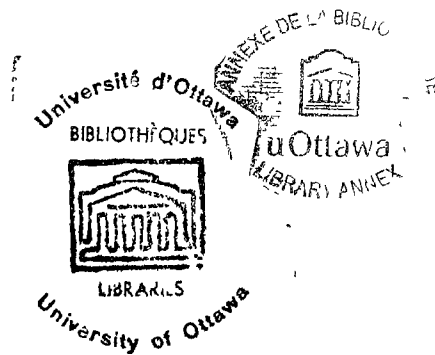


PSF-2001167

TAT ET SENSIBILITE DE REACTION  
UNE ETUDE DIAGNOSTIQUE

par Jean-Luc Falardeau

Thèse présentée à la Faculté de Psychologie  
et d'Education de l'Université d'Ottawa en  
vue de l'obtention de la Maîtrise ès Arts  
en Psychologie



Québec, Canada, 1967

UMI Number: EC55816

### 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<sup>®</sup>**

---

UMI Microform EC55816  
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 Gilles Chagnon, M. Ps., professeur à la Faculté de Psychologie et d'Éducation de l'Université d'Ottawa.

Grâce à l'attitude bienveillante des autorités de l'hôpital Saint-Michel-Archange, et de l'hôpital Laval de Québec, nous avons réussi à mener cette recherche à bonne fin.

## CURRICULUM STUDIORUM

Jean-Luc Falardeau est né à Laverlochère,  
Province de Québec, le 26 septembre 1940. Il obtint son  
B.A. du Collège Universitaire de Rouyn en 1962.

## TABLE DES MATIERES

Chapitres	pages
INTRODUCTION . . . . .	vi
I.- LE THEMATIC APPERCEPTION TEST. . . . .	1
1. Sa nature	1
2. Sa valeur diagnostique	6
3. La théorie de Cameron	18
II.- PLAN GENERAL DE LA RECHERCHE . . . . .	23
1. Le but	23
2. Usage particulier du <u>TAT</u>	24
3. Hypothèse générale	25
4. Schème expérimental	26
a. L'échantillonnage	27
b. Le matériel	38
c. Les directives	39
d. La procédure	40
5. Les statistiques	42
III.- RESULTATS OBTENUS. . . . .	50
1. Fidélité de l'instrument	50
2. Hypothèses spécifiques	55
3. Résultats	56
4. Interprétations	60
5. Observations cliniques	66
a. Désintéressement	66
b. Réticence	67
c. Verbalisation	68
6. Suggestions	68
RESUME ET CONCLUSIONS. . . . .	70
BIBLIOGRAPHIE. . . . .	71
 Appendices	
1. MOYENNES ET ECARTS-TYPES DE CHAQUE GROUPE. . . . .	73
2. FREQUENCE ET POURCENTAGE DE REJETS . . . . .	76
3. ABSTRACT OF <u>TAT et Sensibilité de Réaction, une</u> <u>étude diagnostique</u> . . . . .	79

## LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	pages
I.- L'âge et la durée d'hospitalisation des échantillons exprimés en moyenne . . . . .	37
II.- Corrélations entre la première et la seconde administrations concernant le nombre de cartes rejetées . . . . .	52
III.- Pourcentage des cartes rejetées dans la première administration qui sont également rejetées dans la deuxième administration . . . . .	53
IV.- Corrélations entre les temps de réaction obtenus dans la première et dans la seconde administrations . . . . .	54
V.- Les différences entre les groupes exprimées en score z et leur valeur significative, pour les rejets des cartes . . . . .	57
VI.- Les différences entre les groupes quant à la fréquence de rejets par carte, évaluées au moyen du chi deux . . . . .	59
VII.- Les différences entre les groupes exprimées en score z et leur valeur significative, pour les temps de réaction . . . . .	61
VIII.- Les moyennes et les écarts-types de chaque groupe quant aux rejets pour l'ensemble des cartes. . . . .	74
IX.- Les moyennes et les écarts-types de chaque groupe pour les temps de réaction . . . . .	75
X.- Les rejets attribués à chaque carte par chacun des groupes . . . . .	77
XI.- Pourcentage de sujets dans chaque groupe qui ont rejeté chacune des cartes . . . . .	78

## INTRODUCTION

Parmi les tests les plus populaires en psychologie clinique figure le Thematic Apperception Test de Murray. D'après son auteur, ce test servirait à découvrir les tendances psychologiques inconscientes qui influencent le comportement d'un individu.

Cependant, sa valeur comme instrument diagnostique n'a pas encore été établie. Les recherches effectuées dans ce domaine sont peu nombreuses et les conclusions sont parfois déconcertantes. Toutefois l'étude de certaines manifestations réactionnelles des sujets vis-à-vis les cartes du test, en relation avec la théorie de Cameron<sup>1</sup> sur la sensibilité de réactions laissent entrevoir des possibilités de diagnostic.

C'est en partant de ces possibilités que la présente recherche propose un nouveau mode d'emploi du TAT en vue de distinguer entre eux différents groupes de malades mentaux.

Trois hypothèses sont formulées à cette fin, suivies du schème expérimental qui a servi à vérifier ces hypothèses. Viennent ensuite la présentation et l'interprétation des résultats obtenus, et quelques observations

---

<sup>1</sup> Norman Cameron, The Psychology of Behavior Disorders, a Biosocial Interpretation, New York, Houghton Mifflin Company, 1947, xxi-622 p.

cliniques. Finalement des suggestions pour d'autres recherches terminent ce travail.

## CHAPITRE PREMIER

### LE THEMATIC APPERCEPTION TEST

Ce premier chapitre est consacré à l'étude du Thematic Apperception Test. Dans la première partie, il est question de la nature et des principes de ce test, tels que présentés par son auteur; alors que la deuxième partie porte surtout sur les expériences concernant son efficacité comme instrument diagnostique. Le chapitre se termine avec la présentation d'une théorie qui met en lumière de nouvelles possibilités de diagnostic.

#### 1. La nature du TAT.

Le TAT (abréviation maintenant très connue pour désigner le Thematic Apperception Test) est un test de projection construit par Christiana Morgan et Henry Alexander Murray, de la Clinique Psychologique de l'Université de Harvard. Ce test se propose de découvrir les besoins inconscients d'un individu ou les forces qui ont une influence psychologique sur son comportement.

Pour mieux comprendre l'essentiel de ce test, voici une brève présentation du matériel et de la procédure.

Le matériel au complet se compose de 30 illustrations réparties en 4 groupes de 20 illustrations chacune, selon le sexe et l'âge des sujets. Ainsi, il existe un

groupe d'illustrations, et pour les hommes et pour les femmes, de même qu'un groupe pour les garçons et un groupe pour les filles en bas âge. Ces illustrations pour la plupart, contiennent un ou plusieurs personnages.

On présente donc chacune de ces images au sujet, en lui demandant de raconter une histoire à partir des éléments qu'il perçoit dans l'image.

Dans la première publication concernant le TAT, Murray justifie ainsi l'emploi d'une telle méthode:

The method which is to be described is based on the well recognized fact that when some one attempts to interpret a complex social situation he is apt to tell as much about himself as he is about the phenomena on which attention is focused. At such times the person is off his guard, since he believes that he is merely explaining objective occurrences<sup>1</sup>.

Les illustrations qui composent le test, contiennent, selon Murray, des indices d'un événement dramatique quelconque. Il espère donc qu'en demandant au sujet d'interpréter chaque illustration et d'imaginer ensuite une histoire, ce dernier projettera des besoins personnels profonds. L'auteur précise ainsi:

---

<sup>1</sup> Christiana D. Morgan et Henry Alexander Murray, A Method for Investigating Fantasies, The Thematic Apperception Test, dans Archives of Neurology and Psychiatry, vol. 34, n°2, août 1935, p. 289.

It was anticipated that in the performance of this task a subject would necessarily be forced to project some of his own fantasies into the material and so reveal some of his more pressing underlying needs<sup>2</sup>.

Au stade d'élaboration du test, l'expérience démontre que pour obtenir une meilleure performance de la part du sujet, il était préférable de lui présenter des illustrations contenant au moins un personnage avec qui le sujet pouvait facilement s'identifier. C'est pourquoi l'auteur arrêta son choix sur trente images, dont vingt seulement sont employées selon l'âge et le sexe du sujet.

Les histoires ainsi obtenues sont ensuite analysées de façon à pouvoir déterminer les tendances fondamentales qu'elles contiennent. En effet, Murray prétend qu'en décomposant ces histoires (fantasmes conscients), il est possible de découvrir à la base des tendances ou des besoins inconscients. Voyons comment il procède:

Our own reflections have led us to the conclusion that every fantasy may be analyzed into a series of events, each event, in turn, being an occurrence which is usually analyzable into: (1) a driving force (or fusion of forces in the subject), (2) an object (or group of objects) toward which or away from which the force is directed, and (3) the outcome of their interaction expressed in terms of subjective feeling satisfaction or dissatisfaction<sup>3</sup>.

---

2 Idem, ibid., p. 290.

3 Idem, ibid., p. 293.

L'auteur ajoute, qu'en définitive, cette façon de représenter un événement ressemble à la formule S-R du Behaviorisme, avec cette précision cependant, que le stimulus est plus qu'une simple sensation ou perception, c'est un ensemble (gestalt) de stimuli possédant une même signification dynamique et qu'il appelle press. Plus spécifiquement, ce terme indique soit la qualité d'une situation stimulante: "(...) the kind of effect which it has or might have upon the subject (...)"<sup>4</sup>, soit la quantité de l'effet: "(...) since its power for harming or benefitting varies widely"<sup>5</sup>. Quant à la réponse, elle ne signifie plus un mouvement musculaire particulier, comme dans la formule S-R, mais bien un besoin ou une direction générale de l'action. Car un besoin, selon Murray, est une force à l'intérieur de l'organisme qui, en partant de perceptions et d'aperceptions, transforme dans une certaine direction une situation non satisfaisante pour l'individu. Et ce besoin, comme le dit l'auteur:

(...) is sometimes provoked directly by internal processes of a certain kind (viscerogenic, endocrinogenic, thalamicogenic) arising in the course of vital sequences, but, more frequently (when in a state of readiness) by the occurrence of one of a few commonly effective press (or by anticipatory images of such press)<sup>6</sup>

---

4 Henry A. Murray, Explorations in Personality, New York, Oxford University Press, 1938, p. 118.

5 Idem, ibid., p. 118.

6 Idem, ibid., p. 124.

Ces deux termes, press et need, sont importants puisqu'ils sont les éléments de base dont se sert Murray pour analyser les réponses obtenues au TaT. Il isole d'abord chacun des événements qui composent les histoires, et de ces événements, il en retient deux composantes qui sont désignées par les termes press et need. C'est alors qu'il emploie le terme thema pour signifier un événement ainsi composé. Il définit donc ce terme comme suit: "A simple thema we shall define as the abstract formula for a simple event. It consists of a particular press-need combination<sup>7</sup>".

Et comme le sujet à qui on administre le test, doit interpréter chaque image, c'est-à-dire apercevoir l'intrigue ou la structure dramatique présente dans chacune des images, Murray désigne donc cette épreuve, Thematic Apperception Test.

Au cours de ses travaux dans le domaine de la personnalité, l'auteur élaborera une liste aussi complète que possible des différents besoins qui peuvent se présenter chez un individu<sup>8</sup>. Il en est de même pour les

---

<sup>7</sup> C.D. Morgan et H.A. Murray, A Method for Investigating Fantasies, dans Archives of Neurology and Psychiatry, vol. 34 n°2, p. 293.

<sup>8</sup> Henry A. Murray, Explorations in Personality, New York, Oxford University Press, 1938, p. 76-83.

différents press susceptibles d'influencer le comportement<sup>9</sup>. Ces classifications peuvent servir de référence pour interpréter le contenu des histoires obtenues par l'administration du TAT.

