



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SCIENCE @ DIRECT®

Psychologie française 49 (2004) 95–110

Psychologie  
française

[www.elsevier.com/locate/](http://www.elsevier.com/locate/)

Article original

## Rorschach et Psychiatrie : à la découverte du malade derrière la maladie

## Rorschach and Psychiatry: Assessing the patient beyond the disease

Anne Andronikof<sup>a</sup>,  
Christian Réveillère<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Professeur en Psychopathologie à l'université Paris X, Directeur du Laboratoire IPSé, Laboratoire IPSé (EA 3460 – Clipsy) UFR SPSE Université Paris X - 200, av. de la République 92001 - Nanterre, France*

<sup>b</sup> *Responsable de l'Equipe de recherche « Vulnérabilité, processus psychopathologiques de santé », EA 2114, Professeur en psychologie clinique et en psychopathologie à l'Université François Rabelais de Tours EA 2114 - 3, rue des Tanneurs, 37041 Tours cedex, France*

---

### Résumé

Le Rorschach en Système intégré est un instrument très puissant pour comprendre la dynamique des perturbations psychopathologiques et pour décrire la personnalité. Récemment, un nouveau secteur de recherche a été ouvert par des études pionnières, portant sur l'évaluation des psychothérapies, de leurs processus comme de leurs résultats. Les psychologues cliniciens peuvent ainsi apporter à la psychiatrie traditionnelle une perspective originale et complémentaire, en introduisant la notion de diagnostic psychologique, à côté du diagnostic psychiatrique. La validité et la fiabilité de la méthode ayant été aujourd'hui bien établies aux États-Unis, il incombe maintenant aux chercheurs et cliniciens français de les vérifier et éventuellement d'y apporter les ajustements nécessaires.

© 2004 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

The Rorschach Comprehensive System is a very powerful tool for understanding the dynamics of psychopathological conditions and describing personality. Recent literature indicates a promising new area of research, that of evaluating psychotherapy processes and outcome. Clinical psychologists can therefore bring a unique and complementary perspective to the traditional psychiatric field by introducing it to proper psychological diagnosis as opposed to psychiatric diagnosis. The validity and

---

Adresses e-mail : [andronik@u-paris10.fr](mailto:andronik@u-paris10.fr) (A. Andronikof), [reveillere@univ-tours.fr](mailto:reveillere@univ-tours.fr) (C. Réveillère).

© 2004 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.  
doi:10.1016/j.psfr.2004.02.001

reliability of the method having today been well established in the USA, it is incumbent on French researchers and clinicians to verify them locally and eventually make the necessary adaptations.

© 2004 Société française de psychologie. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Rorschach Système Intégré ; Diagnostic psychologique ; Évaluation psychologique ; Validité diagnostique

*Keywords*: Rorschach Comprehensive System; Psychodiagnosis; Personality assessment; Diagnostic validity

---

## 1. Introduction

Les psychologues cliniciens qui travaillent dans le champ de la psychiatrie utilisent couramment le Rorschach, et c'est même l'un des tests les plus fréquemment utilisés dans ce domaine, avec le MMPI et les échelles de Wechsler (Lubin, Larsen et Matarazzo, 1984 ; Lubin, Wallis et Paine, 1971 ; Watkins, Campbell, Nieberding et Hallmark, 1995). La France n'échappe pas à ce phénomène. Le Rorschach y est l'outil privilégié des psychologues cliniciens et il correspondrait à ce qu'ils cherchent à appréhender à savoir : l'unité de la personne (Castro, Meljac, Joubert, 1996). Or, c'est aussi l'instrument le plus controversé aujourd'hui, certains auteurs affirmant qu'il n'a pas fait la preuve de sa validité. Plutôt que de nous lancer dans une polémique qui a déjà produit dans la littérature internationale une multitude d'articles où détracteurs et partisans du Rorschach ont échangé des arguments scientifiques, mais aussi des opinions pseudo-scientifiques voire des invectives (on trouvera une excellente synthèse de la controverse dans Mattlar, 2004), nous nous proposons ici de nous situer du point de vue du clinicien, et de répondre aux questions suivantes :

À quoi sert le Rorschach dans le domaine de la psychiatrie ? Quel type d'information apporte-t-il ? Et enfin : Quel est le degré de confiance que l'on peut attribuer à ces informations, sont-elles spécifiques au test, ou au contraire redondantes par rapport à d'autres méthodes (ou d'autres tests) ?

La première de ces interrogations nous renvoie à la question de l'apport du Rorschach au diagnostic psychiatrique, et nous montrerons que la réponse n'est pas univoque : pour certains diagnostics (et en fonction de la définition que l'on en donne), le Rorschach est d'un apport précieux et fournit des diagnostics différentiels d'une grande précision ; pour d'autres, il n'est aucunement pertinent. Cependant, dans tous les cas de figure, les renseignements tirés du Rorschach vont bien au-delà de la recherche ou de la confirmation d'un diagnostic psychiatrique : ils prennent tout leur sens dans un autre registre que celui de la psychiatrie traditionnelle, un registre encore assez mal connu aujourd'hui que nous appellerons « diagnostic psychologique ». Ce thème sera développé dans la deuxième partie de cet article.

### 1. Le diagnostic psychiatrique

Le diagnostic est à la médecine ce que la nomenclature est au botaniste : il s'agit de repérer des caractéristiques communes aux individus, qui transcendent en quelque sorte leurs singularités, afin de les regrouper en classes, sous-classes etc., ce qui permet en retour

de les identifier. En psychopathologie, qui est la science fondamentale de la psychiatrie, et tout comme dans les autres sciences, il existe plusieurs modèles de classement des maladies mentales, que nous mentionnerons très brièvement dans leur ordre d'apparition historique : le modèle phénoménologique, le modèle structural et le modèle « a-théorique », en lien avec le développement des perspectives biologiques en psychiatrie.

### *1.1. Le modèle phénoménologico-structural*

Merveilleusement illustré par H. Ey et collègues (Ey, Bernard et Brisset, 1967, 1970), il procède de la méthode clinique d'observation et d'écoute du malade et prend comme critères son rapport au temps, à l'espace, au monde et à lui-même. Les maladies sont classées tant en fonction de leurs manifestations externes (les symptômes) que de leur résonance dans le psychisme de celui qui les produit. La structure ici s'entend comme celle du champ de conscience, les maladies mentales étant classées en fonction du « niveau de déstructuration » de celui-ci (Ey et al., 1970, p. 355).

