



# SZONDIANA

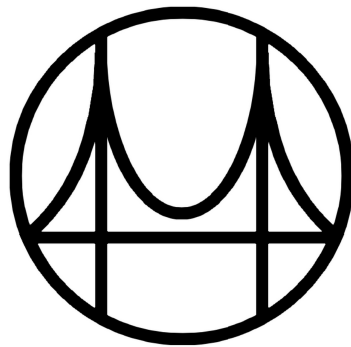
JOURNAL OF FATE-ANALYSIS  
AND CONTRIBUTIONS  
TO DEPTH PSYCHOLOGY

VOLUME 38

EDITED BY ENIKŐ KISS AND ROBERT MAEBE

szondiana

Journal of fate analysis  
and contributions to depth psychology



Volume 38, Number 1, December 2018

**Impressum:** Szondiana, the journal of fate analysis and contributions to depth psychology, is the official organ of the International Szondi Association (ISA), and of the Schweizerische Gesellschaft für Schicksalsanalytische Therapie (SGST)

Szondiana, journal de l'analyse du destin et de contributions à la psychologie des profondeurs, est l'organe officiel de la Société Internationale Szondi (SIS) et de la Schweizerische Gesellschaft für Schicksalsanalytische Therapie (SGST)

ISSN number : 1663-9766

online publication

Published: once a year

**Editors / direction :**

Enikő Csilla Kiss (Ph.D.) University of Pécs, Hungary

Robert Maebe (M.D.), Centre d'Études Pathoanalytiques, Brussels, Belgium

**Editorial board / Comité de rédaction:**

Thierry Bisson (Ph.D.), Université de Nice, France

Bruno Gonçalves (Ph.D.), University of Lisbon, Portugal

Almut Schweikert (Ph.D.), Szondi Institut, Zürich, Switzerland

Publisher / éditeur : International Szondi Association (ISA)

Reference: International Szondi Association (ISA), Société Internationale Szondi (SIS) at Szondi Institute, Kräbhühlstrasse 30, CH-8044 Zurich

Tel. 044 252 46 55, E-Mail: [info@szondi.ch](mailto:info@szondi.ch)



Sponsored by

[www.szondi.ch](http://www.szondi.ch) and <http://www.szondi.pt.hu/>

Editorial contact address:

Robert Maebe (MD)

E-mail: [robert.maebe@telenet.be](mailto:robert.maebe@telenet.be)

## Table of contents — Sommaire

### *Editorial*

### Original articles

*Andrés García Siso*

Contribution szondienne à la psychopathologie de l'épilepsie : les ixophrénies .....1

### Acta of the XXIst ISA congress (Budapest, 2017)

*Tóth, Borbála*

Genodrama as an opportunity for the dramatic transformation of family patterns and inheritance .....32

*Tomas Geyskens*

Halt and Ersatz. Contact and mood in the clinical work with adults with an intellectual disability .....43

*Takahisa Yamashita*

The Szondi test in the Field of Religious Psychology.....55

### Brief studies

*Kiss, Enikő Csilla*

Implications of my research on Szondi for the relevance and methodological issues of a history of psychology .....64

*Markó, Éva; Bodó-Varga, Zsófia*

The relation between the fate-analysis and Jungian analytical psychology in Márta Antalfai's oeuvre.....72

## Editorial

Chers amis szondiens,

L'année 2019 verra la célébration du 50ième anniversaire de l'institut Szondi à Zürich. L'évènement sera fêté du 12 au 15 juin avec des séances scientifiques, des conférences, des séminaires, un banquet et un programme social. L'invitation en allemand et en anglais est reprise à la fin de ce numéro.

Nous continuons le compte-rendu du congrès de la Société Internationale Szondi tenu à Budapest en 2017 avec la publication de trois textes retravaillés à cet effet. Dans la foulée szondienne de la réintroduction de l'épilepsie dans le champ psychiatrique avec l'invention de la pulsion paroxysmale et son élaboration pathoanalytique par l'école de Louvain le docteur Siso présente ici une recherche débouchant sur des propositions nosologiques, cliniques et théoriques des plus intéressantes.

Et, pour finir, la professeur Enikő Kiss propose pour une nouvelle rubrique de 'courtes études' quelques contributions en provenance de l'université de Pécs où elle enseigne.