Voilà donc les quelques principes qui régissent l'élaboration de ce test et qui nous font connaître davantage sa nature.

## 2. Valeur diagnostique du TAT.

Cette deuxième partie du chapitre, contient un relevé des principales recherches faites avec le TAT, pour vérifier son efficacité comme instrument de diagnostic différentiel.

Certes, d'après Murray, la valeur du TAT comme test de projection est évidente. En se basant sur une expérience faite avec cinquante étudiants de l'Université de Harvard, il conclut que ce test, comparativement à d'autres techniques employées, s'est avéré le plus efficace pour sonder le fond de la personnalité. A l'appui d'exemples (choisis sans doute parmi les plus concluants) Murray

---

<sup>9</sup> Idem, ibid., p. 291.

affirme sans détour:

If the procedure had merely exposed conscious fantasies and remembered events it would have been useful, but it did more than this. It gave the experimenter excellent clues for the divination of unconscious thematic formations<sup>10</sup>.

On pourrait se demander, à la lumière des nombreuses expériences effectuées dans ce domaine, si cette affirmation ne mérite pas certaines réserves, car selon Johman<sup>11</sup>, les opinions dans ce sens sont variées et même contradictoires.

Mais comme nous la mentionnions au début de cette section, nous nous intéressons plutôt à la valeur du TAT comme instrument de diagnostic. Sous cet aspect, les doutes les plus sérieux furent émis par Eron<sup>12</sup> qui en 1948 fit une première expérience avec vingt-cinq schizophrènes hospitalisés et vingt-cinq étudiants (College Students), en vue de comparer les thèmes et les phénomènes d'identification entre ces deux groupes. Les résultats de cette étude se résument comme suit:

---

10 H.A. Murray, Explorations in Personality, p. 534.

11 Benjamin B. Johman, Handbook of Clinical Psychology, New York, McGraw-Hill Book Company, 1965, p. 563.

12 Leonard D. Eron, Frequencies of Themes and Identifications in the Stories of Schizophrenic Patients and Non-hospitalized College Students, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 12, n°6, livraison de novembre-décembre 1948, p. 387-395.

The outstanding feature in the comparison of the two groups of subjects is the striking similarity between them. (...) With rare exceptions there was no thema which appeared in one group and was absent from the other<sup>13</sup>.

En 1950<sup>14</sup>, il fit une seconde expérience avec 150 vétérans de la deuxième guerre mondiale, répartis en 6 groupes de 25 individus chacun: soit deux groupes d'étudiants, un groupe de psychonévrotiques non hospitalisés, un groupe de psychonévrotiques hospitalisés, un groupe de schizophrènes hospitalisés et un groupe provenant d'un hôpital général neuropsychiatrique.

Deux des buts proposés dans cette recherche étaient premièrement de vérifier si les résultats obtenus au TAT par des individus souffrant de troubles mentaux, ressemblaient à ceux obtenus par des individus n'étant pas diagnostiqués comme malades. Deuxièmement, étudier la possibilité de standardiser les résultats ainsi obtenus de façon à fournir des normes adéquates qui pourraient être utilisées ensuite en clinique. L'auteur isole donc les thèmes contenus dans chaque histoire afin de déterminer si l'analyse du contenu peut différencier les divers groupes selon leur diagnostic.

---

<sup>13</sup> Idem, ibid., p. 388.

<sup>14</sup> Leonard D. Eron, A Normative Study of the Thematic Apperception Test, dans Psychological Monographs, vol. 64, n°9, 1950, v-48 p.

Les résultats conduisent à la conclusion suivante:

Thus it would seem that, at least on the basis here proposed, content analysis cannot differentiate diagnostic classifications.

In order to say that any given feature characterizes a certain clinical group, this feature must distinguish that group both from normal individuals and from other clinical groups. Not one of our classes of subjects differs significantly from all other classes in any given theme<sup>15</sup>.

L'auteur précise que les thèmes de violence, d'hostilité, de mort, de restriction, de culpabilité ne sont pas particuliers à aucun groupe spécifique, mais communs à tous les groupes.

Devant l'impossibilité de discriminer les groupes d'après le contenu des histoires, Eron étudie de plus près toutes les déviations des instructions survenues au cours de l'administration du test. Donc, cette fois-ci, il analyse les résultats sous l'aspect formel<sup>16</sup>, et la conclusion qui s'impose est la suivante:

The hospitalized psychoneurotics reject more cards than do all other subjects, although each of the hospitalized groups rejects significantly more than each of the nonhospitalized groups. (...) Each of the hospitalized groups also gives significantly more descriptions than each nonhospitalized groups<sup>17</sup>.

---

15 Idea, ibid., p. 15.

16 L'expression aspect formel est la traduction littérale de "formal aspect" que certains auteurs emploient pour désigner soit le rejet ou la description des cartes ou même le temps nécessaire pour faire une histoire.

17 L. Eron, A Normative Study of the Thematic Apperception Test, p. 22.

En somme ces conclusions portent à croire que le TAT, employé selon le mode original proposé par son auteur, ne peut déterminer les troubles mentaux selon leur diagnostic propre. En d'autres mots, l'analyse du contenu des histoires, ne révèle aucune caractéristique pouvant être rattachée à des diagnostics spécifiques. Cependant, Eron laisse entrevoir une possibilité de diagnostic, et ce, en considérant l'aspect "formel" des performances obtenues, par exemple le rejet des cartes ou encore les descriptions de celles-ci.

Bien entendu, il existe dans les écrits un nombre assez imposant d'auteurs qui suggèrent des indices diagnostiques que l'on peut obtenir à l'aide du TAT. Bell<sup>18</sup>, en 1948, groupa dans son volume différentes études publiées dans ce domaine. Cet ouvrage nous permet de constater facilement l'ambiguïté qui règne dans cet ensemble de données; ambiguïté qui provient d'abord du fait que certains auteurs emploient des modes différents d'interprétation. De plus comme le font remarquer judicieusement Zubin, Eron et Schuser:

---

18 John Elderkin Bell, A Dynamic Approach to the Study of the Personality, New York, Longmans, Green and Co., 1948, xvi-533 p.

Many of these early studies of validity were not methodologically speaking, studies of validity at all, but rather "case" presentations or illustrations designed to demonstrate the effectiveness of the TAT with various diagnostic groups<sup>19</sup>.

Depuis ce temps jusqu'à nos jours, les études considérées comme étant les plus sérieuses, en ce qui concerne la valeur du TAT comme instrument de diagnostic, sont encore celles de Eron<sup>20,21</sup>, et elles semblent indiquer que ce test souffre vraiment d'une incapacité dans le domaine du diagnostic quand il est employé selon la méthode originale, c'est-à-dire, selon l'analyse du contenu.

L'auteur déclare que le fait de n'avoir pu distinguer différents groupes nosologiques d'après le contenu des histoires, confirme l'hypothèse de la continuité entre la normalité et l'anormalité. Il cite particulièrement l'hypothèse de Brown:

Abnormal psychological phenomena are simply exaggerations (i.e. overdevelopments or underdevelopments) or disguised (i.e. perverted) developments of normal psychological phenomena<sup>22</sup>.

---

19 Joseph Zubin, Leonard D. Eron et Florence Schumer, An Experimental Approach to Projective Techniques, New York, John Wiley and Sons, 1965, p. 422.

20 Leonard D. Eron, Frequencies of Themes and Identifications in the Stories of Schizophrenic Patients and Non-hospitalized College Students, op. cit., p. 387-395.

21 -----, A Normative Study of the Thematic Apperception Test, op. cit., v-48 p.

22 Ibid., ibid., p. 21, citant J.F. Brown, The Psychodynamics of Abnormal Behavior, New York, Mc Graw-Hill, 1940, p. 7.

Il s'appuie également sur la théorie de Cameron<sup>23</sup> qu'il interprète en ces termes:

(...) Cameron (...) contends that normals, neurotics, and psychotics differ from one another only in degree and that any behavior found in psychiatric patients is somehow related to normal behavior<sup>24</sup>.

Finalement Eron fait un rapprochement entre ces deux hypothèses et les résultats de ses études pour conclure ceci:

'If we accept the notion that "fantasy is driven by need" (Murray), it can be predicted (...) that there would be no difference in the content of fantasy productions of individuals of different diagnostic categories, since all individuals have the same needs, whether they are psychotic, neurotic, or normal. And these are, indeed, our findings<sup>25</sup>.

Ces conclusions qui servent à expliquer l'impossibilité de distinguer diverses catégories de malades d'après le contenu du TAT, semblent fort plausibles, surtout en conjonction avec l'hypothèse de continuité entre la normalité et la pathologie.

Cependant cette incapacité peut également s'expliquer, en partie du moins, par les observations rapportées

---

23 Norman Cameron, The Psychology of Behavior Disorders. A Biosocial Interpretation, New York, Houghton Mifflin Company, 1947, xxi-622 p.

24 Leonard D. Eron, A Normative Study of the Thematic Apperception Test, op. cit., p. 21.

25 Idea, ibid., p. 22.

quelques années plus tard, par Zubin, Eron et Schumer. Dans un volume traitant des techniques de projection, ces auteurs discutent des postulats de base du TAT, et ils expriment des doutes quant à la validité (dite construct validity) de ces postulats:

A question of construct validity is involved when fantasies and TAT responses are equated; there is considerable need for further study of the relationship between TAT verbal products and fantasies. Certainly, it seems premature to generalize from TAT response as if they were fantasies, and as if further knowledge about the conditions and circumstances associated with certain types of TAT responses is a direct link to the further understanding of the fantasy process<sup>26</sup>.

Comme les histoires au TAT ne semblent pas être toujours des produits de la fantaisie, selon eux, il est logique de s'en prendre également au postulat qui veut que ces histoires nous révèlent les besoins de l'individu:

The naive assumption that TAT content directly reflects needs is currently tempered by evidence to the contrary. Level of anxiety, guilt and nature of defenses are involved. But also, "structural" variables such as popular responses, card-pull, E-S variables, even the myths and taboos of a culture as well as the content of its mass media products are involved<sup>27</sup>.

---

26 Zubin, Eron et Schumer, An Experimental Approach to Projective Techniques, New York, John Wiley and Sons Inc., 1965, p. 411.

27 Idem, ibid., p. 412.

Les auteurs ajoutent que ce dernier postulat soulève un problème très complexe au sujet de la relation entre besoin et aperception.

En somme ces conclusions sont une mise en garde contre l'acceptation trop rapide des postulats de base: "The lesson to be learned may not be positive, but cautionary<sup>28</sup>".

Quant à l'incapacité d'établir une validité diagnostique avec le TAT, ces auteurs abondent dans le même sens que l'un d'eux auparavant (Bron), en suggérant de considérer l'aspect "formel" des performances obtenues; par exemple, considérer toute déviation ou dérogation aux instructions du test.

Cette méthode d'approche fut adoptée partiellement par Valentine et Robin<sup>29,30</sup>, dans deux études faites avec le TAT dans le but de découvrir certaines caractéristiques pouvant distinguer entre eux, un groupe de malades déprimés, un groupe de schizophrènes paranoïdes et un groupe de normaux. En se basant sur les histoires produites par le

---

28 Idem, ibid., p. 411.

29 Max Valentine et Ashley A. Robin, Aspects of Thematic Apperception Testing: Depression, dans Journal of Mental Science, vol. 96, 1950, p. 435-447.

30 -----, Aspects of Thematic Apperception Testing: Paranoid Schizophrenia, dans Journal of Mental Science, vol. 96, n°405, livraison d'octobre 1950, p. 869-888.

groupe témoin, ils établirent une liste de caractéristiques portant à la fois sur les thèmes exprimés et sur l'aspect "formel" des histoires. Ils firent de même pour les groupes expérimentaux et les différences obtenues furent soumises à des tests de signification statistique.