### *1.2. Le modèle structural psychanalytique*

A l'inverse du précédent, ce modèle procède de l'exploration du champ de l'inconscient, et classe les malades selon le niveau de développement de leur appareil psychique et le type de conflit (intrapsychique et inconscient) qui les anime. Ce modèle ne peut se comprendre en-dehors de la démarche thérapeutique qui la fonde (la cure analytique) : comme l'a bien montré Kernberg pour les états-limites (1975/1979), le diagnostic lui-même émerge dans le déroulement de la cure à la faveur de cette relation si unique qui s'établit entre l'analysant et l'analyste.

Le Rorschach peut contribuer à ce type de diagnostic à partir du moment où il est considéré comme le raccourci d'une séance d'analyse, comme l'ont argumenté Anzieu (1961) et Anzieu et Chabert (1992) en France, ou, par exemple, Lerner aux États-unis (1980). En revanche, le Rorschach en Système intégré n'est pas approprié à ce type de démarche diagnostique.

### *1.3. Le modèle « a-théorique »*

Le modèle « a-théorique » vise à objectiver –ou désobjectiver– au maximum le diagnostic. Les maladies mentales sont identifiées par accumulation de symptômes, eux-mêmes regroupés en fonction de leur fréquence d'apparition concomitante. Cette conception, illustrée par les classifications les plus récentes (CIM10, DSM IV), fait éclater non seulement la notion de structure mais encore celle même de maladie mentale en tant qu'entité organique. Ce modèle est étroitement lié au modèle biologique (essentiellement pharmacologique) et aux conceptions dimensionnelles très en vogue actuellement.

L'introduction de ce modèle, très controversé par la psychiatrie traditionnelle, a eu un bienfait considérable dans la mesure où, justement, il a suscité la controverse et, partant, la réflexion, mais aussi parce qu'il a libéré en quelque sorte les malades (et les psychiatres) du poids, parfois infamant, du diagnostic structural. Le défaut majeur de ce modèle est qu'il risque de déboucher sur des pratiques thérapeutiques atomistes et mécanistes, par l'appli-

cation de remèdes ciblés visant à réduire ou augmenter telle ou telle « dimension » considérée comme pathologique. Exemple : à quelqu'un de déprimé présentant entre autres et par définition, de l'anxiété, de l'inhibition, des insomnies, on prescrira sans sourciller un anxiolytique, un anti-dépresseur et un hypnotique par exemple, en négligeant totalement le fondement même de l'approche clinique qui cherche à soigner un malade et non des symptômes, et qui part du principe que le tout n'est pas équivalent à la somme des parties.

## 2. Rorschach et diagnostic psychiatrique

En quoi le Rorschach en Système intégré (SI) est-il pertinent à l'établissement d'un diagnostic psychiatrique ? Pour répondre à cette question, nous allons passer en revue différentes catégories diagnostiques et présenter les travaux qui s'y rapportent.

### 2.1. La schizophrénie

Le diagnostic de schizophrénie ne pose de problème de diagnostic en psychiatrie qu'à ses marges : les formes psychotiques aiguës d'une part, avec les bouffées délirantes dont on n'est jamais sûr du pronostic et les décompensations toxiques ; les états-limites d'autre part, voire des dépressions atypiques.

L'utilisation du Rorschach n'est jamais indiquée dans les formes aiguës dans la mesure où les réponses sont essentiellement marquées par l'état de crise : on y voit alors fort bien l'effet de l'activité délirante et la rupture d'avec la réalité mais le diagnostic différentiel n'est pas possible.

Dans les formes installées, ou stabilisées, en revanche, le Rorschach Système intégré peut être d'un grand apport. Si en effet on s'accorde à définir la schizophrénie comme s'exprimant fondamentalement dans le domaine des mécanismes de pensées et du contact avec la réalité, alors le Rorschach en Système intégré devient un outil très puissant qui va permettre de saisir très finement les particularités idéationnelles du sujet, son degré de rupture avec la réalité, et éventuellement sa dangerosité.

Toutefois, le diagnostic lui-même de schizophrénie ne peut, ce qui d'ailleurs est vrai pour tout diagnostic, reposer sur un résultat de test. Le diagnostic se fonde toujours sur des éléments cliniques et anamnestiques, et il serait absurde de décréter que quelqu'un est schizophrène (ou psychotique) pour la seule raison qu'il présenterait telles ou telles caractéristiques à un test ou un questionnaire.

Très conscient de ce principe fondamental, et pour éviter les dérives « diagnostiques » que l'index de schizophrénie initial avaient produites, Exner (2003a) a élaboré à sa place une échelle d'intensité des troubles de la pensée et du contact avec la réalité : le PTI, ou Perception-Thinking Index, que nous traduisons par Index Perception - Pensée. Cet index, et l'analyse de ses composantes, permet de situer très finement l'importance, la nature et la qualité des difficultés ou des perturbations cognitives d'un sujet. Par exemple, la présence ou l'absence de rationalisations morbides (FABCOM de niveau 2) contribueront au diagnostic différentiel entre trouble schizophrénique ou fonctionnement limite.

Ce changement dans la mesure correspond aussi à un tournant conceptuel qui permet d'établir des ponts avec les conceptions actuelles de spectre schizophrénique.

Comme l'ont montré [Smith, Baity, Knowles, et Hilsenroth \(2002\)](#), cet index est aussi utilisable en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, où il est très bien corrélé avec des troubles de la pensée mesurés par d'autres instruments.

## 2.2. La dépression

Contrairement à la schizophrénie, la dépression recouvre un très vaste champ, et l'utilisation d'un label unique (même décliné dans ses sous-catégories de « bipolaire », « unipolaire » etc.) ainsi que la profusion d'anti-dépresseurs, thymorégulateurs et autres, cachent en fait, à notre avis, la diversité même des tableaux. A l'époque du DSM-III-R, [Wiener \(1989\)](#) procédait à une critique décapante de la notion de dépression en tant qu'une entité diagnostique, dans une analyse qui garde aujourd'hui toute sa pertinence. Il concluait que « Le terme de dépression est utilisé sans discrimination pour désigner un état, un trait, un signe, un syndrome, une maladie, comme un nom de catégorie et, dans le même temps, comme un concept explicatif ». Il y démontrait aussi qu'en présence d'une humeur dysphorique, il existait 286 combinaisons de signes et de symptômes qui pouvaient conduire au diagnostic de Trouble Dysthymique !

Des analyses factorielles réalisées par Exner en 1986 sur 1400 protocoles de Rorschach de patients souffrant de troubles affectifs ont permis de distinguer un sous-groupe particulier de patients qui présentent tous les signes de la dépression mais qui ne sont pas améliorés par des anti-dépresseurs. Leurs protocoles de Rorschach comportent un certain nombre de caractéristiques qui se différencient nettement de celles des perturbations affectives classiques (index DEPI). C'est ce que nous avons appelé la « pseudo-dépression » ([Andronikof-Sanglade, 1992](#)) qui constitue, à notre avis, un syndrome à part entière.

