdes n = 21 M	Schizophrènes non paranoïdes n = 27 M	Valeurs z pour le test U de Mann-Whitney	Valeur de P
Abstrait	2.14	3.07	1.26	.2076
Fonctionnel	1.28	1.20	.11	.9124
Concret	2.87	2.30	.90	.3682
Pathologique	3.90	3.81	.18	.8570
Faillite	1.81	1.52	.42	.6744

APPENDICE 6

SOMMAIRE DE

Formation des Concepts et pronostic chez les schizophrènes¹

Cette étude a tenté de vérifier l'hypothèse maintes fois émises par Goldstein et autres à l'effet qu'une bonne capacité d'abstraction chez les schizophrènes indique un pronostic favorable. A la suite d'un relevé des études au sujet des diverses interprétations du déficit conceptuel et d'une récénsion des écrits, sur les facteurs pronostiques en schizophrénie on doit constater l'existence de peu de recherches réunissant ces deux domaines.

Afin de combiner ces deux approches dans une étude expérimentale, le plan suivant a été adopté. Nous avons examiné quatre-vingt-huit schizophrènes à leur première admission, tôt après leur hospitalisation, au moyen du Goldstein-Scheerer Object Sorting Test, administré selon la méthode de Rapaport. Après une période d'attente, nous avons fait un relevé de l'état et des allées et venues de ces patients. A ce moment dix-huit schizophrènes étaient encore hospitalisés, leur état était stationnaire et ils

¹ Lise Ferrier, thèse de maîtrise présentée à la Faculté de Psychologie et d'Education de l'Université d'Ottawa, 1967, viii-102 p.

pouvaient ainsi constituer un groupe de schizophrènes non en rémission. Un autre groupe était formé de trente patients qui avaient reçu leur congé de l'hôpital au moins six mois auparavant alors qu'ils affichaient un état amélioré et aucun n'avait été réadmis depuis sa sortie. On considéra donc ce groupe de patients comme des schizophrènes en rémission.

La performance de ces deux groupes à l'épreuve a été évaluée au moyen de la méthode de Rapapert pour les niveaux de formation de concepts. On a ensuite effectué la comparaison des résultats de ces deux groupes. Aucune des différences calculées ne s'est révélée significative au niveau de .01% dans le cas de l'alternative bilatérale. Dans une tentative pour expliquer ces résultats non-significatifs, on a groupé les sujets différemment et compilé d'autres statistiques. Ce procédé mit en évidence des différences qui approchaient beaucoup plus de la signification entre les schizophrènes paranoïdes et les schizophrènes non paranoïdes.

Les résultats obtenus ne soutiennent pas l'hypothèse expérimentale. Dans cette recherche la capacité d'abstraction ne permet pas de distinguer deux groupes de schizophrènes quant à leur pronostic immédiat. A la suite de ces résultats on peut proposer des recherches plus spécifiques quant aux sujets et des études pronostiques basées sur une période d'attente plus longue.

APPENDICE 7

ABSTRACT OF

Formation des concepts et pronostic chez les schizophrènes¹

This study was designed to test the frequently expressed hypothesis that a good capacity for abstraction is prognostically favorable. A review of the literature on the various interpretations of the conceptual deficit and a report of studies on prognostic factors in schizophrenia showed a lack of research relating these two areas.

This study tried to relate these two domains of research. To do this, 88 first admission schizophrenics were tested, soon after hospitalization, with the Goldstein Scheerer Object Sorting Test, more specifically with Rapaport's modification of the test. After a follow-up period, a survey of the condition and the whereabouts of the patients was made. It was found that eighteen schizophrenics were still hospitalized, their condition was stationary and they could form a group of schizophrenics not in remission. Another group of thirty schizophrenics had been released from the hospital at least six

¹ Lise Perrier, thèse de maîtrise présentée à la Faculté de Psychologie et d'Éducation de l'Université d'Ottawa, 1967, viii-102 p.

months before, improved, with no readmission since and could constitute a group of schizophrenics in remission.

The performance of these two groups on the test was evaluated by means of Rapaport's scoring for conceptual level. The results of the schizophrenics not in remission were compared to those of the schizophrenics in remission. None of the differences met the level of significance accepted in this research which is the .01% level with a two tailed test. Differences between other groupings of the schizophrenics within the sample were computed in an attempt to find an explanation for the non-significant results. The differences in the performance of paranoid schizophrenics and non paranoid schizophrenics were found to approach more closely the level of significance.

The results obtained did not support the experimental hypothesis. The capacity for abstraction did not prove useful to distinguish two groups of schizophrenics as to their immediate prognosis. In the light of these findings suggestions for more specific research as to the subjects and for prognostic studies with longer follow-up time were made.