L'analyse des résultats démontre que le groupe de déprimés rejette plus de cartes que le groupe témoin (une signification dans le nombre de rejets au niveau de " $\alpha$  5 erreur type"). Au sujet des schizophrènes paranoïdes, les auteurs ajoutent cependant, "The most outstanding features shown by the paranoid schizophrenics were an increase in the time taken on the TAT, in the mean response-time and in the range of response-time<sup>31</sup>".

Les auteurs définissent le temps de réponse comme suit: "The response-time is taken as the interval between the patient's receiving the card and the point where he begins to respond with his thematic reply<sup>32</sup>".

Il n'est pas spécifié cependant à quel niveau de signification se situe cette différence. De plus, il semble que ces auteurs n'aient pu relever aucune différence significative qui distingue un groupe clinique à la fois du deuxième groupe clinique et du groupe témoin. Il est vrai

---

31 Ibid., ibid., p. 887.

32 Ibid., ibid., p. 872.

que le nombre de sujets dans chaque groupe était relativement minime, soit quinze déprimés, vingt-cinq schizophrènes paranoïdes et vingt-cinq normaux.

Toutefois, ces études ont leur importance dans la présente recherche puisqu'elles contribuent à l'élaboration de l'hypothèse générale.

En 1950 toujours, White et Schreiber<sup>33</sup>, rapportent une observation fort intéressante concernant une nouvelle façon d'administrer le TAT. Alors qu'elles essayaient différentes façons d'administrer ce test à des psychotiques et à des névrotiques hospitalisés, en vue d'obtenir plus de coopération de leur part, elles découvrirent une méthode à la fois originale et profitable. Après avoir administré les deux premières cartes selon la méthode habituelle, elles présentèrent le reste des cartes en demandant au sujet de choisir les cartes avec lesquelles il aimerait faire une histoire. Elles notèrent les cartes rejetées par chaque sujet ainsi que les remarques faites à l'endroit de ces cartes.

Cette nouvelle technique, semble-t-il, donna des résultats excellents; car les informations contenues dans les histoires étaient plus abondantes. De plus les auteurs

---

<sup>33</sup> Marie Alice White et Hanna Schreiber, A Note on TAT Administration, dans Journal of Clinical Psychology, vol.6, n°4, livraison d'octobre 1950, p. 417.

soutiennent qu'elles en apprirent davantage au sujet des patients en notant quelles cartes ils avaient choisies, et que par conséquent il pouvait y avoir certains indices diagnostiques se rattachant aux choix des cartes. Elles notèrent en particulier que les psychopathes et les alcooliques choisissaient peu de cartes, et que parmi les cartes choisies on retrouvait souvent la scène des chemineaux (9 BM) celle du chirurgien (8 BM), l'adieu du fils (6 BM) et la scène du viol (13 MF).

Ces données cependant n'ont été soumises à aucune méthode statistique; elles sont rapportées à titre d'observation seulement. Cependant elles servent de suggestion pour la présente recherche.

En somme d'après la récénsion des écrits, il appert que la validité du TAT comme instrument diagnostique n'est pas encore reconnue quand l'interprétation des résultats se fait au niveau du contenu des histoires.

Cependant, une possibilité de diagnostic semble surgir si l'on regarde l'aspect "formel" des résultats, comme par exemple le rejet des cartes ou le temps de réaction. Cette possibilité de différencier divers groupes de malades d'après leur diagnostic ne repose plus sur les besoins de l'individu qui apparaissent dans les histoires, mais sur des manifestations réactionnelles du sujet que l'on retrouve au niveau "formel" des résultats.

Cette nouvelle perspective peut s'expliquer, en partie du moins, par le phénomène de sensibilité propre à chaque individu, ce que Cameron<sup>34</sup> appelle reaction-sensitivity. Voyons plus en détail ce que l'auteur entend par ce phénomène.

### 3. Théorie de Cameron.

Dans son volume The Psychology of Behavior Disorders, Cameron déclare au sujet des troubles du comportement et de la personnalité qu'ils sont dûs à des "relatively fixed, crystallized patterns of maladaptive attitudes and responses"<sup>35</sup>.

Selon lui, les attitudes et les réponses sont les deux principales composantes d'une réaction. Il définit ces deux termes comme suit:

The attitude is the relatively widespread, diffuse aspect of a reaction which functions as a behavioral background, preparing for, supporting and prolonging certain responses and not others. In contrast to this, a response is the more specific, localized aspect of a reaction which emerges from, and is supported by, the more sustained attitude<sup>36</sup>.

De ces deux composantes d'une réaction, l'attitude semble jouer le rôle le plus important, car en plus, elle

---

<sup>34</sup> Norman Cameron, The Psychology of Behavior Disorders, A Biosocial Interpretation, New York, Houghton Mifflin Company, 1947, xxi-622 p.

<sup>35</sup> Cameron, op. cit., p. 9.

<sup>36</sup> Idem, ibid., p. 55.

détermine le genre de réponse et par le fait même, le genre de réaction de l'individu. Cameron lui attribue également une autre fonction qu'il qualifie d'anticipation:

An attitude may not only determine the range of a person's responses, in any given situation, but also prepare the ground in advance for his responses to appear. This function was ordinarily call anticipation, and the phase of any act preliminary to a given response sequence we call the anticipant attitude<sup>37</sup>.

L'auteur précise qu'en conséquence, les attitudes jouent un rôle important au niveau de certains comportements pathologiques:

We see them repeatedly in the protracted tensions of anxiety, apprehension, worry and remorse as these appear in the neuroses and psychoses. Anticipant attitudes figure also in the quite different, but not less abnormal, patterns of elation and ecstasy in paranoid disorders, schizophrenia and mania<sup>38</sup>.

Partant de ces diverses fonctions propres aux attitudes et considérant aussi le rôle que jouent les réponses, Cameron parle d'un phénomène de comportement appelé reaction-sensitivity<sup>39</sup>, qu'il définit et explique ainsi:

---

<sup>37</sup> Idem. ibid., p. 56.

<sup>38</sup> Idem. ibid., p. 56.

<sup>39</sup> Dans la présente recherche, cette expression est traduite par sensibilité de réaction.

We may now define reaction-sensitivity as a selective readiness to react to certain components of a stimulating situation and not to others, which is the result of one's having acquired a system of related attitudes and responses. Thus, two men with different habits may enter an objectively identical situation and react oppositely. Or one man may give a prompt reaction because he has acquired special behavior in previous similar situations, and another give no specific appropriate reaction because he has no reaction ready which the situation can elicit. It is obvious from this definition that reaction-sensitization depends upon developing anticipant attitude that operate selectively<sup>40</sup>.

L'auteur précise que ce phénomène caractérise différents genres de maladie mentale:

Among the behavior disorders we shall find some impressive differences in reaction-sensitization. Many paranoid and paranoic persons, for example, are painfully sensitive to slights and alert to every possible insinuation, but remain unmoved by threats even of capital punishment. On the other hand, agitated depressed persons are as a rule acutely sensitive to anticipated dangers, but often care little or nothing for slights. (...) The most extreme of all the general reaction-insensivities are to be found among hysterical and schizophrenic patients who may grow more incapable of participating in the everyday life around them than if they were deaf and blind<sup>41</sup>.

Si l'on prend en particulier le cas du paranoïaque ou de l'individu souffrant de troubles paranoïdes, Cameron explique qu'un tel individu, ayant à faire un choix, "(...) because of his selective reaction-sensitivity, goes in the direction of prevailing fear, suspicion, resentment of

---

<sup>40</sup> Cameron, op. cit., p. 66.

<sup>41</sup> Idem, ibid., p. 68.

guilt<sup>42</sup>.

Il explique également de quelle façon se caractérise l'individu souffrant de manie ainsi que le malade atteint de schizophrénie; ce dernier, précise-t-il, se distingue par une insensibilité de réaction, c'est-à-dire qu'il ne possède pas une sensibilité particulière ou sélective, commandant telle réaction et non telle autre vis-à-vis un stimulus quelconque. Ainsi, le schizophrène peut réagir à toutes les composantes possibles d'une situation stimulante, parce qu'il possède peu de sensibilité sélective.

Donc partant de cette théorie, on peut s'attendre à ce que des individus atteints de troubles mentaux divers, aient des réactions différentes devant une même situation stimulante, puisque, selon Cameron, leur sensibilité de réaction doit être différente: "Among the behavior disorders we shall find some impressive differences in reaction-sensitization<sup>43</sup>".

Si l'on se réfère aux conclusions des études mentionnées précédemment, en particulier celles de Valentine et Robin<sup>44,45</sup>, on est tenté de voir une certaine

---

42 Ibid., ibid., p. 433.

43 Op. cit., p. 68.

44 Valentine et Robin, Aspects of Thematic Apperception Testing: Depression, op. cit., p. 435-447.

45 ———, Aspects of Thematic Apperception Testing: Paranoid Schizophrenia, op. cit., p. 869-888.

confirmation de cette théorie.

En résumé, nous avons donc étudié la nature du FAT en exposant surtout ses postulats de base et son mode d'interprétation tels que proposés par ses auteurs. En nous basant sur la récitation des écrits, nous avons ensuite considéré la valeur de ce test comme instrument diagnostique. Il en ressort que l'interprétation faite au niveau du contenu des histoires ne peut différencier divers groupes cliniques entre eux.

Par contre l'aspect "formel" des résultats semble posséder un pouvoir plus discriminatif, surtout à la lumière de la théorie de Cameron sur la sensibilité de réaction. Voilà la conclusion qui se dégage de ce chapitre.

Les chapitres suivants démontreront comment cette conclusion fut mise à l'épreuve.

## CHAPITRE II

### PLAN GENERAL DE LA RECHERCHE

Ce deuxième chapitre expose d'abord le but de la présente recherche ainsi que l'emploi particulier du TAT qui s'en suit. Viendront ensuite la présentation de l'hypothèse générale et le schème expérimental qui comprend une description des échantillons, du matériel et de la procédure. Le chapitre se termine avec la présentation des statistiques qui ont servi à l'analyse des résultats.

#### 1. Le but.

Nous avons mentionné dans le chapitre précédent que le TAT semble posséder des possibilités de diagnostic si l'on analysait l'aspect "formel" des résultats obtenus par ce test. Et plus précisément, les études de Valentine et Robin<sup>1</sup> indiquent sous cet aspect, qu'un certain groupe de malades rejettent plus de cartes comparativement à un groupe de normaux, et que le temps de réponse ou temps de réaction peut également être un facteur discriminatif.

De plus, si l'on modifie l'administration même du TAT, en laissant au sujet la possibilité de faire un choix des cartes, il est possible que ce choix des cartes

---

<sup>1</sup> Valentine et Robin, op. cit., p. 435-447, et p. 869-888.

devienne un autre facteur discriminatif entre différents groupes cliniques, comme l'ont fait remarquer White et Schreiber<sup>2</sup>.

Finalement, la théorie de Cameron<sup>3</sup> nous dit que l'on devrait pouvoir distinguer divers comportements pathologiques d'après la sensibilité de réaction qui les caractérise.

Or, la présente recherche a pour but d'étudier l'efficacité d'un nouveau mode d'administration du TAT pour fin de diagnostic différentiel; lequel mode d'administration s'inspire des conclusions et observations des études mentionnées ci-haut, ainsi que du phénomène de sensibilité propre à chaque individu.

Voici donc la procédure qui caractérise ce nouvel emploi du TAT.

## 2. Usage particulier du TAT.

La procédure consiste à présenter à tour de rôle chacune des cartes au sujet, en lui demandant de les classer en deux catégories, selon qu'elles lui plaisent ou qu'elles lui déplaisent. De plus, on enregistre le temps requis par le sujet pour se prononcer sur le choix qu'il

---

<sup>2</sup> White et Schreiber, op. cit., p. 417.

<sup>3</sup> Cameron, op. cit., p. 68.

doit faire à chacune des cartes.