### 2.2.1. Dépression et pseudo-dépression au Rorschach Système intégré

En raison même de l'imprécision du diagnostic de dépression qui, comme nous venons de le voir, recouvre des désordres de natures très différentes, le Rorschach ne permet pas de faire un diagnostic de dépression au sens psychiatrique du terme. Si l'indicateur de trouble affectif (index DEPI du Système intégré) se trouve très souvent positif dans les groupes présentant des troubles affectifs majeurs (85 % de DEPI > 4 chez les 471 patients du groupe de référence d'Exner), plusieurs études ont mis en évidence l'inconstance de ce résultat ([Carlson, Kula et Saint Laurent, 1997](#); [Mormont, Andronikof, Vermeylen-Titron et Pardoën, 1990](#) ; [Exner, 2001](#); [Jansak, 1997](#)). Exner lui-même affirme qu'un DEPI positif doit être interprété comme reflétant un problème affectif et non pas comme un indicateur spécifique de catégorie diagnostique ([Exner, 2003b](#)). Il est d'ailleurs fort intéressant de savoir que 22 à 30 % des schizophrènes hospitalisés présentent des DEPI positifs ([Exner, 2001](#)), ce qui va dans le sens des interrogations actuelles sur les rapports des troubles affectifs et schizophréniques et ouvre la voie à une fructueuse collaboration de recherche avec la psychiatrie.

La pseudo-dépression, quant à elle, est aisément repérable à l'aide de l'index CDI (Coping Deficit Index) du Système intégré : elle caractérise des tableaux dont les symptômes « dépressifs » se développent secondairement à des difficultés relationnelles et d'insertion sociale. Les variables qui composent l'index CDI reflètent les éléments suivants : peu de ressources psychiques disponibles au sujet, peu d'activité projective ou

fantasmatique (l'équivalent en quelque sorte d'un psychisme « peu mentalisé »), une instabilité des liens affectifs, une nette difficulté à s'engager dans des transactions relationnelles. Cet index n'est positif que dans 4 % des protocoles d'adultes non consultants. Dans l'étude d'Exner (1995), sur les 246 sujets présentant des troubles affectifs de type dépressif et dont l'index DEPI n'est pas positif, 79 % étaient positifs au CDI. En outre, d'importantes fréquences de CDI positif sont retrouvées dans trois groupes : les personnalités inadéquates (88 %), les alcooliques et toxicomanes (74 %), et les délinquants présentant des troubles du caractère (69 %) (Exner, 1995).

Au vu de ces résultats, la présence d'un CDI positif dans un protocole de Rorschach (qu'il s'accompagne ou non d'un DEPI positif) constitue une indication thérapeutique majeure : il faut d'abord et avant tout traiter les difficultés socio-relationnelles (groupe thérapeutique, psychodrame, thérapie comportementale et cognitive, assistance sociale).

### 2.3. *Le risque suicidaire*

La démarche d'Exner est tout à fait originale dans ce domaine. Elle est d'autant plus remarquable que nous sommes en face d'une question vitale et que le repérage et l'évaluation d'un potentiel suicidaire constituent un véritable défi pour le clinicien. Alors qu'il est habitué à comprendre une situation clinique rétrospectivement et contextuellement, il lui est là demandé de faire preuve de prédiction et éventuellement de prévention si des signes alarmants sont présents.

La plupart des travaux effectués dans ce domaine avec le Rorschach n'appréhendent que partiellement la complexité du phénomène (recherche de signes uniques, de contenus spécifiques et/ou symbolique...) : ils prennent rarement en compte la dangerosité de l'acte, sont réalisés rétrospectivement, et le délai entre le passage à l'acte et la passation est très variable selon les études (pour revue voir Exner, 1995 ; voir également, Cahen, Sagnes et de Tychev, 1991 ; Cassier, L., 1968). De plus, même si certains de ces travaux débouchent sur des variables statistiquement discriminantes entre suicidants et non-suicidants, le taux de faux-positifs est tel (supérieur à 1/3) que leurs résultats sont d'une portée limitée pour le clinicien.

Exner a eu l'idée de travailler en amont de l'acte suicidaire avec contrôle de la temporalité, de la dangerosité (intensité du risque léthal selon le moyen suicidaire utilisé) et du nombre de réponses présentes dans les protocoles. A partir de l'analyse de protocoles de 59 puis de 101 personnes (Exner et Wilie, 1977) qui s'étaient données la mort dans les deux mois qui ont suivi la passation du Rorschach, il a pu dégager des caractéristiques de leur état, comparativement à celui de patients hospitalisés pour dépression ou schizophrénie et de non-consultants. La seconde étude confirma la première dans l'établissement d'une Constellation suicidaire (S-CON) à 12 variables. La présence de 8 variables positives discrimine 83 % des suicidants (dont 90 % de ceux utilisant un moyen suicidaire classé parmi les plus dangereux), avec seulement 12 % de faux-positifs chez les déprimés, 6 % chez les schizophrènes et aucun chez les non-consultants (un seuil abaissé à 7 variables positives augmente d'environ 10 % l'identification des suicides mais double la proportion de faux-positifs dans les groupes contrôles psychiatriques). Enfin, comme Exner l'a montré pour de nombreuses variables, le nombre de réponses est à prendre en compte, 60 % des faux-négatifs ont en effet produit un protocole court (pas plus de 13 réponses) ; point confirmé par un travail ultérieur (Meyer, G. J., 1993).