Nous espérons que cette nouvelle vague de textes szondiens méritera toute votre attention et suscitera en vous le désir de participer activement à la continuation de Szondiana et aux préparations du prochain congrès de la SIS qui est attendu pour 2020 à Bucarest.

Dear szondian friends,

The year 2019 will see the celebration of the 50th anniversary of the Szondi Institute in Zürich. The event will be celebrated from June 12 to 15 with scientific sessions, conferences, seminars, jubilee banquet and social program. The invitation in German and English is included at the end of this issue.

We continue the report of the congress of the International Szondi Association held in Budapest in 2017 with the publication of three more texts reworked for this purpose. In the Szondian stride of the reintroduction of epilepsy in the psychiatric field with the invention of the paroxysmal drive and its pathoanalytical elaboration by the Louvain School, Dr. Siso presents here a research leading to most interesting nosological, clinical and theoretical propositions.

And, finally, Professor Kiss offers for a new section of 'brief studies' some contributions from the University of Pécs where she teaches.

We hope that this new wave of Szondi texts will deserve all your attention and will inspire you to actively participate in the continuation of Szondiana and preparations for the next ISA congress which is expected in Bucharest in 2020.

Prof. Dr. Kiss, Enikő Csilla  
University of Pécs, H

Robert Maebe, M.D.  
Centre d'études Pathoanalytiques, B

## Contribution szondienne à la psychopathologie de l'épilepsie: les ixophrénies<sup>1</sup>

**Andrés García Siso**

### Introduction

À l'heure actuelle l'épilepsie est appréhendée à partir de concepts d'une neurologie, élargie par la neurophysiologie et la génétique, considérant les troubles psycho-pathologiques qui l'accompagnent comme une comorbidité, parfois comme réaction vitale à la maladie, parfois comme une altération de la perception, des affects... en fonction de l'aire du cerveau affectée. En général on parle de ces comorbidités en termes d'états *dépressiformes*, de psychoses schizoformes... ou de traits de caractère à allure névrotique, renvoyant à des troubles de la sémiologie psychiatrique, mais quelque peu différents. D'autre part sont définis des troubles cognitifs ou des dysfonctions de l'intelligence, tels que les troubles de la mémoire, du langage...ou du niveau de conscience. Ces troubles cognitifs font l'objet de la neuropsychologie.

Par contre, certains neurologues (Waxman-Geschwind 1975, Bear-Fedio 1972 ou Blumer 2004) ont fait des recherches pour cerner ce qu'ils considèrent être les symptômes mentaux de la personnalité les plus fréquents dans l'épilepsie. Ces recherches sont le fruit d'observations empiriques, et Blumer y ajoute sa connaissance de l'œuvre de L. Szondi (1970). Ces recherches sont en quête des syndromes (comme le *dysphoric interictal disorder* de Blumer 2004) qu'ils considèrent comme fréquents et caractéristiques des épileptiques. Mais dans la modernité de la psychopathologie des épilepsies on perd de vue la perspective neuropsychiatrique, et en particulier la découverte classique de la personnalité épileptique, conçue comme structure par F. Minkowska et comme catégorie psychopulsionnelle par L. Szondi, pour laquelle - traitant du vecteur Paroxysmal - il accordait déjà une grande importance à l'hérédité. Ces recherches explorent des traits de caractère qui ressemblent à d'autres syndromes psychiatriques, mais qui possèdent un style particulier. Ainsi Geschwind étudie des traits obsessionnels, Blumer le trouble dysphorique interictal, comportant des traits d'humeur, d'anxiété, d'irritabilité et d'explosivité... et Bear-Fedio élargit la plupart des traits de Blumer avec ceux décrits par Gschwind, en y ajoutant des symptômes proprement psychotiques paranoïdes. Vaaler (2010) examine ce syndrome au moyen de l'enquête AUDS (*Syndrome dépressif instable aigu*) dans un grand échantillon de malades psychiatriques pris au hasard dans un service d'urgences psychiatriques, et découvre que ceux qui ont des résultats élevés à l'AUDS