Ainsi, les instructions originales du test sont donc complètement modifiées, et les résultats obtenus ne sont plus des histoires imaginées par le sujet, mais simplement une classification des cartes en deux catégories, selon la préférence du sujet et le temps requis pour classer ces cartes. Par conséquent, nous pouvons constater quel est le nombre de cartes qu'un individu rejette et quelles sont ces cartes; tout en tenant compte également du facteur temps.

Voyons maintenant l'hypothèse qui pourrait servir à éprouver cette méthode.

### 3. Hypothèse générale.

Cette section du chapitre est consacrée à l'hypothèse générale qui précède le schéma expérimental. Cependant nous devons préciser qu'il ne s'agit pas d'une seule hypothèse, mais bien de trois hypothèses, dont l'une se rapporte au nombre de rejets exprimés par les sujets pour l'ensemble des cartes; l'autre, à la fréquence de rejets pour chacune des cartes prises individuellement, et finalement la dernière qui concerne le temps de réaction<sup>4</sup> nécessaire à chaque sujet pour exprimer leurs choix.

---

<sup>4</sup> Par temps de réaction on signifie la période de temps écoulée depuis la présentation de la carte jusqu'au premier choix du sujet.

S'il existe des possibilités de distinguer différents malades au moyen de ce nouveau mode d'administration du TAT, ces possibilités devraient se retrouver dans l'un des trois aspects (ou dans les trois aspects à la fois) concernés par chacune de hypothèses qui suivent:

- a) des individus souffrant de troubles mentaux différents, rejettent un nombre de cartes différent,
- b) des individus souffrant de troubles mentaux différents, choisissent des cartes différentes,
- c) des individus souffrant de troubles mentaux différents, prennent, pour faire ces choix, des périodes différentes de temps.

Par conséquent, la possibilité de différencier divers groupes de malades d'après leur diagnostic ne repose plus sur les besoins de l'individu qui apparaissent dans les histoires obtenues selon le mode original, mais sur la sensibilité de réaction qui doit caractériser chaque individu.

Reste maintenant à exposer le schème expérimental qui sert à vérifier cette hypothèse.

#### 4. Schème expérimental.

Dans cette partie du chapitre, nous présentons d'abord les caractéristiques des échantillons étudiés, puis la description du matériel et finalement les directives

et la procédure qui ont servi à l'administration du test.

a) l'échantillonnage.- L'échantillonnage se compose de trois groupes de malades mentaux d'un hôpital psychiatrique<sup>5</sup> et d'un groupe de tuberculeux d'un hôpital général<sup>6</sup>. Ce dernier groupe servait de groupe témoin alors que les trois premiers servaient de groupes expérimentaux.

Ces groupes se composent respectivement de cinquante schizophrènes simples, de cinquante maniac-dépressifs<sup>7</sup> en phase de manie, de trente-sept paranoïaques<sup>8</sup> et de trente sujets non psychiatriques. Tous sont du sexe masculin.

Au départ, les quatre groupes devaient être composés de cinquante individus chacun. Malheureusement, en ce qui concerne les paranoïaques, ces malades étant peu nombreux, trente-sept seulement répondaient à la norme de sélection qui est la durée d'hospitalisation (cette norme sera expliquée plus loin).

Quant au groupe témoin, il fut impossible d'en recueillir plus de trente, précisément à cause de cette même norme de sélection; car nous verrons que ce groupe témoin devait être composé également de malades hospitalisés

---

5 Hôpital Saint-Michel-Archange de Québec.

6 Hôpital Laval de Québec (jadis consacré entièrement aux soins des tuberculeux).

7 Ce diagnostic est identifié par les initiales P.M.D. (psychose maniaque-dépressive).

8 Plus spécifiquement, ces malades portent le diagnostic d'état paranoïaque.

et ce, depuis une certaine période de temps.

Les malades compris dans les groupes expérimentaux furent diagnostiqués selon la procédure habituelle adaptée dans cet hôpital, c'est-à-dire que tous les malades reçoivent un diagnostic final après une période d'observation de dix à quinze jours. Ce diagnostic est rendu lors d'une réunion hebdomadaire groupant le psychiâtre en chef de l'unité, ses assistants, ainsi qu'un psychologue et au moins un travailleur social.

La classification des symptômes employée par ce personnel est celle de l'American Psychiatric Association. D'après cette association, le schizophrène simple se distingue surtout par les caractéristiques suivantes:

Reduction in external attachments and interests and by impoverishment of human relationships. It often involves adjustment on a lower psychological level of functioning, usually accompanied by apathy and indifference but rarely by conspicuous delusions or hallucinations<sup>9</sup>.

Quant au diagnostic de manie dépressive phase manie, il réunit les caractéristiques suivantes:

This group is characterized by elation or irritability, with overtalkativeness, flight of ideas, and increased motor activity. Transitory, often momentary, episodes of depression may occur, but will not change the classification from the manic type of reaction<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Mental Disorders, Diagnostic and Statistical Manual, pas d'auteur, publié par American Psychiatric Association, Washington, 1952, p. 26.

<sup>10</sup> Idem, ibid., p. 25.

Enfin, les malades portant le diagnostic "état paranoïaque" se distinguent ainsi:

This type of paranoid disorder is characterized by paranoid delusions. It lacks the logical nature of systematization seen in paranoia, yet it does not manifest the bizarre fragmentation and deterioration of the schizophrenic reactions. It is likely to be of a relatively short duration, though it may be persistent and chronic<sup>11</sup>.

Tous les malades ne subissent pas de tests psychologiques avant de recevoir un diagnostic. Ceux-là seulement dont les symptômes n'apparaissent pas de façon évidente pour l'équipe psychiatrique, doivent passer des examens psychologiques à cette fin.

Les individus composant le groupe témoin sont également des malades hospitalisés mais souffrant de tuberculose. Ces malades sont considérés comme normaux au point de vue mental, et le critère de normalité repose sur le fait que leur état n'a jamais nécessité les services d'un psychiatre, d'un psychologue ou de tout autre professionnel spécialisé dans le traitement de la maladie mentale.

Ces malades hospitalisés furent choisis comme groupe témoin afin d'annuler l'influence de l'hospitalisation qui autrement aurait affecté seulement les groupes expérimentaux. Certains auteurs mentionnent en effet que l'internement affecte l'humeur et le comportement du

---

<sup>11</sup> Idem, ibid., p. 28.

malade. Eron<sup>12</sup> en particulier, démontra à l'aide d'une étude comparative avec six différents groupes d'individus dont trois groupes comprenaient des malades hospitalisés, l'influence de l'hospitalisation sur un individu. Comme on l'a mentionné dans le premier chapitre, l'auteur compare sous différents aspects les résultats obtenus au TAT par chacun des groupes. En se basant sur le ton émotionnel des histoires, il fit une première constatation:

A comparison of each group of subjects with every other group indicates that the six groups arrange themselves into two distinct populations depending on whether or not they are hospitalized. The hospitalized groups appear to be emotionally duller than the non-hospitalized ones since those in the hospital tell more of the neutral stories and less of the extremely emotional ones than those not in the hospital<sup>13</sup>.

De plus, on a déjà mentionné les conclusions rapportées par l'auteur concernant le rejet et la description des cartes survenus lors de l'administration du TAT à ces différents groupes:

The hospitalized psychoneurotics reject more cards than do all other subjects, although each of the hospitalized groups rejects significantly more than each of the non-hospitalized groups. (...) Each of the hospitalized groups also gives significantly more descriptions than each non-hospitalized group<sup>14</sup>.

---

12 Leonard D. Eron, A Normative Study of the Thematic Apperception Test, op. cit., v-48 p.

13 Idem, ibid., p. 7.

14 Idem, ibid., p. 22.

En somme, les conclusions de cette étude démontrent l'influence de l'internement sur les malades. Cette influence semble se manifester d'abord dans le ton émotionnel des histoires, ensuite au niveau des attitudes (rejet des cartes) et dans la performance même du sujet (description des cartes).

Par conséquent, en se basant sur de telles considérations, il convenait donc pour la présente recherche, de choisir un groupe témoin parmi des gens normaux, mais hospitalisés.

Cette mesure devait permettre d'annuler ainsi l'influence de l'hospitalisation, puisque les quatre groupes se trouvaient soumis à cette même influence au moment de l'expérimentation.

Toutefois, pour mieux contrôler ce facteur, il importait de considérer aussi la durée de l'hospitalisation, car si l'internement affecte le malade, les conséquences de cette influence varient selon la durée de l'internement.

Dans le cas des tuberculeux par exemple, Hartz souligne que ceux-ci passent par une légère phase de dépression au cours des premières semaines d'hospitalisation:

Frustré dans ses aspirations et désorienté, il arrive très souvent que le malade récemment hospitalisé, fasse une légère dépression. Ordinairement, cet affaiblissement normal dure quatre ou cinq semaines. Il s'y substitue ensuite une sorte de résignation et un semblant de gaieté qui persiste habituellement<sup>15</sup>.

Soeur Véronique Juliani, chargée de l'orientation des tuberculeux à l'hôpital Laval, d'où a été sélectionné le groupe témoin pour la présente recherche, parle également des conséquences de l'internement pendant les premiers mois de l'hospitalisation:

Durant les premiers mois de son hospitalisation le malade cherche à conserver une santé qu'il sent diminuée. Progressivement semble s'installer un certain détachement affectif à l'égard de ceux qu'il a quittés. Il manifeste aussi beaucoup moins d'intérêt à tout ce qui remplissait autrefois sa vie<sup>16</sup>.

En somme, les malades atteints de tuberculose, éprouvent pendant les premiers mois de leur hospitalisation

---

15 Jerome Hartz, Human Relationships in Tuberculosis, extrait du Tuberculosis Central Issue, n°56, 6 octobre 1950, p. 1923-1924, citée par Soeur Véronique Juliani, Aspect sanatorial du problème de la réadaptation et de l'orientation du tuberculeux, thèse (non publiée) présentée à la Faculté des Arts de l'Université Laval par l'intermédiaire de l'Ecole de Pédagogie et d'Orientation, Québec, 1955, p. 7.

16 Soeur Véronique Juliani, Aspect sanatorial du problème de la réadaptation et de l'orientation du tuberculeux, thèse (non publiée) présentée à la Faculté des Arts de l'Université Laval par l'intermédiaire de l'Ecole de Pédagogie et d'Orientation, Québec, 1955, p. 20.

des difficultés d'adaptation qui se manifestent par un certain repliement sur eux-mêmes et par des symptômes de dépression. Par la suite, ces difficultés s'atténuent et laissent apparaître une attitude de résignation.

Ces remarques concernant les conséquences de l'isolement démontrent la nécessité de contrôler la durée minimum de l'hospitalisation dans la sélection du groupe témoin afin que les résultats obtenus au cours de l'expérimentation ne soient pas affectés par la période d'adaptation.

Cette précaution devait s'appliquer également pour la sélection des malades psychiatriques composant les groupes expérimentaux, car ces derniers éprouvent également des difficultés d'adaptation au début de leur internement. Mahrer<sup>17</sup> rapporte à la suite d'une étude auprès d'un groupe de malades d'une institution psychiatrique, que ces derniers manifestent, après quelques semaines d'hospitalisation (durée moyenne de 8.25 semaines), des symptômes psychiatriques qui n'étaient pas présents lors de l'admission. Ces symptômes, selon l'auteur, peuvent être catégorisés "into those signifying pressure of sexual and aggressive impulses

---

<sup>17</sup> Alvin H. Mahrer, Psychological Symptoms as a Function of Psychiatric Hospitalization, dans Psychological Reports, vol. 13, n°1, août 1963, p. 266.

(...) and those of general decline and impotence...<sup>18</sup>.