Dans la pratique, la S-CON est toujours la première variable à examiner. Positive, elle signale qu'un sujet présente les caractéristiques communes discriminantes d'un grand nombre de personnes qui se sont données la mort peu de temps après l'examen : tendance à l'isolement et à l'introspection irritante éprouvante voire exaspérante, rumination d'« idées noires » sur soi-même, sur le monde et sur l'avenir (y compris vis-à-vis d'une amélioration thérapeutique), perception de la valeur de soi dégradée ou à l'inverse hypertrophiée. Cette propension à l'introspection ne s'accompagne pas forcément d'affects dépressifs, mais plus souvent d'affects confus, évités, mis à distance. Hormis de possibles épisodes impulsifs, ils sont le plus souvent neutralisés par une activité défensive à base d'intellectualisation. Cet état pré-suicidaire demande à être investigué cliniquement plus avant (anamnèse, entretien... ). Par ailleurs, parmi les résultats mis en évidence dans ces travaux, tout clinicien ne doit pas oublier l'existence d'un peu plus de 15 % de faux-négatifs dans le groupe de suicidants étudiés. Ainsi, l'absence de S-CON positive ne signifie pas que tout risque est à écarter (voir à ce sujet l'étude de cas d'[Andronikof-Sanglade, 1993](#)). Enfin, une utilisation trop rigide du seuil de signification est à déconseiller (cas d'une S-CON légèrement inférieure à 8) ; là aussi l'exploration doit se poursuivre après vérification de la cotation

Ces travaux ont été effectués auprès de sujets âgés d'au moins 18 ans. Une analyse de protocoles d'adolescents de 15 et 16 ans, qui se sont donnés la mort dans les 2 mois suivant la passation, montre que 2/3 d'entre eux sont identifiés par la S-CON. Cliniquement, il est donc raisonnable d'utiliser les résultats trouvés chez les adultes à partir d'environ 15 ans (pour une application auprès d'adolescents, voir [Silberg et Armstrong, 1992](#)). Enfin, un récent travail a utilisé la S-CON pour repérer la présence d'une idéation suicidaire chez l'enfant (entre 7 et 12 ans) ([Petot, 2002](#)), le but étant non pas de prédire un geste suicidaire dans les semaines qui suivent (le suicide est heureusement fort rare chez l'enfant), mais plutôt de détecter un état majeur de détresse psychologique actuelle, voire de tenter de prévenir un risque suicidaire à plus long terme, notamment à l'adolescence.

### *2.3.1. Conclusion de la première partie*

La pertinence diagnostique, au sens psychiatrique du terme, du Rorschach en Système intégré, ne s'applique, en fin de compte qu'au spectre des psychoses et, dans une moindre mesure, à celui des dépressions. Le clinicien psychologue bien formé peut contribuer à affiner le diagnostic, à le préciser, dans une utilisation du Rorschach qui reste complémentaire à l'analyse clinique et à l'emploi d'autres tests, comme le MMPI par exemple ([Fischer, 1994](#); [Finn, 1996](#); [Sultan, 2004](#)). Mention particulière doit être faite de l'évaluation d'un éventuel risque suicidaire, aspect très original du Rorschach (SI), et dont la composition, ainsi que les seuils, restent à valider en France.

Cependant, c'est dans le registre du diagnostic psychologique que le Rorschach en Système intégré donne toute sa puissance et sa spécificité.

## **3. Le diagnostic psychologique**

Nous appelons diagnostic psychologique l'analyse en profondeur du fonctionnement psychique d'un sujet, selon une démarche qui se situe dans l'au-delà du diagnostic

psychiatrique, et qui lui est symétrique. En effet, alors que celui-ci vise à désubjectiver le sujet en l'identifiant à une entité nosographique, celui-là a pour objectif de saisir le fonctionnement du sujet dans ce qu'il a d'unique. Les cliniciens savent bien, en effet, qu'un diagnostic psychiatrique n'est qu'un point de départ dans la compréhension d'un patient, que deux patients rangés dans la même catégorie diagnostique réagiront et évolueront de manière différente, jusques et y compris dans leur sensibilité aux médicaments. Nous savons par ailleurs qu'en cas de co-morbidité (Axe I et Axe II) avec un trouble de personnalité, les échecs thérapeutiques sont augmentés (Féline, Guelfi et Hardy, 2002). Tous ces éléments plaident en faveur d'une prise en compte des caractéristiques de la personnalité, articulées avec le trouble dominant.

A cet égard, le Rorschach en Système intégré permet de faire une description très fine des rapports de force entre les différents domaines de fonctionnement du sujet (l'affectivité, le stress, les mécanismes de pensée, le rapport à soi, les ressources encore disponibles au sujet). Il permet de comprendre les points de fragilité et les lignes de force du sujet, et de saisir la dynamique interne du fonctionnement.

Pour comprendre cet aspect très particulier du Rorschach en Système intégré, nous allons maintenant en exposer les principes de construction (pour un exposé plus détaillé, voir Andronikof-Sanglade, 1998).

### 3.1. Structure du Système intégré

Le Système intégré s'est construit à partir d'une recherche fondamentale qui visait à déterminer quels étaient les mécanismes psychologiques spécifiquement mis en branle par le stimulus « taches d'encre » en situation d'évaluation, et avec la consigne « qu'est-ce que cela pourrait être ? ». Cette recherche, qui se prolonge aujourd'hui avec les techniques modernes de la psychologie expérimentale, s'est déroulée sur deux axes : d'une part, une analyse du stimulus lui-même (structure spatiale, propriétés perceptives etc.), et d'autre part une exploration des dimensions psychologiques mises en jeu en faisant varier les consignes et en introduisant des modifications progressives du stimulus (Exner, 1959, 1961, 1996, Silva, 2002).

Il fallait en effet « tester » pour ainsi dire le test lui-même, en explorer les fondements et les mécanismes, en légitimer les interprétations, ou s'incliner définitivement devant les auteurs qui réfutaient la validité clinique du Rorschach voire assimilaient le Rorschach à une boule de cristal, et les « Rorschachistes » à des cartomanciens (Eysenck, 1959; Jensen, 1958, 1965; Zubin, Eron et Schumer, 1965). L'ensemble des travaux qui ont porté sur le processus de la réponse au Rorschach sont résumés par Exner (2003b).

Ces études ont abouti aux conclusions suivantes : le Rorschach est un test d'interprétation de formes non fortuites, qui déclenche chez le sujet un travail cognitif et des réactions affectives.

#### 3.1.1. Le travail cognitif

Il s'agit en premier lieu de tous les mécanismes impliqués dans l'acte de perception : balayage du champ visuel, reconnaissance des formes (qui vient puiser dans les représentations disponibles au sujet, c'est-à-dire dans ce qu'on peut appeler son lexique personnel), mise en sens (mécanismes de l'idéation). Il s'agit ensuite des mécanismes impliqués dans la

prise de décision et, tout particulièrement, la résolution de conflits. Si le versant « perception » tombe sous le sens, le versant « prise de décision » demande quelques explications, d'autant que cette découverte vient quelque peu bousculer les conceptions plus anciennes qui, depuis Binet et Henry (1895-1896), avaient accordé un rôle prépondérant à l'imagination (Lagache, 1957), à la projection au sens développé par Frank (1939), Rapaport, Gill et Schafer (1946), Rausch de Traubenberg, (1970/2000), ou à l'association au sens psychanalytique du terme (Schafer, 1954), voire au travail du rêve (Anzieu, 1961; Anzieu et Chabert, 1992) et à l'aire transitionnelle au sens de Winnicott (Chabert, 1983). Pour une synthèse de ce débat, voir Andronikof-Sanglade (1995).