---

<sup>1</sup>

Ixos: voir dans le chapitre 'Interprétation' : ixothyme, ixoïde, ixophrène

présentent une plus grande probabilité d'avoir une maladie épileptique ou des anomalies à l'EEG. Toutes ces enquêtes servent à nous faire reconnaître un ensemble psychopathologique spécifique (qui peut se confondre surtout avec la dépression majeure ou estompée, le trouble obsessionnel, les syndromes d'impulsivité, et la personnalité paranoïde). Notre recherche vise à définir en termes psychodynamiques ce trouble clinique ainsi décrit et baptisé par d'autres 'personnalité épileptoïde'. D'autres études neuropsychologiques cherchent les rapports entre l'activité EEG épileptique du cerveau et les psychopathologies plus graves ou psychotiques. On a mené aussi des recherches sur le rapport inverse, entre malades avec des psychoses cycloïdes présentant tous (Derito M. et al. 2005) des anomalies à l'EEG des régions cérébrales profondes (tronc et thalamus). La clinique psychopathologique des épileptiques dépend assurément de la génétique des épilepsies du lobe temporal-hippocampique et des épilepsies généralisées idiopathiques, mais aussi de la charge génétique familiale, qu'elle soit psychotique ou dépressive. De fait, on sait que la psychose interictale est plus fréquente quand il y a une hérédité familiale de maladies psychotiques (N. Adachi et al., 2002).

Malgré tout ce qui précède, il faut souligner que les malades épileptiques n'ont pas nécessairement tous un trouble psychopathologique. Le trouble éventuel peut être réactif à la présence d'une maladie chronique comme p.e. l'épilepsie, ou peut prendre la forme d'une dysfonction d'un ou de plusieurs instruments de l'intelligence. Mais, ce que nous étudierons ici ce sont les troubles de l'organisation psychopulsionnelle, le trouble de la personnalité qui a été rapporté comme caractéristique de certains épileptiques, à savoir ceux du lobe temporal-limbique, et des épilepsies généralisées idiopathiques, qui, soit sur base génétique ou par les régions cérébrales affectées, sont associées à des troubles psychopathologiques.

Les rapports entre génotype et phénotype, montrent que l'expression de l'épilepsie peut suivre des lois semblables à celles des maladies mentales endogènes (p. ex. la schizophrénie et la bipolarité). Actuellement la neurologie considère que la génétique est fondamentale dans la connaissance de l'épilepsie. La recherche moderne est capable de déterminer les gènes impliqués, mais, en même temps, de reconnaître qu'il n'y a pas un rapport déterminant entre génotype et phénotype. Il y a entre les deux des médiateurs plus ou moins connus, tels que d'autres gènes ou un autre matériel génétique impliqué, ainsi que le rôle de l'ambiance. La connaissance du processus intermédiaire entre génotype et phénotype est encore pauvre. Ainsi, la concordance des épilepsies entre jumeaux monozygotes n'est pas de 100%. Dans les études familiales l'expression phénotypique de l'épilepsie montre une pénétration variable. La pénétration générale de l'épilepsie entre génotype et phénotype étant autour de 60%, on sait que l'expression clinique pour les mêmes gènes peut différer, présentant chez certains membres d'une famille une crise partielle et chez d'autres une crise généralisée. Parfois une même charge génétique se manifeste uniquement avec des altérations

EEG et chez d'autres par des manifestations cliniques, mais pas nécessairement avec le même type d'épilepsie clinique. L'hérédité est la plus élevée pour les épilepsies idiopathiques, et, pour les épilepsies généralisées (comme l'absence typique), lorsque l'âge de début est bas (moins de 20 ans) et si la mère souffre d'épilepsie. Le rapport entre les aires du cerveau affectées par les crises et la manifestation clinique, étant assez concordante, n'est cependant pas isomorphe, probablement par d'autres interactions cérébrales. Ces aspects et facteurs d'hérédité et d'expression clinique relient les épilepsies avec les maladies mentales dites endogènes. Ainsi, les maladies mentales les plus fréquentes, comme la schizophrénie, le trouble bipolaire, et la dépression majeure, l'autisme et le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH ; Vieta et al 2018), montrent une intersection génétique entre schizophrénie et maladie bipolaire très importante, mais aussi entre schizophrénie et autisme ou entre autisme et épilepsie. L'épilepsie est associée aux troubles de l'humeur et à la schizophrénie, mais en moindre proportion qu'avec l'autisme. Les maladies mentales mentionnées plus haut, présentent une charge génétique tantôt commune, tantôt spécifique au trouble clinique défini. Cette connaissance nous permet aujourd'hui, par exemple, de prévoir que, lorsqu'un trouble bipolaire présente une charge polygénique de la schizophrénie, la conséquence en est qu'il est résistant au lithium comme stabilisateur.