D'autres auteurs, Reznikoff, Brady et all<sup>19</sup>, firent une comparaison au moyen de tests d'attitudes (The Psychiatric Attitudes Battery)<sup>20</sup>, entre trois groupes de patients dont la durée d'hospitalisation était de deux mois, quatre mois et six mois respectivement. Une analyse statistique des résultats, démontra que le premier et le dernier groupe se distinguaient par un changement d'attitude; le dernier groupe manifestant des attitudes plus favorables vis-à-vis les thérapeutes et les traitements auxquels ils étaient soumis. Les auteurs résument ainsi leurs conclusions:

It can be seen (...) that general attitudes become more favorable during the course of hospitalization. Also the patients tended to be less intellectualized, (...) over a period of exposure to the hospital milieu. (...) It can be inferred that as hospital stay lengthened, attitudes shift in an increasingly positive direction<sup>21</sup>.

---

18 Idea, ibid., p. 266.

19 Marvin Reznikoff, John Paul Brady, William W. Zeller et Laura C. Towney, Attitudinal Change in Hospitalized Psychiatric Patients, dans Journal of Clinical and Experimental Psychopathology, vol. 31, n<sup>o</sup>4, octobre-décembre 1960, p. 309-315.

20 Marvin Reznikoff, John Paul Brady et William W. Zeller, The Psychiatric Attitudes Battery: A Procedure for Assessing Attitudes Toward Psychiatric Treatment and Hospitals, dans Journal of Clinical Psychology, vol. 15, n<sup>o</sup>3, juillet 1959, p. 260-266.

21 Reznikoff, Brady et All, Attitudinal Change on Hospitalized Psychiatric Patients, op. cit., p. 310-311.

Cette modification favorable dans les attitudes des patients semble reliée, d'après les auteurs, à la durée de l'hospitalisation. Il ne faut pas oublier toutefois qu'elle peut être causée également par une amélioration de leur état mental.

La conclusion qui se dégage de ces études autant celles qui concernent les tuberculeux que celles qui se rapportent aux malades psychiatriques, peut se résumer ainsi; pour les uns, on parle de dépression, de perte d'intérêt, pour les autres on mentionne l'apparition de nouveaux symptômes ou encore une amélioration des attitudes, après quelques mois d'internement.

En somme, nous savons que l'hospitalisation, dans ses débuts, affecte l'humeur du malade et provoque même un changement dans son comportement. Dans le contexte de la présente recherche, il convenait de contrôler ce facteur afin que les résultats obtenus au cours de l'expérimentation, c'est-à-dire le choix des cartes et le temps de réaction, ne soient pas affectés par une attitude de désintéressement et un manque de coopération, conséquences des premiers mois d'internement.

Par conséquent, la durée de l'hospitalisation fit donc l'objet d'un critère de sélection et les limites établies furent de trois mois pour la durée minimum et de soixante mois pour la durée maximum. Cette limite

maximum de cinq ans fut adoptée en vue d'éliminer l'influence inverse, c'est-à-dire l'effet d'une hospitalisation trop longue pouvant engendrer l'apparition de symptômes autres que ceux qui accompagnent les divers diagnostics. Cet effet qui a été souligné surtout par Leipold et Knutson<sup>22</sup>, commencerait à se faire sentir à mesure que la durée d'hospitalisation dépasse cinq ans.

Le tableau I donne l'âge moyen ainsi que la durée d'hospitalisation des trois groupes expérimentaux et du groupe témoin.

A cause de la période d'internement qui constitue un des critères de sélection, il fut impossible d'obtenir plus de trente-sept paranoïaques et trente normaux. Quant à ces derniers ils furent choisis parmi les malades d'un sanatorium; une enquête faite dans les hôpitaux généraux de la ville de Québec révéla que les rares malades hospitalisés depuis trois mois et plus, n'étaient pas en état de subir un examen psychologique.

Aucun contrôle fut effectué au sujet du quotient intellectuel des patients. D'après Fisher et Shotwell<sup>23</sup>,

---

22 William D. Leipold et Clifford C. Knutson, Differences in Social Desirability, Anxiety and Introversi-  
on-Extraversi-  
on with Varying Lengths of Hospitalization, dans Psychological Reports, vol. 15, n°3, 1964, p. 723-726.

23 Gary Fisher et Anna M. Shotwell, Preference  
Rankings of the Thematic Apperception Test Cards by Adoles-  
cent Normals, Delinquents and Mental Retardates, dans Journal of Projective Techniques, vol. 25, n°1, mars 1961,  
p. 41-43.

Tableau I.- L'âge et la durée d'hospitalisation des échantillons, exprimés en moyenne.

Echantillons	Age		Durée d'hospitalisation
	Moyenne	Limites Inf.    Sup.	Moyenne
Schizo. simples	34.10	19.8 - 50.1	34 ms
P.M.D. manies	47.5	25.7 - 71.6	22 ms
E. paranoïaques	48.4	28.5 - 64.8	23 ms
Normaux	38.5	19.8 - 63.6	25 ms

l'intelligence n'influence pas le nombre de cartes choisies au TAT; elle n'influence que l'ordre de préférence seulement.

Bien qu'on ne saurait dire quelle influence les médicaments peuvent avoir sur les résultats de l'expérimentation, il aurait été souhaitable de faire cesser toute médication psychiatrique au moment où les malades devaient subir le test.

Cependant, dans le contexte d'un hôpital psychiatrique, il est impossible d'appliquer une telle mesure car la sécurité des malades et celle du personnel en fonction doivent être assurées constamment. Par conséquent cette variable qui concerne les trois groupes expérimentaux n'a pu être contrôlée.

b) Le matériel.- Le matériel employé pour l'expérimentation se compose des vingt cartes du TAT<sup>24</sup> pour adultes du sexe masculin, à l'exception de la carte 16. Cette carte en effet fut excluse parce que contrairement aux autres, elle ne contient aucune propriété stimulante. Comme le font remarquer Bijou et Kenny:

---

<sup>24</sup> Harvard University Press, troisième édition.

The blank card (...) appeared to be on a different stimulus continuum from that of the other cards. On all cards, except 16, the individual is allowed to organized the external cues and so guide his projections, but on card 16 his responses are in no apparent way "externally" determined, but almost entirely, if not completely, determined by "internal" factors<sup>25</sup>.

Par conséquent cette carte fut éliminée puisqu'elle n'offre aucun stimulus extérieur d'après lequel le sujet peut guider son choix.

c) Les directives.- L'examen fut administré selon les directives suivantes:

" Je vais vous montrer une série d'images. Il se peut que ces images vous plaisent, il se peut également qu'elles ne vous plaisent pas. Je vous demande de regarder chaque image et de me dire si vous l'aimez ou non. S'il y en a que vous aimez, nous les placerons ici, (l'examineur indique un endroit sur le bureau à sa gauche) s'il y en a que vous n'aimez pas, nous les placerons là (l'examineur indique un endroit sur le bureau à sa droite)".

De telles directives avaient pour but d'instruire le sujet sur la tâche à accomplir tout en demeurant très

---

<sup>25</sup> Sidney W. Bijou et Douglas T. Kenny, The Ambiguity Values of TAT Cards, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 15, n°3, livraison de juin 1951, p. 203.

permissives en ce qui regarde le choix des cartes. C'est pourquoi, elles impliquent d'abord que le sujet peut apprécier toutes les cartes, ou bien les rejeter toutes: "il se peut que ces images vous plaisent, et il se peut également qu'elles ne vous plaisent pas". De plus les instructions tentent d'éviter tout soupçon de la part du sujet vis-à-vis sa propre performance, et ce, en précisant à l'avance que les cartes préférées seront placées d'un côté, et les cartes rejetées de l'autre. Autrement, un sujet pourrait se demander pourquoi les cartes qu'il rejette sont-elles placées à part des autres, éprouvant ainsi certain soupçon susceptible d'affecter les choix à venir.

Mentionnons également que cette classification des cartes en deux catégories avait pour but de bien faire préciser par le sujet chacun de ses choix; c'est-à-dire les acceptations et les rejets qu'il devait exprimer.

La seconde administration qui devait servir à éprouver la fidélité de l'instrument s'est déroulée d'après les mêmes directives. Quand un sujet manifestait trop de réticence concernant cette nouvelle administration, l'examineur avouait des erreurs d'inattention en enregistrant les résultats de l'administration précédente.

d) La procédure.- Après s'être assuré que le sujet avait bien compris les directives, l'examineur procédait à l'administration du test en présentant à tour

de rôle chacune des dix-neuf cartes composant le matériel. Les cartes acceptées et rejetées furent enregistrées, de même que le temps de réaction noté. Après chaque administration, les cartes étaient mélangées pour en modifier l'ordre de présentation afin de contrebalancer l'effet de la fatigue ou d'une coopération non soutenue, susceptible de provoquer le rejet des dernières cartes.

Le test fut administré individuellement et toujours dans le même lieu (à l'exception du groupe témoin), c'est-à-dire dans une pièce assez réduite, bien éclairée, insonore et peu décorée, afin que les sujets ne soient pas distraits de la tâche à accomplir.

Pour le groupe témoin, l'administration se fit dans une autre pièce, qui représentait de très près les mêmes caractéristiques que celles décrites pour les groupes expérimentaux.

Avant d'introduire le test, l'examinateur s'enquerrait de la vue du sujet en lui demandant de nommer les lettres inscrites sur un carton. Cet examen plutôt vulgarisé permettait quand même d'exclure ceux dont la vue était trop faible pour lire normalement et par le fait même, de voir suffisamment chacune des gravures.

### 5. Les statistiques.

Les statistiques auxquelles on a eu recours d'abord pour éprouver la fidélité de l'instrument, et ensuite pour décider de l'acceptation ou du rejet de chacune des hypothèses, sont des statistiques dites non paramétriques.

La raison qui motive l'emploi de ces statistiques est le fait que certains scores ne sont pas véritablement numériques. Cette raison concerne particulièrement le rejet des cartes. En effet, il est impossible de postuler que chacune des cartes rejetées représente un nombre constant et que ces nombres ont entre eux, un intervalle de mesure constant et commun. Car une carte rejetée spontanément n'a pas la même signification qu'une autre carte rejetée avec hésitation. Ou encore, on ne peut considérer le rejet d'une carte comme ayant la même valeur quantitative que le rejet d'une autre carte ( par exemple le rejet de la carte 1 et le rejet de la carte 6 MB), puisque nous ne savons pas si qualitativement, ces deux cartes ont les mêmes propriétés stimulantes.

Par conséquent si l'on traite ces nombres avec des statistiques paramétriques, nous devons postuler ce que Siegel traduit en ces termes: "(...) that the person's answer of "yes" on any one item is exactly equivalent to

his answering affirmatively on any other item<sup>26</sup>."

Comme ce postulat ne pouvait être admis, il était préférable de recourir à certaines formules non paramétriques lesquelles convertissent tous les scores en rangs comme des données ordinales.

Les premières formules que nous avons employées, sont les formules de corrélation pour éprouver la fidélité de l'instrument. Ces corrélations furent calculées d'après la méthode de Spearmans dont la formule est:

$$r_s = \frac{\sum x^2 + \sum y^2 - \sum d^2}{2 \sqrt{\sum x^2 \sum y^2}} \quad 27$$

Cette formule exige d'abord que l'on assigne un rang de 1 à N à chacun des scores en X (première administration) et un rang de 1 à N à chacun des scores en Y (deuxième administration). La dispersion entre les rangs des variables X et Y est représentée par le symbole d, alors que les symboles x et y représentent les rangs assignés aux scores en X et Y respectivement. Comme la formule tient compte des accumulations de scores pour un même rang, nous obtenons les valeurs de  $\sum x^2$  et  $\sum y^2$  par les formules

---

26 Sidney Siegel, Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences, New York, McGraw-Hill Book Company Inc., 1956, p. 202.