Le rôle essentiel des mécanismes cognitivo-affectifs qui caractérisent une activité de résolution de problème a été démontré par la mise en évidence, lors de présentations des planches de Rorschach au tachistoscope, de la multiplicité des images qui viennent instantanément à l'esprit des sujets, quelle que soit leur pathologie clinique éventuelle, en contraste avec la production réelle d'un sujet en situation non expérimentale, qui tourne autour d'une moyenne de deux réponses par planche. Entre le moment de la présentation des planches et la formulation des réponses, le sujet procède à un travail actif de tri et de sélection. Il prend des décisions quant à la réponse qu'il juge la plus appropriée aux caractéristiques objectives du stimulus et/ou, en des proportions variées, à l'image de lui qu'il veut donner eu égard aux objectifs de l'évaluation à laquelle il s'est soumis. Dans toute cette activité, le sujet est conscient, sauf à souffrir d'une grave atteinte neurologique, de plusieurs choses : 1/ qu'il se trouve en situation d'examen, 2/ qu'on lui demande d'identifier une série d'objets qui ne sont pas précisément représentés sur le stimulus (Exner, 1980) et 3/ qu'il n'est pas entièrement libre de son interprétation (contrainte de la réalité).

La prise de décision s'entend aussi dans le sens d'une résolution de conflits, expression qui nous paraît plus juste ici que celle, plus vague, de résolution de problèmes. Les conflits à résoudre sont tout autant d'ordre cognitif qu'affectif. Au plan cognitif, Exner (1996), dans son article séminal *Critical bits and the Rorschach response process*, a mis en évidence les propriétés distales du stimulus Rorschach : chaque planche comporte un nombre fini de suggestions formelles qui orientent vers des classes déterminées de réponses et limitent la liberté d'interprétation. Toutefois, ces suggestions formelles sont parfois contradictoires et amènent le sujet à opérer un choix. Par exemple, telle planche présente une forme très reconnaissable d'animal à quatre pattes, mais de couleur rose (Planche VIII). Les humoristes résoudre le conflit en disant « la panthère rose », d'autres opteront pour « des ours » ou « des rats » en négligeant la couleur, certains feront appel à un raisonnement complexe en disant que « les marmottes se sont blessées, c'est pourquoi elles sont rouges », ou, dans le registre délirant « c'est la corrida, la violence, on voit les taureaux et le sang » et quelques rares personnes décideront de négliger la forme en y voyant « des taches de sang » voire se déferont de toute contrainte formelle en répondant « c'est le bruit que fait mon cerveau quand je pense ». Telle autre planche présente des personnages de sexe féminin aisément repérables (Planche III), mais les formes humaines sont curieusement dotées d'un appendice suspect. Seront-elles interprétées comme des androgynes, ou des femmes, ou des hommes, ou bien le sujet évitera-t-il de mentionner leur sexe (« des personnages », « des bonshommes ») ?

### 3.1.2. *Le travail affectif*

Au plan affectif, les suggestions contradictoires sont tout aussi présentes : douceur / violence, plaisir / déplaisir, euphorie / dysphorie, relation de réciprocité / de dispute, pour n'en citer que quelques unes. La réponse que le sujet choisira est fonction d'une part du poids qu'il a l'habitude de concéder à la sphère affective dans son fonctionnement cognitif, et d'autre part de son état actuel (plus ou moins dépressif, plus ou moins perturbé, plus ou moins stressé, etc.), et / ou de l'image qu'il veut donner de lui.

Dans le champ clinique, chez des personnes fragilisées par des difficultés personnelles ou des états psychopathologiques, il ne fait pas de doute que le stimulus Rorschach suscite des réactions affectives et fantasmatiques. Les éléments du stimulus, de par leur caractère ambigu, de par leur pouvoir évocateur, de par l'aspect anxiogène de la situation même de testing, semblent venir activer des chaînes associatives propres au sujet qui vont infiltrer de manière plus ou moins explicite les réponses. C'est dans ce sens qu'Exner (1989) entend le travail de projection au Rorschach. Toutefois, et contrairement à une opinion assez répandue, le test du Rorschach n'a pas le pouvoir de faire décompenser un sujet fragile et ne comporte aucune contre-indication éthique. Si, après un entretien, un psychologue estime qu'il peut proposer au sujet une situation d'examen psychologique, il n'existe aucun argument scientifique (ni théorique ni empirique) qui singulariserait le Rorschach par rapport à d'autres tests.

On sait d'ailleurs aujourd'hui que c'est précisément dans cette perspective perceptivo-cognitivo-affective que H. Rorschach a construit son test, et qu'il y a délibérément introduit des suggestions de formes et des conflits formels (les taches d'encre de Rorschach ne sont pas du tout des « formes fortuites ») (Exner, 1996).

### 3.2. *Ce que le Rorschach permet d'interpréter*

Compte tenu de la structure du test et des mécanismes mentaux mis en jeu dans la production des réponses, le Rorschach permet d'explorer trois grands secteurs du fonctionnement psychologique : le fonctionnement cognitif, le fonctionnement affectif, et le rapport du sujet à lui-même et au monde.

Sur le modèle des théories de l'information, Exner décompose le secteur cognitif en trois aspects : la saisie de l'information (balayage visuel et « input »), l'identification (formation des images), l'idéation (mise en sens de l'information, raisonnement). Le fonctionnement affectif est analysé dans son économie (place des émotions dans le fonctionnement général de la personnalité, impact sur les activités de pensée, modalités de contrôle émotionnel) et dans ses qualités (type de sensibilité affective, degré de différenciation entre affects positifs et négatifs, type de situation et de représentations qui déstabilisent le fonctionnement affectif). Enfin, le rapport du sujet à lui-même et au monde est décliné en termes de représentation de soi et des relations aux autres, de qualité de l'investissement affectif de soi, de modalités d'attachement.

Chacun de ces aspects est repéré par une série de variables dont on connaît la fourchette normale de variation chez un sujet adulte (voir l'article de Sultan, et al. dans ce numéro), mais tout le travail du clinicien va consister à comprendre la dynamique des relations internes entre les cognitions et les affects, et la façon dont elles sont modulées par le rapport à soi et au monde.

### 3.3. Traiter le malade et non la maladie

Comme nous l'avons dit plus haut, l'établissement d'un diagnostic marque (ou devrait marquer) le point de départ de la démarche thérapeutique qui, avant d'appliquer des traitements, se doit de comprendre à la fois le retentissement particulier de cette pathologie-là chez ce patient-là, en rapport avec ses conditions environnementales, et la dynamique psychosomatique et originale, toujours unique, de celui-ci.