Cet ensemble de données cliniques nous permet de reprendre la distinction szondienne entre membres familiaux conducteurs de la maladie et membres malades. L. Szondi a fait une contribution conceptuelle très importante en formulant que l'influence des gènes de l'épilepsie peut se manifester au-delà de la maladie même, comme p.ex. dans le caractère, ou dans le choix d'amour, d'amitié, de profession, de forme de mort.

Notre recherche essayera de définir la base psycho-dynamique du trouble épileptoïde, de ses formes complètes ou incomplètes, afin de pouvoir reconnaître ce fonctionnement dans d'autres troubles psychopathologiques, tels que les troubles de l'humeur, la schizophrénie, voire dans troubles du comportement alimentaire.

Après cette revue des recherches anciennes et actuelles sur la psychopathologie dite épileptoïde, prenons maintenant en considération les conceptions classiques du trouble de la personnalité épileptoïde tant à partir de la clinique que du test de Rorschach. Un neurologue de l'importance de Gastaut (Herrera Peco I. et al 2009) a démontré que la plupart des épileptiques institutionnalisés souffrant d'épilepsie temporale, présentaient des traits pathologiques intercritiques de la personnalité : les 2/3 avec de la viscosité et du ralentissement psychomoteur, de l'impulsivité paroxysmale ou de l'agressivité. Ces troubles psychopathologiques peuvent devenir plus ou moins psychotiques, mais ce style de personnalité est aussi reconnu par K. Conrad quand il décrit des traits de caractère visqueux (lent, lourd, rancunier, avaricieux, méticuleux, pointilleux...) et des traits de

caractère explosif (psychopathique, impulsif, labile, alcoolomane...). Dans la famille il constate une grande proportion de malades épileptiques dans les arbres généalogiques des épileptiques, ainsi qu'un bon nombre d'oligophrènes. Et un autre groupe des membres de ces familles souffrait de migraines, de vertiges...

F. Minkowska est la pionnière de l'abord plus catégoriel des précédentes observations cliniques, cherchant une structure sous-jacente. Elle décrit à partir de la clinique et du Rorschach la personnalité « glischroïde » présentant une double polarité visqueuse-explosive.

Mauz (in Vallejo 1944) parle de biotype ictafine qui correspond à l'obsessionalisation ( αναγκη ) caractérisée par la persévération, la viscosité et l'hypersocialité. Avec une lenteur dans le processus de pensée, dans l'association de pensées et d'affects, une densité affective euphorique ou dysphorique, des difficultés de la flexibilité ou du changement de perspective. Mauz considère qu'il y a d'autres sous-types de personnalité épileptique que ce type d'Obsessionnel. Il décrit ainsi le Défectueux (oligophrénie, instabilité et irritabilité). Les deux sous-types précédents montrent un style complémentaire par rapport aux deux suivants, qui sont l'Explosif (avec ses réactions de caractère mais aussi avec des paroxysmes corporels tel que les vertiges, les crises respiratoires ou cardiaques) et le sous-type Hystéro-réflexe (tremblements, vomissements, dysphagie, hyperesthésie de la peau, tics...et en surcroît troubles de l'humeur, et intersexuels). Ces quatre sous-types semblent des états d'équilibre possibles du trouble de personnalité épileptique dont la dynamique structurale serait celle décrite par F. Minkowska, les deux premiers sous-types sont plutôt visqueux et le deux suivants plutôt explosifs.

Les troubles cliniques de la personnalité épileptique gardent un rapport avec les découvertes du **test de Rorschach**. La personnalité ictafine de Mauz correspond à la personnalité ixothyme de Strömngren, décrite à partir du Rorschach (personnalité avec ou sans épilepsie, que l'auteur trouve dans 5-10% de la population générale). Strömngren parle de viscosité affective et intellectuelle, persévération, avec un fort sens du devoir et de l'altruisme. De plus il trouve beaucoup d'épileptiques dans leur famille. Guirdham, également au test de Rorschach, ajoute : un défaut d'abstraction, un lien de facteurs affectifs intenses avec confabulation et persévération, qui nous permettent de comprendre les erreurs de jugement d'une pensée confusionnelle.