27 Sidney Siegel, op. cit., p. 207.

suivantes, où la lettre T désigne le mot anglais tie:

$$\sum x^2 = \frac{N^3 - N}{12} - \sum Tx \quad 28$$

$$\sum y^2 = \frac{N^3 - N}{12} - \sum Ty \quad 28$$

Ensuite, nous avons déterminé la valeur significative de ces corrélations au moyen du test "t" de Kendall. La formule de ce test, appropriée aux corrélations non paramétriques, est la suivante:

$$t = rs \sqrt{\frac{N-2}{1-rs^2}} \quad 29$$

Voyons maintenant les méthodes statistiques qui ont servi à la vérification des hypothèses.

Avant de comparer les échantillons deux à deux, nous avons d'abord examiné la signification de toutes les différences à la fois au moyen d'une analyse de variance; et la méthode non paramétrique employée à cette fin est celle de Krushal et Wallis<sup>30</sup>. Cette technique qui s'emploie pour évaluer les différences entre plusieurs échantillons indépendants a comme hypothèse de base que ces

---

28 Idem, ibid., p. 207.

29 M. G. Kendall, Rank Correlation Methods, London: Griffin, 1948, citée par Siegel, op. cit., p. 212.

30 Sidney Siegel, op. cit., p. 184-194.

échantillons proviennent d'une même population ou de populations identiques. Cette hypothèse est rejetée si la valeur de H (symbole qui identifie la méthode de Krushal et Wallis) est significative; ce qui implique en l'occurrence que la différence entre les échantillons n'est pas un effet du hasard.

La formule générale employée pour ce test est la suivante:

$$H = \frac{12}{N(N+1)} \sum_{j=1}^k \frac{R_j^2}{n_j} - 3(N+1) \quad 31$$

Cette formule exige d'abord que tous les scores des échantillons soient convertis en rangs d'une même série. N signifie le nombre de sujets de tous les échantillons, k, le nombre d'échantillons, et  $\frac{R_j^2}{n_j}$ , la somme au carré des rangs d'un échantillon j, divisée par le nombre d'individus dans ce même échantillon j.

Pour annuler l'effet des accumulations de scores pour un même rang, la valeur de H est ensuite divisée par:

$$1 - \frac{\sum T}{N^2 - N} \quad \text{alors que } T = t^3 - t \quad 32$$

La lettre t représente le nombre des scores accumulés autour d'un même rang alors que N représente le

---

31 Idem, ibid., p. 185.

32 Idem, ibid., p. 188.

nombre de sujets de tous les échantillons.

Ces formules nous permettaient de savoir s'il existait des différences significatives entre les groupes. Nous devons par la suite identifier ces différences significatives en comparant les groupes deux à deux.

Le test utilisé à cette fin est celui de Mann et Whitney (The Mann-Whitney U Test)<sup>33</sup>. Quand le nombre de sujets dans chacun des groupes est supérieur à vingt, nous employons pour ce test, l'une des deux formules suivantes:

$$U: n_1 n_2 + \frac{n_1(n_1 + 1)}{2} - R_1 \quad 34$$

$$U: n_1 n_2 + \frac{n_2(n_2 + 1)}{2} - R_2 \quad 34$$

Ces deux formules donnent deux valeurs différentes. La plus petite de ces valeurs est désignée par la lettre U; c'est celle que nous devons obtenir, l'autre est désignée par le symbole U'.

Ce test exige également que les scores des deux échantillons soient convertis en une même série de rangs de 1 à N. Le symbole  $n_1$  représente le nombre de scores dans le plus petit échantillon et  $n_2$  le nombre des scores dans l'autre. Les symboles  $R_1$  et  $R_2$  désignent respectivement la somme des rangs pour les échantillons  $n_1$  et  $n_2$ .

---

<sup>33</sup> Idem, ibid., p. 116-127.

<sup>34</sup> Idem, ibid., p. 120.

La valeur significative de U quand  $n_2$  est supérieur à vingt, s'obtient en convertissant la valeur U en score z. Les auteurs Mann et Whitney<sup>35</sup> ont démontré que la distribution de U s'approche rapidement d'une distribution normale à mesure que  $n_1$  et  $n_2$  augmentent en nombre; le nombre minimum qui permet un rapprochement suffisant entre les deux distributions U et z étant de vingt pour le plus grand échantillon. Comme les échantillons de la présente recherche varient entre trente et cinquante sujets, nous pouvons recourir à la formule suivante pour évaluer le niveau de probabilité de la valeur U.

$$z = \frac{U - \frac{n_1 n_2}{2}}{\sqrt{\frac{(n_1)(n_2)(n_1 + n_2 + 1)}{12}}} \quad 36$$

Finalement, le chi-deux et le test de Fisher (The Fisher Exact Probability Test) furent employés pour comparer les échantillons d'après la fréquence de rejets pour chaque carte considérée individuellement. La formule du chi-deux dans un tableau de contingence à dimensions 2 x 2, tenait compte de la correction de Yates<sup>37</sup> pour

---

<sup>35</sup> H.B. Mann et D.R. Whitney, On a Test of whether One of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other, dans Ann. Math. Statis., 1949, vol. 18, p. 50-60, rapporté par Siegel, op. cit., p. 243.

<sup>36</sup> Siegel, op. cit., p. 121.

<sup>37</sup> Lawrence T. Dayhaw, Manuel de Statistique, Ottawa, Éditions de l'Université d'Ottawa, 1963, p. 396.

continuité. Cette formule se présente ainsi:

$$\chi^2 = \frac{N(|AE-BE|-N/2)^2}{(A+B)(C+D)(A+C)(B+D)} \quad 38$$

Cependant, chaque fois que la fréquence théorique d'une case était inférieure à cinq, le chi-deux était remplacé par le test de Fisher dont la formule est la suivante:

$$p = \frac{(A+B)!(C+D)!(A+C)!(B+D)!}{N!A!B!C!D!} \quad 39$$

Voilà donc l'essentiel des formules statistiques que nous avons employées pour l'analyse des résultats de l'expérimentation.

Pour résumer, ce deuxième chapitre présentait une nouvelle façon d'utiliser le TAT en vue de distinguer divers groupes cliniques d'après leur diagnostic. Une hypothèse générale fut élaborée à cette fin, suivie du schème expérimental servant à éprouver cette hypothèse.

Dans le schème expérimental nous avons parlé des échantillons, du matériel utilisé comme instrument, ainsi que des directives et de la procédure qui régissent l'expérimentation.

Le chapitre se terminait avec la description des formules statistiques qui ont servi à l'analyse des

---

38 Idea, ibid., p. 396.

39 Siegel, op. cit., p. 97.

**résultats.**

**Cette analyse sera présentée au chapitre suivant.**

## CHAPITRE III

### RESULTATS OBTENUS

Ce dernier chapitre est consacré principalement à l'analyse statistique des résultats de l'expérimentation.

Au début, nous traitons de la difélté de l'instrument, en présentant la constance des résultats qui s'est manifestée d'une administration à l'autre. Puis nous présentons à nouveau les trois hypothèses, suivies des différentes analyses statistiques qui se rapportent à chacune d'elles. Ensuite, viennent quelques interprétations des résultats en rapport avec l'acceptation ou le rejet de ces hypothèses, puis quelques observations cliniques recueillies au cours de l'expérimentation.

Le chapitre se termine avec des suggestions pour d'autres recherches.

#### 1. Fidélité de l'instrument.

La fidélité de l'instrument a été éprouvée au moyen de corrélations et de pourcentages entre les résultats de la première et ceux de la seconde administration.

Nous avons d'abord calculé des corrélations pour le total des cartes rejetées; ce qui nous permettait de savoir si les sujets rejetaient le même nombre de cartes d'une administration à l'autre. Ces corrélations

apparaissent au tableau II; elles varient entre .86 et .92, et toutes sont significatives au niveau de  $p \leq .001$ .

Toujours en ce qui regarde la fidélité de l'instrument, il s'agit maintenant de savoir si les cartes rejetées sont les mêmes dans les deux administrations du test. Cette constance dans les résultats est nécessitée par la deuxième hypothèse qui concerne la fréquence de rejet pour chacune des cartes.

La proportion des cartes rejetées dans la première administration qui ont été rejetées telles quelles, par les mêmes individus, dans la deuxième administration sont inscrites dans le tableau III. Elles varient entre 79.7% et 90.2%.

Enfin, une dernière évaluation de la constance concerne cette fois-ci les temps de réaction. Nous avons donc calculé les corrélations entre les scores de la première et de la deuxième administration. Ces scores sont des moyennes arithmétiques qui représentent le temps de réaction moyen pris par chaque individu pour effectuer ses choix pour l'ensemble des cartes.

Ces corrélations sont présentées dans le tableau IV; elles varient entre .56 et .78 et leur niveau de signification est à  $p \leq .001$ .

En conclusion, les corrélations et les proportions qui apparaissent aux tableaux II, III et IV nous

Tableau II.- Corrélations entre la première et la deuxième administrations concernant le nombre de cartes rejetées.

Groupes	$\Sigma x^2$	$\Sigma y^2$	$\Sigma xy$	$r_{xy}$
Schizo.	9819	9252.5	1150.7	.91
F.M.D.	10320	10322	2610.7	.87
Paranoïaques	9153.5	4191.5	1142.5	.86
Normaux	2213.5	2206.5	243.5	.98

a. Toutes les corrélations sont significatives à  $p \leq .001$

Tableau III.- Pourcentage des cartes rejetées dans la première administration qui sont également rejetées dans la deuxième administration.

Groupes	Cartes rejetées	
	<u>dans X<sup>a</sup></u>	<u>également dans Y<sup>b</sup></u>
	N	N %
Schizo.	247	198 79.7
P.M.D.	390	337 86.2
Paranoïaques	311	252 81.0
Normaux	265	238 90.2

a. Première administration.

b. Deuxième administration.

Tableau IV.- Corrélations entre les temps de réaction obtenus dans la première et la seconde administrations.

Groupes	$\sum x^2$	$\sum y^2$	$\sum a^2$	$r_s^a$
Schizo.	10401	10392	4524	.78
P.M.D.	10406.5	10400	9146.25	.56
Paranoïaques	4216.5	4215.5	2791	.66
Normaux	2242.5	2243	1106	.75

a. Toutes les corrélations sont significatives à  $p \leq .001$ .

permettent de constater que cette nouvelle façon d'administrer le TAT à différents groupes de malades mentaux et à un groupe de normaux, donne des résultats constants d'une administration à l'autre quand l'intervalle entre les deux administrations est de quarante-huit heures.

D'abord le tableau II nous dit que cette constance se manifeste dans le nombre de cartes rejetées, alors que les proportions du tableau III révèlent que plus de quatre-vingt pour cent des choix faits dans la première administration se répètent de façon identique dans la deuxième administration. Finalement, les corrélations du tableau IV, démontrent également une constance en ce qui concerne le temps de réaction enregistré à chacun des choix.

## 2. Hypothèses spécifiques.

Après avoir évalué la fidélité de l'instrument, nous pouvons maintenant procéder à l'analyse des résultats qui va nous permettre d'accepter ou de rejeter les hypothèses. Pour faciliter la compréhension de cette analyse, nous présentons à nouveau les trois hypothèses mais cette fois, en des termes plus spécifiques et qui se prêtent mieux aux opérations statistiques qui suivent. Sous forme nulle, elles s'expriment ainsi.

a) Il n'y a pas de différence significative entre les différents groupes expérimentaux et le groupe témoin

quant au nombre de cartes rejetées.

b) Il n'y a pas de différence significative entre les différents groupes expérimentaux et le groupe témoin quant à la fréquence de rejets par carte.

c) Il n'y a pas de différence significative entre les différents groupes expérimentaux et le groupe témoin quant aux temps de réaction pour l'ensemble des choix.

Ces trois hypothèses nous guideront dans les opérations statistiques qui suivent.

### 3. Résultats.

Pour vérifier la première hypothèse, nous devons comparer entre eux les nombres de cartes rejetées par les groupes de sujets et voir si ces nombres se différencient entre eux de façon significative. Mais avant de comparer les groupes deux à deux, nous avons d'abord examiné la signification de toutes les différences à la fois, au moyen d'une analyse de variance.