Une telle approche individualisée du traitement est aujourd'hui largement méconnue, faute peut-être d'études longitudinales sérieuses qui évalueraient honnêtement l'efficacité à long terme des traitements.

Quelques études récentes qui ont suivi l'évolution de patients dépressifs pendant 12 à 24 mois après la fin de leur traitement font état d'une proportion non négligeable d'échecs ou de rechutes (Evans, Hollon, DeRubeis, Piasecki, Grove, Garvey, & Tuason, 1992; Gallagher-Thompson, Hanley-Peterson et Thompson, 1990 ; Gortner, Gollan, Dobson et Jacobson, 1998 ; Kovacs, Rush, Beck et Hollon, 1981). Ces études ne portent d'ailleurs que sur les traitements cognitivo-comportementaux et médicamenteux.

La détection de zones de fragilité et d'équilibre permet d'élaborer un plan d'intervention réaliste (coûts / bénéfices) et personnalisé (Exner, 2000). Par exemple, selon que l'on trouve ou non un déficit de coping chez des alcooliques, des toxicomanes ou des délinquants, cas respectivement de 74 %, 74 % et 69 % d'entre eux, la prise en charge devra être différente (Exner, 1995). De plus, les informations sur les zones de fragilité et de force permettent d'éviter que le traitement ne soit guidé uniquement par le négatif à savoir, la disparition des symptômes (en général uniquement les plus gênants).

Il n'existe à notre connaissance que peu d'études (Carlson, Nygren, Clinton et Bihlar, 1996 ; Exner et Andronikof, 1992 ; Gacono, 1998 ; Smith, Andronikof, Coutanceau, Weyergans, 2002 ; Weiner et Exner, 1991) qui aient utilisé le Rorschach (SI) dans une tentative d'exploration des changements dans le fonctionnement de la personnalité induits par diverses modalités de traitements psychothérapeutiques (interventions brèves centrées sur le problème, psychothérapies de modèles variés, cure psychanalytique, groupe thérapeutique).

Ces travaux pionniers de suivi longitudinal avec des procédures de test / retest ont mis en évidence la capacité du Rorschach (SI) à suivre l'évolution du patient, et à fournir des points de repère fiables qui permettraient éventuellement de poser des indications thérapeutiques au plus près des besoins propres du patient, relativement à ses lignes de force et de faiblesse.

### 3.4. Les patterns de personnalité

Hermann Rorschach (1921) avait eu une intuition géniale en établissant une typologie de la personnalité à partir de rapports entre certaines variables de son test (introversion, extratensivité, ambiéqualité). Ces dernières années, Exner (2003b) a montré la grande pertinence de cette notion, affiné le concept, et mis en évidence un nouveau type, qu'il a appelé « évitant ». La notion de « types » psychologiques, ou « patterns de personnalité » correspond à des modes d'organisation de base du psychisme qui influencent l'ensemble de la réactivité d'un sujet et lui confèrent sa cohérence. Exner a montré qu'un extratensif par

exemple ne gère pas ses affects de la même façon qu'un introversif, un ambivalent ou un évitant, ni n'utilise les mêmes procédures cognitives. De cette notion fondamentale découle plusieurs conséquences : 1/ l'analyse du fonctionnement d'un sujet doit tenir compte du pattern de base qui seul peut indiquer les fourchettes de variation normale des autres variables Rorschach ; 2/ les indications thérapeutiques et les objectifs de traitement doivent tenir compte de ces patterns de base, ce qui permettra de maximiser les chances de réussite.

Ainsi, appliquées à une personne, l'intégration des caractéristiques dégagées par le Rorschach (SI), variables en intensité et en contenu, offrent des possibilités de multiples combinaisons possibles. Cela permet de décrire un fonctionnement psychologique singulier et une manière particulière « d'être au monde ». Il n'existe pas de signes univoques d'un style ou pathognomoniques d'un trouble, les styles et processus prenant des significations différentes en fonction du pattern de base de la personnalité. La personne est étudiée comme entité unique, toujours différente d'une autre, quand bien même elle ferait partie de la même catégorie diagnostique. Ainsi, lorsqu'un trouble psychopathologique survient, il se développe à partir de « styles » de personnalité qui lui préexistent. A diagnostic semblable, correspondent une réalité subjective, des zones de vulnérabilité et de compétence et une adaptabilité différentes. Le caractère réactionnel ou épisodique d'une situation de détresse peut également être repéré, évitant de confondre ce qui est lié au contexte ou à une crise passagère, avec des modalités de fonctionnement stable et chronique. De plus, aucun des styles ne préjuge de trouble particulier, ils sont transnosographiques.

Ce mouvement de précision de l'évaluation psychodiagnostique devrait d'autant plus se développer que des procédures d'évaluation rigoureuses, c'est à dire à partir d'instruments validés et utilisés par des évaluateurs indépendants, sont possibles. Le Rorschach, grâce à sa stabilité temporelle, éventuellement en complément d'outils dimensionnels, est tout à fait pertinent pour évaluer les changements. Les études portant sur l'évolution de cas uniques conservent alors toute leur valeur.

#### 4. Validité et spécificité de la méthode

La validité du Système intégré a été établie sur plusieurs critères. Tout d'abord, dès 1974, Exner s'est attaché à fixer les procédures (consigne, mode d'administration), standardiser le système de codage des réponses, et vérifier la fidélité inter-correcteurs (Exner, 2003b). Il a ensuite établi la fidélité test / retest sur des sujets adultes non consultants. La signification des variables, c'est-à-dire leur lien avec des processus ou des caractéristiques psychologiques, a été explorée pour certaines par des procédures expérimentales (celles qui varient avec l'état du sujet) et pour d'autres sur des critères externes (échelles, questionnaires et tests). On trouvera une présentation exhaustive de l'ensemble de ces travaux dans la dernière édition de l'ouvrage d'Exner (2003b).

Cependant, il serait abusif, et tout simplement faux, d'appliquer mécaniquement des valeurs interprétatives aux variables ou configurations de variables du Rorschach (SI), et de les considérer comme taillées dans le roc de la science. D'une part, parce que la validation de certaines d'entre elles reste encore à confirmer et d'autre part parce que le Rorschach, comme n'importe quel instrument qui vise à mesurer ou évaluer quelque chose de psychologique, est étroitement tributaire des modèles de personnalité et des conceptions psycho-

pathologiques en cours et qu'il reste, au mieux, une approximation. C'est pourquoi d'ailleurs ces tests, tout comme les catégories diagnostiques et les descriptions dimensionnelles de la personnalité, ont une valeur prédictive quasi nulle.