H. Rorschach comme Stauder ont cherché à différencier un cadre de personnalité épileptique partiel d'un autre complet. Le cadre complet décrit par H. Rorschach consiste en : adhérence, prolongement du temps de réaction, confabulation, autoréférence, persévération... H. Rorschach parle dans le cadre partiel de traits épileptoïdes (d'impulsivité, analyse déficitaire de la réalité, stéréotypies anatomiques).

ND Sorokina et al. (2002), ont étudié des malades épileptiques au Rorschach et à l'MMPI, trouvant une haute proportion de traits de personnalité schizoïde chez des malades avec des crises partielles complexes fronto-temporales et des états de dépersonnalisation interictale. Dans un autre étude à l'MMPI de PJ Mondrego et al.(2002), on trouve un haut pourcentage de troubles de la personnalité: 57% schizoïde, 50% dépressif et 14% paranoïde, et épileptique idiopathique chronique. Ils estiment que ces troubles MMPI concordent avec les critères des troubles dépressif et paranoïde du DSM IV, mais que le MMPI est plus sensible à la schizoïde que le DSM IV.

Quintana Mendoza J. et al (2001) ont pu démontrer avec le test de Rorschach sur 30 épileptiques traités à la lamotrigine<sup>2</sup>, une amélioration de la persévération, de la confusion, des réponses vagues, mais une augmentation des phénomènes spéciaux. La lamotrigine réduit les crises épileptiques, la décharge ou l'expressivité, ainsi que les traits de viscosité. C'est M. Stassart (1999) qui observe au test de Rorschach chez 20 épileptiques la notion de viscosité de Minkowska. Les réponses montrent ce qu'elle appelle une régression sensorimotrice (lumière, sons, coups, mouvement de couleurs, densité, masse, texture... tous créant une atmosphère explosive d'un rythme orageux). Stassart (1994) nous dit, en développant sa thèse au test de Szondi qui lui permettra de mieux comprendre les résultats au Rorschach, que le sujet tombe dans une angoisse meurtrière qui le fait percevoir le monde en train de se disloquer, et qu'il s'engage, en effectuant une réparation dans le registre sensoriel avec le toucher pour compenser l'agressivité, vers un moi transcendant.

Nous arrêtons cette introduction de la personnalité épileptique, sans décrire d'autres importants travaux szondiens de Stassart (1994), J. Mélon, (1975) Szondi (1970, 1975) ou Andrade (1976), parce qu'ils auront leur place comme matériel de discussion de nos propres résultats de recherche.

Pour terminer cette introduction sur la personnalité épileptique ou épileptoïde soulignons encore qu'épilepsie n'est pas synonyme de maladie mentale. Comme dans toute autre maladie qui peut devenir chronique, le sujet peut souffrir d'un trouble adaptatif ou réactif à sa situation. L'épilepsie peut encore manifester des dysfonctionnements de type cognitif, plus ou moins profonds, généralisés ou focalisés, comme du niveau de conscience, de l'attention, de la mémoire, de la fluidité de la pensée, de la fonction exécutive, et du langage. Et, finalement, notre intention est de repenser à partir du test de Szondi, les caractéristiques psychopulsionnelles de la psychopathologie retrouvée chez certains épileptiques (épilepsies du lobe temporal et épilepsies généralisées idiopathiques) avec des troubles psychiatriques importants.

Le but de notre recherche est d'améliorer la compréhension psychopulsionnelle de la dite

---

<sup>2</sup> nom générique pharmacologique d'une molécule utilisée en médecine humaine pour deux indications : la prévention des crises épileptiques et la prévention des troubles de l'humeur.

personnalité épileptique, afin de pouvoir la reconnaître dans d'autres maladies mentales.

## **Matériel et méthode**

Nous avons étudié, au test de Szondi, un groupe de malades épileptiques hospitalisés à l'Hôpital Psychiatrique pendant des années, pour troubles psychiatriques et problèmes sociaux (parfois par manque de liens familiaux, d'autonomie ou de résidence assistée).

Ils composent un profil assez homogène et représentatif de malade épileptique hospitalisé depuis des années avec de graves troubles psychiatriques. Il s'agit d'un groupe de 26 personnes (12 hommes et 14 femmes) avec un âge moyen de 54 ans et un temps moyen de prise en charge à l'hôpital de 27 ans.