Comme le résultat de cette analyse avait une valeur significative au niveau de  $p \leq .001$ , nous avons procédé à la deuxième étape qui consiste à identifier ces différences significatives.

Le tableau V présente la valeur de  $Z$  pour chaque comparaison des groupes deux à deux, ainsi que sa valeur significative pour l'alternative bilatérale. (Le lecteur

Tableau V. Les différences entre les groupes exprimées en scores Z et leur valeur significative, pour les rejets des cartes.

Les groupes comparés <sup>a</sup>	Z	p. <sup>c</sup>
A <sup>b</sup> < B <sup>b</sup>	- 3.16	.0016
A < C <sup>b</sup>	- 3.248	.0014
A < D <sup>b</sup>	- 3.40	.0006
B < C	- .819	.4122
B < D	- 1.338	.1836
C < D	- 0.39	.6242

- a. Les signes (<) indique dans quel sens se produit la différence entre les groupes.  
 b. La lettre A désigne les schizophrènes, B les P.M.D., C les paranoïaques, et D les normaux.  
 c. Les valeurs de p. sont pour l'alternative bilatérale.

peut consulter également le tableau VIII de l'appendice 1 où sont inscrites les moyennes de rejets de chaque groupe).

On constate d'après le tableau V que le groupe de schizophrènes est le seul groupe à se distinguer significativement des trois autres groupes, en ce qui concerne les rejets pour l'ensemble des cartes.

Pour la vérification de la deuxième hypothèse, nous avons comparé deux à deux les fréquences de rejets de chaque groupe pour chacune des cartes. Les résultats de ces comparaisons sont inscrits au tableau VI. Il faut spécifier que ce tableau concerne uniquement les cartes qui d'après leurs fréquences de rejets, pouvaient distinguer de façon significative un groupe des trois autres. Ces cartes sont au nombre de trois, la carte (6 BM) l'adieu du fils, (3 BM) le découragement et (15) la scène du cimetière. La première carte permet de distinguer le groupe témoin des groupes expérimentaux, alors que les deux autres distinguent le groupe de schizophrènes des autres groupes.

Enfin, pour vérifier la dernière hypothèse, nous avons adopté le même procédé que pour la première. D'abord tous les résultats furent soumis à une analyse de variance, et comme la valeur obtenue était significative à  $p \leq .005$ , nous avons ensuite procédé à la comparaison des groupes deux à deux.

Tableau VI.- Les différences entre les groupes quant à la fréquence de rejets par carte, évaluées au moyen du chi deux<sup>a</sup>.

Cartes	Valeur du chi deux des groupes comparés					
	A <sup>b</sup> -B <sup>b</sup>	A-C <sup>b</sup>	A-D <sup>b</sup>	B-C	B-D	C-D
6 BM <sup>c</sup>			10.24		4.22	6.00
3 BM <sup>d</sup>	13.99	10.07	13.64			
15 <sup>d</sup>	12.04	7.04	7.75			

- a. La valeur significative des chi deux varie entre p .05 et p .001.
- b. La lettre A désigne les schizophrènes, B les P.M.D., C les paranoïaques et D les normaux.
- c. Le groupe D est celui qui exprime le plus de rejets pour cette carte.
- d. Le groupe A est celui qui exprime le moins de rejets pour cette carte.

Les valeurs de  $Z$  pour ces comparaisons sont inscrites au tableau VII; leur niveau de probabilité pour l'alternative bilatérale varie entre  $p .4354$  et  $p .0016$ .

Nous remarquons d'après ce tableau que le groupe C, soit les paranoïaques, est le seul groupe qui se distingue significativement des trois autres groupes (le lecteur peut consulter également le tableau IX de l'appendice 1 qui présente la moyenne des temps de réaction pour chaque groupe).

#### 4. Interprétations.

À la suite des résultats de l'expérimentation, que pouvons-nous en conclure au sujet des hypothèses et de l'efficacité de ce mode d'emploi du TAT comme instrument de diagnostic?

En somme nous pouvons rejeter toutes les hypothèses nulles, mais en partie seulement.

D'abord en ce qui concerne la première hypothèse, nous savons que seul le groupe de schizophrènes se différencie significativement, à la fois du groupe témoin et des deux autres groupes cliniques. Ce qui veut dire dans le contexte expérimental que les schizophrènes rejettent moins de cartes que les autres groupes.

Cependant il est difficile d'établir une norme qui puisse servir à classer éventuellement un individu comme schizophrène; bien qu'étant représentatifs du groupe, les

Tableau VII.- Les différences entre les groupes exprimés en scores Z et leur valeur significative, pour les temps de réaction.

Les groupes comparés <sup>a</sup>	Z	p.
A < B	- 1.76	.0784
A < C	- 3.15	.0016
A > D	- 0.786	.4354
B < C	- 2.05	.0404
B > D	- 0.905	.3682
C > D	- 2.93	.0034

a. Les signes (> <) indiquent dans quel sens se produit la différence entre les groupes.

résultats ne sont pas caractéristiques d'un schizophrène en particulier. En observant les données du tableau VIII dans l'appendice 1, on constate que l'écart type est très considérable, ce qui veut dire que plus de soixante-et-huit pour cent de schizophrènes rejettent un nombre de cartes allant de zéro à dix. Donc si l'on peut rejeter l'hypothèse en ce qui concerne les schizophrènes, par contre on ne peut retirer grand avantage du pouvoir discriminatif du test dans le cas d'un sujet en particulier.

Que les schizophrènes rejettent moins de cartes que les autres groupes, cela signifie-t-il qu'ils sont moins affectés par l'aspect dramatique des cartes, ou encore qu'ils réagissent peu aux stimulations extérieures? Bien que cette question ait peu de rapport avec le rejet de l'hypothèse, nous nous permettons quand même de la discuter dès maintenant puisqu'elle sert à établir un parallèle intéressant entre les résultats que nous venons tout juste de présenter et la théorie de Cameron au sujet du schizophrène.

Cameron parle de reaction-sensitivity qui distingue différentes catégories de malades mentaux. Comme nous avons déjà discuté de ce phénomène au chapitre premier<sup>1</sup> nous n'y reviendrons pas. Qu'il suffise de mentionner ce

---

<sup>1</sup> Voir p. 18 à 21.

qu'il dit au sujet du schizophrène alors que ce dernier se distingue par ce qu'il appelle reaction insensitivity:

The most extreme of all the general reaction-insensitivities are to be found among hysterical and schizophrenic patients who may grow more incapable of participating in the everyday life around them than if they were deaf and blind<sup>2</sup>.

Par conséquent on est tenté de conclure que les dires de l'auteur sont confirmés par le fait que les schizophrènes rejettent peu de cartes et que leur temps de réaction est relativement court ( voir tableau VIII et IX de l'appendice 1), si l'on interprète ces résultats comme un manque de réaction aux stimulations extérieures.

La deuxième hypothèse peut être rejetée qu'en partie également. Les données du tableau VI révèlent que si le groupe de schizophrènes et le groupe témoin se distinguent respectivement des trois autres groupes en rejetant plus souvent telle et telle carte, il n'en est pas ainsi pour les groupes de P.M.D. et de paranoïaques; ce qui nous empêche par conséquent de rejeter complètement l'hypothèse.

Que les schizophrènes se différencient des trois autres groupes en rejetant moins souvent les cartes (3 MM) et (15), n'est pas chose surprenante. Si l'on consulte

---

<sup>2</sup> Norman Cameron, The Psychology of Behavior Disorders, A Biosocial Interpretation, op. cit., p. 68.

le tableau X de l'appendice 2 on observe que les fréquences de rejets pour ces deux cartes sont les plus élevées. Or comme les schizophrènes se distinguaient déjà en exprimant moins de rejets pour l'ensemble des cartes, il est logique de retrouver cette différence dans les cartes (3 BM) et (15).

Quant au groupe témoin, il se différencie par la fréquence des rejets à la carte (6 BM), l'adieu du fils. Il serait intéressant d'investiguer la raison pour laquelle des sujets hospitalisés, mais non psychiatriques, rejettent plus souvent cette carte que des malades mentaux hospitalisés.

En somme les résultats concernant la deuxième hypothèse ne donnent guère plus de normes pouvant servir à l'utilisation du test comme instrument diagnostique. Des dix-neuf cartes composant le test, seulement deux d'entre elles parviennent à distinguer un seul groupe clinique des autres. La troisième, bien que distinguant le groupe témoin des groupes nosologiques, ne différencie pas ces derniers entre eux.

La possibilité de rejeter la troisième hypothèse provient des temps de réaction enregistrés par les paranoïaques. Ce groupe en effet prend plus de temps pour exprimer un choix concernant le rejet ou l'acceptation des cartes. Le tableau VII indique à quel niveau de

probabilité se situent les différences entre ce groupe et les autres.

Puisque ce groupe est le seul à pouvoir se distinguer significativement des trois autres, nous ne pouvons pas rejeter complètement la troisième hypothèse, et les possibilités de diagnostic qu'on peut en retirer pour le test sont limitées à l'identification des paranoïaques seulement.

Cette possibilité discriminative qui apparaît dans le facteur temps, pour les paranoïaques, a été soulignée déjà par Valentine et Robin<sup>3</sup>. Ces auteurs observèrent que les schizophrènes paranoïdes prenaient plus de temps comparativement à un groupe témoin et à un groupe de déprimés, soit pour la durée de l'administration du TAT, soit pour le temps de réaction enregistré à chaque carte. Leurs conclusions cependant n'ont pas la même signification que celles de la présente recherche puisque la tâche que les sujets devaient accomplir n'était pas la même.

Voilà les principales conclusions que l'on peut tirer des résultats de l'expérimentation en rapport avec la vérification des hypothèses.

D'autres résultats méritent d'être mentionnés même s'ils n'ont pas été soumis à une analyse statistique; ce

---

<sup>3</sup> Voir p. 15.

sont les observations cliniques recueillies au cours de l'expérimentation.

### 5. Observations cliniques.

L'expérimentation nous a permis de noter certains comportements et attitudes observés chez les sujets au cours de l'administration du test. Ces observations se sont révélées très caractéristiques des différents groupes cliniques et certaines d'entre elles corroborent même les données expérimentales.

a) Désintéressement.- Bon nombre de sujets manifestèrent peu d'intérêt vis-à-vis la tâche à accomplir et vis-à-vis le matériel du test. Toutefois, ce manque d'intérêt ne signifie pas un manque de coopération. Ces sujets acceptaient facilement de subir l'examen, mais ils accomplissaient la tâche demandée de façon quasi mécanique, et les cartes du test n'éveillaient en eux aucun intérêt pouvant causer un changement notable dans leur attitude. Ordinairement ces sujets s'acquittaient de la tâche en silence, sans poser de question et sans faire de commentaires.

De telles observations furent recueillies surtout chez les schizophrènes. Quelques sujets dans le groupe témoin se montraient également silencieux, mais leur attitude était plus vivante.

Il est intéressant de faire un rapprochement entre cette attitude chez les schizophrènes, les données expérimentales et la théorie de Cameron.

b) Réticence.- D'autres sujets manifestèrent une certaine réticence vis-à-vis la tâche qu'on leur demandait. Les sujets qui adoptèrent cette attitude essayaient de se soustraire au test sous différents prétextes; entre autres, qu'ils avaient une scolarité très peu élevée et que par conséquent ils ne connaissaient rien du domaine des arts. Ils déclaraient souvent que ces images étaient de très belles peintures, mais qu'ils ne possédaient pas suffisamment de connaissances pour pouvoir les apprécier à leur juste valeur.

On a constaté également que ces mêmes sujets montraient beaucoup de méfiance vis-à-vis la deuxième administration du test. L'examinateur se devait nécessairement de gagner leur confiance avant qu'ils acceptent de se prêter à une nouvelle administration.