La validité du Rorschach (SI) ayant été ces dernières années fortement critiquée (Wood, Lilienfeld, Garb et Nezworski, 2000 ; Wood, Nezworski et Stejkal, 1996, par exemple), une série d'études ont été réalisées pour vérifier le bien-fondé de ces critiques. Ganellen (1996) a comparé la pertinence diagnostique du MMPI, du MCM-II et du Rorschach et trouvé que tous trois avaient une sensibilité similaire pour la détection de la dépression, le Rorschach donnant toutefois moins de faux-positifs. Pour les troubles psychotiques, le Rorschach se montre beaucoup plus sensible que les autres instruments. Hiller, Rosenthal, Bornstein, Berry et Brunell-Neuleib (1999), ont procédé à une vaste méta-analyse des travaux publiés et montré que la validité du Rorschach et du MMPI est différente selon le critère adopté : le MMPI obtient des coefficients de validité supérieurs au Rorschach avec les critères « diagnostic » et les auto-questionnaires, l'inverse étant vrai avec des critères externes objectifs. Exner (2003c) a entrepris une nouvelle étude normative, dont les premiers résultats sur 300 adultes non consultants sont très similaires aux premières tables normatives publiées, ce qui tend à valider les seuils de signification précédemment établis. Il nous reste bien entendu, en France, à mener à son terme l'étude de validation actuellement en cours.

Concernant la spécificité des informations obtenues par la méthode du Rorschach en Système intégré, le lecteur aura déjà compris qu'elles sont parfaitement originales, à l'image du matériel lui-même et de l'activité mentale qu'il déclenche, et en raison de la complexité de l'appareil conceptuel qui en sous-tend l'interprétation. Celle-ci apparaît comme très complémentaire aux autres instruments couramment utilisés dans un examen psychologique, en particulier les échelles de Wechsler, les tests neurologiques et le MMPI (Finn, 1996; Fischer, 1994).

Les informations obtenues, spécifiques à la méthode, viennent, nous l'avons montré, spécifier à leur tour le sujet : elles permettent de faire une description dynamique très fine de son fonctionnement psychique, avec ses faiblesses et ses points forts, et d'orienter les décisions thérapeutiques.

## 5. Conclusion

En France, l'utilisation du Rorschach (SI) dans le domaine clinique est encore une nouveauté. Loin de déplorer le retard, au demeurant considérable si l'on veut bien se souvenir que la première publication de la méthode date de 1974, de notre pays, nous pensons au contraire pouvoir bénéficier aujourd'hui des tâtonnements, changements et développements incessants que la méthode a connus depuis trente ans. En 2004, le Rorschach en Système intégré apparaît comme un instrument aux propriétés psychométriques établies, et doté d'un appareil conceptuel dont la pertinence clinique est avérée.

S'ouvre maintenant au clinicien un très vaste champ de recherches et d'applications, dont l'un des plus prometteurs est celui des indications thérapeutiques et de l'évaluation des traitements, tant du point de vue de leur efficacité que de celui de l'exploration de leurs processus.

## Références

- Andronikof-Sanglade, A., 1992. Repérer la dépression au Rorschach : Apport du système Intégré (Exner). *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projective de Langue Française* 36, 41–50.
- Andronikof-Sanglade, A., 1993. L'abstraction au Rorschach comme mécanisme d'anti-symbolisation : réflexion autour du protocole d'une adolescente suicidaire. *Bulletin de la Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française* 37, 71–91.
- Andronikof-Sanglade, A., 1995. Interpretation and the response process. *Rorschachiana* 20, 49–63.
- Andronikof-Sanglade, A., 1998. Le Rorschach en système intégré dans l'évaluation psychologique : une nouvelle technique, un nouveau regard clinique. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 18, 135–138.
- Anzieu, D., 1961. *Les méthodes projectives*. PUF, Paris.
- Anzieu, D., Chabert, C., 1992. *Les méthodes projectives*. 9<sup>e</sup> éd. PUF, Paris.
- Binet, A., Henry, V., 1895-1896. *La psychologie individuelle*. *Année Psychologique* 2, 411–465.
- Cahen, T., Sagnes, L., de Tychev, C., 1991. Dépression et risque suicidaire : approche comparée par le test de Rorschach. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée* 41 (3), 181–188.
- Carlson, C.F., Kula, M.L., St-Laurent, C.M., 1997. Rorschach revised DEPI and CDI with inpatient major depressives and borderline personality disorder with major depression. *Journal of Clinical Psychology* 53, 51–58.
- Carlson, A.M., Nygren, M., Clinton, D., Bihlar, B., 1996. The Stockholm Comparative Psychotherapy Study (COMPASS) : Project Presentation and preliminary Rorschach findings. *Rorschachiana* 21, 30–46.
- Cassier, L., 1968. *Le psychopathe délinquant*. Dessart Mardaga, Bruxelles.
- Castro, D., Meljac, C., Joubert, B., 1996. Pratiques et outils des psychologues cliniciens français. Les enseignements d'une enquête. *Pratiques Psychologiques* 4, 73–80.
- Chabert, C., 1983. *Le Rorschach en clinique adulte : interprétation psychanalytique*. Dunod/Bordas, Paris.
- Evans, M.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Piasecki, J., Grove, W.M., Garvey, M.J., Tuason, V.B., 1992. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry* 49, 802–808.
- Exner, J.E., 1959. The influence of chromatic and achromatic color in the Rorschach. *Journal of Projective Techniques* 23, 418–425.
- Exner, J.E., 1961. Achromatic colors in cards IV and VI of the Rorschach. *Journal of Projective Techniques* 25, 38–40.
- Exner, J.E., 1980. But it's only an inkblot. *Journal of Personality Assessment* 44, 562–577.
- Exner, J.E., 1989. Searching for projection in the Rorschach. *Journal of Personality Assessment* 53, 520–536.
- Exner, J.E., 1995. *Le Rorschach : un Système intégré*, trad. Fr. Frison-Roche, Paris.
- Exner, J.E., 1996. Critical bits and the Rorschach response process. *Journal of Personality Assessment* 67, 464–477.
- Exner, J.E., 2000. Rorschach applications in treatment planning. *Rorschachiana* 24, 150–170.
- Exner, J.E., 2001. *A Rorschach Workbook for the Comprehensive System*. 5<sup>th</sup> ed. Rorschach Workshops, Asheville, NC.
- Exner, J.E., 2003a. *Manuel d'interprétation du Rorschach*. Trad. Fr. Frison-Roche, Paris.
- Exner, J.E., 2003b. *The Rorschach: a Comprehensive System*. 4<sup>e</sup> éd. John Wiley & Sons, Hoboken, NJ.
- Exner, J.E., 2003c. Some news on the nonpatient sample. Exposé présenté aux International Rorschach Society Summer Seminars, juillet, Spiez, Suisse.
- Exner, J.E., Andronikof-Sanglade, A., 1992. Rorschach changes following brief and short-term therapy. *Journal of Personality Assessment* 59, 59–71.
- Exner, J.E., Wilie, J., 1977. Some Rorschach data concerning suicide. *Journal of Personality Assessment* 41 (4), 339–348.
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, C.H., 1967/1970. *Manuel de Psychiatrie*. Masson, Paris.