1 Tous ont un **diagnostic d'épilepsie** avec crises généralisées, primaires ou secondaires, étant donné qu'il est difficile à établir de façon précise la proportion des cas qui sont localisables dans lobe temporal ou qui sont centre-encéphaliques. Le début des crises se situe avant l'âge de 5 ans dans 50% de cas, et avant l'âge de 10 ans pour 76%. 80% des cas ont débuté avec plus d'une crise par mois. La durée moyenne du diagnostic d'épilepsie est de 40 ans, et 87% continuent à prendre des anticomitiaux (et de ces malades 75% prennent aussi des neuroleptiques).

2 Le **diagnostic psychiatrique**. 20 des 26 cas (75%) ont un diagnostic de trouble de la personnalité dans l'axe I ou II du DSM IV (1995). Parmi ces 20, nous trouvons par ordre de fréquence les types: paranoïde (9 cas), antisocial (4), schizoïde (3), passif-agressif (2), histrionique (1) et obsessif-compulsif (1). Dans neuf cas on retrouve également un diagnostic dans l'axe I : troubles affectifs (5), troubles du contrôle des impulsions (3) et psychose schizophrénique (1).

Les histoires cliniques peuvent encore offrir d'autres données telles que les traits de caractère ou comportementaux. Dans 76% des cas le caractère montre de la viscosité, rigidité, persévération, adhérence, parcimonie, méticulosité. Le comportement prévalent est l'impulsivité: comportement agressif démesuré dans 57% des cas ; conduites ou verbalisations suicidaires dans 28% des cas ; ivresse pathologique dans 15% des cas.

En ce qui concerne le niveau d'intelligence, 15 cas présentent un QI limite ou un léger retard mental.

Parmi les motifs d'hospitalisation psychiatrique on trouve des fugues, des dysthymies, des changements de caractère, des verbalisations suicidaires, de l'agressivité envers la famille, des crises épileptiques incontrôlables.

3 Nous avons pratiqué les 10 passations du **test de Szondi** avec les 26 malades. Nous étudierons les résultats en analysant surtout les profils principaux du premier plan, afin de comparer nos résultats avec ceux d'autres auteurs szondiens qui ont examiné de pareils malades avec le test de Szondi, et pour essayer de trouver, parmi les profils les plus fréquents, une organisation psychopulsionnelle cohérente avec les traits de caractère et de comportement présents dans notre échantillon, qui semble également représentative des troubles de la personnalité des épileptiques.

4-Les **méthodes statistiques** employées sont

- La fréquence des images vectorielles et des tendances factorielles pour définir les profils principaux. La fréquence comme analyse qualitative est d'une grande utilité pour comparer notre échantillon avec l'échantillon d'épileptiques de Stassart (1994) et d'Andrade (1976).
- La corrélation de Pearson entre les images vectorielles et factorielles des profils.
- Le cluster de k-moyennes pour établir des sous-groupes d'épileptiques.
- La comparaison bilatérale avec la U de Mann Whitney et de Kruskal-Wallis  $p < 0,05$  des images vectorielles, des tendances factorielles et des syndromes factoriels entre les sous-groupes (G1, G2, G3) et entre les sous-types 1C et 2C. Cette méthode servira aussi à comparer le groupe de cas épileptiques avec le groupe contrôle de sujets supposés normaux (40 cas d'âge et de sexe comparable au groupe d'épileptiques).

5 Ajoutons enfin que nous illustrerons l'interprétation szondienne de la psychopathologie épileptique avec des vignettes cliniques de **Vincent van Gogh**, considéré comme prototype du trouble épileptique de la personnalité.

## **Résultats**

### **1 Profils principaux du groupe d'épileptiques de Siso**

Table 1

<b>S</b>	<b>P</b>	<b>Sch</b>	<b>C</b>	
<b>(+ 0)!</b>	<b>(- 0)</b>	<b>(0 -)</b>	<b>(+ -)!!</b>	<b>N1 Explosivité</b>
<b>(+ +)!</b>	<b>(- -)(± -)(0 -)</b>	<b>(- -)(- 0)</b>	<b>(- +)(0 +)</b>	<b>N2 Viscosité</b>
<b>(+ -)</b>	<b>(- ±)(- +)</b>	<b>(+ -)(± -)(+ 0)</b>	<b>(- 0)(0 -)(± -)</b>	<b>N3 Irréalité</b>

Ces trois profils regroupent 70% de toutes les réactions vectorielles. Les profils sont composés de réactions vectorielles appartenant à N1, N2 ou N3 en fonction de leur fréquence. En plus, les images vectorielles appartenant au même profil présentent des corrélations positives entre elles, et négatives entre profils différents.