Cette attitude réticente a été observée chez presque tous les malades ayant le diagnostic d'Etat Paranoïaque. Il faut noter que ces malades, en plus de se distinguer des autres groupes d'après le temps de réaction, comme on l'a mentionné, nécessitaient plus de temps pour la passation du test à cause de leur attitude réticente.

c) Verbalisation, volubilité.- Les malades ayant le diagnostic de Psychose Maniaque Dépressive en phase de manie, se distinguèrent par la verbalisation qui accompagnait leur performance et par les nombreux commentaires qu'ils faisaient sur les cartes du test. Les quelques malades qui s'arrêtaient au cours de l'administration pour entretenir l'examinateur de divers sujets se classaient également parmi ce groupe. Dans l'ensemble, ces malades se montraient très coopératifs et intéressés mais l'examinateur éprouvait de la difficulté à les suivre.

En conclusion, ces observations sont caractéristiques de chacun des groupes cliniques et elles nous ont permis de constater que même si les malades étaient sous l'effet des médicaments, cet effet n'empêchait pas certains symptômes cliniques de se manifester.

## 6. Suggestions.

La première suggestion concerne les résultats obtenus quant au rejet des cartes. Ces résultats seraient peut être plus discriminatifs si l'on enregistrerait en même temps que les rejets la raison de ces rejets. Par exemple, deux sujets peuvent rejeter la même carte, mais pour des raisons différentes; l'un ayant réagit à l'obscurité de la carte, l'autre à la forme particulière de telle figure qu'elle contient.

La deuxième suggestion découle des observations cliniques. Il s'agirait d'enregistrer la verbalisation de chaque sujet et de les analyser par la suite. Cette donnée pourrait s'avérer significative en relation avec le rejet des cartes et le temps de réaction. Que l'on pense seulement à la verbalisation à caractère défensif du paranoïaque qui ne peut se décider à faire un choix, et au quasi mutisme du schizophrène qui s'acquitte de la tâche avec une attitude apparemment désintéressée.

Une troisième suggestion consiste à analyser le temps de réaction associé à chaque carte individuellement. Se pourrait-il qu'en plus des paranoïaques, les autres groupes puissent se distinguer entre eux, mais cette fois en enregistrant des temps de réaction, soit plus longs ou plus courts pour telle ou telle carte?

En somme, cette façon particulière d'utiliser les cartes du TAT, n'a pas donné les résultats espérés, puisqu'il a été impossible de distinguer les trois groupes expérimentaux entre eux. Cependant elle a permis, de faire ressortir quelques manifestations réactionnelles, qui selon Cameron, distinguent divers comportements pathologiques (Ce fut le cas particulièrement pour les schizophrènes).

Peut-être qu'une amélioration de la méthode utilisée permettrait à ces différences de se manifester davantage, et par conséquent, d'en arriver à des résultats plus discriminatifs entre différents groupes nosologiques.

## RESUME ET CONCLUSIONS

Cette recherche avait pour but d'étudier la possibilité pour un nouveau mode d'emploi du TAT de différencier entre eux divers groupes de malades mentaux selon leur diagnostic. Cette possibilité repose sur la sensibilité de réaction.

Les différences devaient provenir du nombre de cartes rejetées par les sujets alors qu'on leur demandait de classer chaque carte selon qu'elle leur plaisait ou leur déplaisait. De plus, la fréquence de rejets par carte ainsi que le temps nécessaire pour décider de chaque choix, étaient également étudiés comme facteurs discriminatifs.

Trois troupes de malades mentaux et un groupe témoin ont été soumis à ce test. Les résultats démontrent que les schizophrènes rejettent moins de cartes que les autres groupes et que les paranoïaques enregistrent les temps de réaction les plus longs.

Cependant aucun résultat n'a permis de différencier de façon significative, les trois groupes de malades entre eux.

## BIBLIOGRAPHIE

Cameron, Norman, The Psychology of Behavior Disorders, a Biosocial Interpretation, New York, Houghton Mifflin Company, 1947, xxi-622 p.

Le lecteur trouvera au chapitre troisième de ce volume un exposé assez détaillé de la nature et des composantes d'une réaction. L'auteur discute ensuite de la sensibilité de réaction propre à chaque individu et qui différencie également diverses pathologies.

Eron, Leonard D., Frequencies of Themes and Identifications in the Stories of Schizophrenic Patients and Non-hospitalized College Students, dans Journal of Consulting Psychology, vol. 12, n°6, livraison de novembre-décembre 1948, p. 387-395.

Etude comparative entre les thèmes produits au TAT par un groupe de schizophrènes et un groupe d'étudiants. L'auteur conclut que les histoires obtenues sont déterminées plutôt par les propriétés du stimulus que par la pathologie du sujet.

-----, A Normative Study of the Thematic Apperception Test, dans Psychological Monographs, vol. 64, n°9, 1950, v-48 p.

Cette étude contient de multiples comparaisons entre divers groupes nosologiques. Ces comparaisons portent sur différents aspects en vue d'établir des normes propres à chaque groupe clinique.

Morgan, Christiana D., et Henry A. Murray, A Method for Investigating Fantasies, the Thematic Apperception Test, dans Archives of Neurology and Psychiatry, vol. 34, n°2, livraison d'août 1935, p. 289-306.

Cet article est la première publication contenant l'essentiel du TAT, c'est-à-dire les postulats de base, la procédure et les principes nécessaires à l'interprétation des résultats.

Murray, Henry A., Explorations in Personality, New York, Oxford University Press, 1938, xiv-761 p.

Les pages 530 à 545 présentent un bref aperçu du TAT et des exemples intéressants d'interprétation. On y trouve également des listes des principaux besoins et press qui influencent un individu. Informations utiles pour la compréhension et l'emploi du test.

Valentine, Max et Ashley A. Robin, Aspects of Thematic Apperception Testing: Depression, dans Journal of Mental Science, vol. 96, 1950, p. 435-447.

Les auteurs comparent les caractéristiques des histoires produites par des sujets normaux et celles produites par des malades en phase de dépression. Cette nouvelle approche révèle quelques différences significatives.

-----, Aspects of Thematic Apperception Testing: Paranoid Schizophrenia, dans Journal of Mental Science, vol. 96, n°405, livraison d'octobre, 1950, p. 869-888.

Cette étude vient s'ajouter à la précédente alors que les schizophrènes paranoïdes sont comparés aux normaux et aux malades déprimés.

Lubin, Joseph, Leonard Eron et Florence Schumer, An Experimental Approach to Projective Techniques, New York, John Wiley & Sons, Inc., 1965, xix-645 p.

Les auteurs font une analyse critique des principales recherches faites dans le domaine des techniques projectives. Les conclusions de ces recherches servent à établir ou à rejeter le bien-fondé des hypothèses ou postulats en particulier du Rorschach et du TAT.

## APPENDICE 1

### MOYENNES ET ECARTS-TYPES DE CHAQUE GROUPE

Les deux tableaux de cet appendice présentent les moyennes arithmétiques et les écarts-types des résultats obtenus à la suite de l'expérimentation. Le tableau VIII se rapporte au nombre de rejets pour l'ensemble des cartes, et le tableau IX, aux temps de réaction.

Tableau VIII.- Les moyennes et les écarts-types de chaque groupe, quant aux rejets pour l'ensemble des cartes.

Groupes	Moyennes	Écarts-types
Schizo.	4.9	5.27
P.M.D.	7.8	4.16
Paranoïaques	8.4	4.23
Normaux	8.8	2.96

Tableau IX.- Les moyennes et les écarts-types de chaque groupe, pour les temps de réaction.

Groupes	Moyennes <sup>a</sup>	Écarts-types <sup>a</sup>
Schizo.	4.9	4.57
P.M.D.	6.2	5.65
Paranoïaques	8.4	6.42
Normaux	4.3	1.74

a. Ces moyennes et ces écarts-types proviennent des moyennes de temps, en secondes, requis par chaque individu pour exprimer son choix sur les dix-neuf cartes.

## APPENDICE 2

### FREQUENCE ET POURCENTAGE DE REJETS

Cet appendice est composé de deux tableaux qui concernent les rejets des cartes, prises individuellement. Le tableau I présente la fréquence de rejets exprimés par chaque groupe pour chacune des cartes, ainsi que le total des rejets attribués à chacune d'elles. Comme les groupes ne sont pas de nombre égal, le tableau XI présente le pourcentage d'individus qui ont rejeté chacune des cartes; ce qui permet de les comparer entre eux.

Tableau X.- Les rejets attribués à chaque carte par chacun des groupes.

Cartes	Fréquence de rejets				Σf
	Schizo. <sup>a</sup>	P.M.D. <sup>a</sup>	Parano. <sup>b</sup>	Normaux <sup>c</sup>	
1	3	7	9	3	22
2	3	0	3	2	8
3 BM	21	38	29	26	114
4	6	2	7	10	25
5	8	10	9	10	37
6 BM	6	11	6	14	37
7 BM	8	4	8	6	26
8 BM	12	20	20	17	69
9 BM	16	29	20	14	79
10	11	16	11	6	44
11	17	33	19	21	90
12 M	13	12	13	8	46
13 MF	16	25	22	23	86
14	16	29	21	9	75
15	21	39	27	23	110
17 BM	17	19	22	11	69
18 BM	18	27	23	25	93
19	18	36	24	13	91
20	21	33	18	24	96

a. Le nombre de sujets dans ce groupe est de cinquante.  
 b. Le nombre de sujets dans ce groupe est de trente-sept.  
 c. Le nombre de sujets dans ce groupe est de trente.

Tableau XI.- Pourcentage de sujets dans chaque groupe qui ont rejeté chacune des cartes.

Cartes	Groupes			
	Schizo. %	F.M.D. %	Parano. %	Normaux %
1	6	14	24.3	9.9
2	6	0	8.1	6.6
3 BM	42	76	78	86.5
4	12	4	18	33.3
5	16	20	24.3	33.3
6 BM	12	22	16	46.6
7 BM	16	8	21.6	19.9
8 BM	24	40	54	56
9 BM	32	58	54	46.6
10	22	32	29.7	19.9
11	34	66	51	69.9
12 M	26	24	35	26
13 MF	32	50	59	76.5
14	32	58	56.7	29.9
15	41	78	72.9	76.5
17 BM	34	38	59.4	36.6
18 BM	36	54	62	83.2
19	36	72	64.8	43.2
20	42	66	48.6	79.9

a. Toute différence de pourcentage entre les groupes variant de 20 à 30 équivaut approximativement à un chi deux significatif à  $p = .05$  et  $.02$ . Toute différence  $< 30$  équivaut approximativement à un chi deux significatif à  $p = .01$ .

## APPENDICE 3

### ABSTRACT OF

#### TAT et Sensibilité de Réaction: une étude diagnostique<sup>1</sup>.

This study was designed to evaluate a new approach in using the TAT in view of distinguishing different groups of mental patients according to their diagnosis. The possibility of this approach is based on a phenomenon called reaction sensitivity which is supposed to be particular to each individual and each diagnosis.

The task consisted in classifying the TAT cards in two categories; the ones that were liked and the ones that were disliked by the patients.

The results obtained from this method therefore, were the number of rejected cards, the number of rejects per card and the reaction time necessary to express each choice.

The chosen population for this study was composed of three groups of hospitalized mental patients, of which, fifty were schizophrenic patients, fifty manic-depressive patients and thirty seven paranoid patients. The control group consisted of thirty individuals hospitalized for

---

<sup>1</sup> Jean-Luc Falardeau, thèse de maîtrise présentée à la Faculté de Psychologie et d'Éducation de l'Université d'Ottawa, 1967, vi-80 p.

tuberculosis.

The results of the study showed that the schizophrenic patients rejected significantly less cards than all the other groups. This group further distinguished itself significantly by giving few rejects on cards 3 BM and 15. On the other hand, the paranoid group gave a longer reaction time than the other groups. However the results failed to show any differences between each of the four groups.

The author gave some possible conclusions and he offered some suggestions for further research.