- Eysenck, H.J., 1959. The Rorschach. In: Buros, O. (Ed.), *The fifth mental measurements yearbook*. Gryphon Press, NJ, Highland Park, pp. 276–278.
- Féline, A., Gueffi, J.D., Hardy, P., 2002. *Les troubles de la personnalité*. Flammarion, Paris.
- Finn, S.E., 1996. Assessment feedback integrating MMPI-2 and Rorschach findings. *Journal of Personality Assessment* 67, 543–557.
- Fischer, C.T., 1994. *Individualizing psychological assessment*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- Frank, L.K., 1939. Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology* 8, 389–413.
- Gacono, C.B., 1998. The use of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) and Rorschach in treatment planning with antisocial disordered patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 42, 49–64.
- Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P., Thompson, L., 1990. Maintenance of gain versus relapse following brief psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58, 371–374.
- Ganellen, R.J., 1996. Comparing the diagnostic efficiency of the MMPI, MCMI-II, and the Rorschach: A review. *Journal of Personality Assessment* 67, 219–243.
- Gortner, E.T., Gollan, J.K., Dobson, K.S., Jacobson, N.S., 1998. Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 377–384.
- Hiller, J.B., Rosenthal, R., Bornstein, R.F., Berry, D., Brunell-Neuleib, S., 1999. A comparative meta-analysis of Rorschach and MMPI validity. *Psychological Assessment* 11, 278–296.
- Jansak, D.M., 1997. The Rorschach Comprehensive System Depression Index, depression heterogeneity, and the role of self-schema. *Dissertation Abstracts International* 57, 6576.
- Jensen, A.R., 1958. Personality. *Annual Review of Psychology* 9, 395–422.
- Jensen, A.R., 1965. Review of the Rorschach Inkblot Test. In: Buros, O.K. (Ed.), *The sixth mental measurements yearbook*. Gryphon Press, Highland Park, NJ.
- Kernberg, O., 1975/1979. *Les troubles limites de la personnalité*, trad. Fr. 1979. Privat, Toulouse.
- Kovacs, M., Rush, J., Beck, A.T., Hollon, S.D., 1981. Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry* 38, 33–39.
- Lagache, D., 1957. La rêverie imageante, conduite adaptative au test de Rorschach. *Bulletin du Groupement français du Rorschach* 9, 3–11.
- Lerner, P. M., 1980. *Borderline phenomena and the Rorschach test*. International Universities Press, New York.
- Lubin, B., Larsen, R.M., Matarazzo, J. D., 1984. Patterns of psychological test usage in the United States 1935-1982. *American Psychologist* 39, 451–454.
- Lubin, B., Wallis, R. R., Paine, C., 1971. Patterns of psychological test usage in the United States 1935-1969. *Professional Psychology* 2, 70–74.
- Mattlar, C.-E., 2004. The Rorschach Comprehensive System is reliable, valid and cost-effective. *Rorschachiana* 26 (à paraître).
- Meyer, G.J., 1993. The impact of responses frequency on the Rorschach constellation indices and on their validity with diagnostic and MMPI-2 criteria. *Journal of Personality Assessment* 60 (1), 153–180.
- Mormont, C., Andronikof-Sanglade, A., Vermeylen-Titron, N., Pardoën, D., 1990. Comparaison de déprimés unipolaires et bipolaires au moyen du Rorschach. *Revue de Psychologie Appliquée* 40 (2), 207–224.
- Petot, D., 2002. Rorschach characteristics of depressive children with suicidal ideation. *Rorschachiana* 25, 163–174.
- Rapaport, D., Gill, M., Schafer, R., 1946. *Diagnostic Psychological Testing*, s 1 & 2. Yearbook Publishers, Chicago.
- Rausch de Traubenberg, N., 1970/2000. *La pratique du Rorschach*. PUF, Paris.
- Rorschach, H., 1921. *Psychodiagnostik*. PUF, Paris trad. fr. Ombredanne (1947). *Le psychodiagnostic*.
- Schafer, R., 1954. *Psychoanalytic interpretation in Rorschach testing*. Grune & Statton, New York.
- Silberg, J.L., Armstrong, J.G., 1992. The Rorschach test for predicting suicide among depressed adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment* 59 (2), 290–303.
- Silva, D. R., 2002. The effect of color on productivity on card X of the Rorschach. *Rorschachiana* 25, 123–138.

- Smith, J., Andronikof, A., Coutanceau, R., Weyergans, E., 2002. Étude longitudinale à l'aide du test de Rorschach de trois sujets présentant une problématique pédophile. *Pratiques Psychologiques* 2, 3–13.
- Smith, S.R., Baity, M.R., Knowles, E.S., Hilsenroth, M. J., 2002. Assessment of disordered thinking in children and adolescents : The Rorschach Perceptual-Thinking Index. *Journal of Personality Assessment* 77, 447–463.
- Sultan, S., 2004. L'examen psychologique de l'adulte. Frison-Roche, Paris.
- Watkins, C.E., Campbell, V.L., Nieberding, R., Hallmark, R., 1995. Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology : Research and Practice* 26, 54–60.
- Weiner, I.B., Exner, J.E., 1991. Rorschach changes in long-term and short-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment* 56, 453–465.
- Wiener, M., 1989. Psychopathology reconsidered: Depressions interpreted as psychosocial transactions. *Clinical Psychology Review* 9, 295–321.
- Wood, J.M., Nezworski, M.T., Stejkal, W.J., 1996. The Comprehensive System for the Rorschach : a critical examination. *Psychological Science* 7, 3–10.
- Wood, J., Lilienfeld, S.O., Garb, H., Nezworski, T., 2000. The Rorschach test in clinical diagnosis ; A critical review, with a backward look at Garfield (1947). *Journal of Clinical Psychology* 56, 395–430.
- Zubin, J., Eron, L.D., Schumer, F., 1965. *An experimental approach to projective techniques*. Wiley, New York.