Voyons quelques-unes de ces **corrélations de Pearson** entre images vectorielles deux à deux et significatives :

**S(+ -) corrélation négative avec S(+ +) et C(0 +).**

**P(- +) corrélation positive avec Sch(+ 0).**

**P(± -) corrélation positive avec S(+ +), C(- +) et C(0 +).**

**P(± -) corrélation négative avec S(+ 0) et P(- +).**

## 2 Comparaison du groupe contrôle normal avec le groupe des épileptiques de Siso

Table 2 Différences au U de Man Whitney (p&lt;0,05)

<b>S</b>	<b>P</b>	<b>Sch</b>	<b>C</b>	
<b>(0 0)(+ 0)(+ -) (!!)</b>	<b>(- -)(- 0)(- +)(- ±)</b>	<b>(0 -)(+ -)(0 ±)</b>	<b>(0 -)(± 0)(± -)(+ -)</b>	<b>Groupe des épileptiques</b>
<b>(± +)(± ±)</b>	<b>(+ 0)(+ -)</b>	<b>(- +)</b>	<b>(0 +)(- +)</b>	<b>Groupe contrôle normal</b>

Le résultat montre que le profil différentiel du groupe épileptique nous renvoie aux profils d'allure plutôt psychotiforme, tandis que le groupe contrôle nous renvoie au profil d'allure névrotiforme. La psychiatrie classique qui parlait de psychose épileptique reconnaissait cette organisation sous-jacente.

### 3 Comparaison entre les profils szondiens principaux trouvés par divers auteurs

Les profils principaux trouvés par Stassart (1994) sont semblables à ceux de Siso, sauf pour l'image vectorielle C(- +). Stassart accorde une grande importance à cette réaction dans la conception psychopathologique du groupe d'épileptiques.

Table 3.1 Profils principaux du groupe de Stassart

<b>S</b>	<b>P</b>	<b>Sch</b>	<b>C</b>
<b>(+ +)!!</b>	<b>(- -)</b>	<b>(- +) (- 0)</b>	<b>(- +)!!</b>
<b>(+ 0) (+ ±)</b>	<b>(0 -) (± -) (+ -)</b>	<b>(- -)</b>	<b>(0 +)</b>
		<b>(0 -) (0 +)</b>	

Table 3.2 Profils principaux rapportés par Andrade et par Siso

<b>S</b>	<b>P</b>	<b>Sch</b>	<b>C</b>	
<b>(+ +)!!</b>	<b>(+ -) (0 -)</b>	<b>(- -) (- +)</b>	<b>(- +) (0 +) (+ +)</b>	<b>F1 Andrade</b> <b>N2 Siso</b>
<b>(+ ±) (+ 0)</b>	<b>(- -)</b>	<b>(0 -) (- 0)</b>	<b>(0 -) (+ -)</b>	<b>F2 Andrade</b> <b>N1 Siso</b>
<b>(+ -)</b>	<b>(- +) (± -)</b>	<b>(+ -) (± -)</b>	<b>(- -) (- 0)</b>	<b>F3 Andrade</b> <b>N3 Siso</b>

Les profils vectoriels les plus fréquents rapportés par Andrade (1975), montrent une grande correspondance avec ceux de Siso, mais dans un ordre différent. Comme nous pouvons voir, le profil F3 d'Andrade correspond au N3 de Siso, le F1 au N2, et le F2 enfin de Andrade au N1.

De même, le profil principal de Stassart correspond avec le N2 de Siso. Tout cela donne à penser qu'il pourrait y avoir au moins deux modes principaux d'équilibre des psychoses épileptiques, soit avec prédominance du profil N2 de Siso (comme le montrent les cas de Stassart et d'Andrade) ou bien avec prédominance du profil N1 de Siso (comme le montrent les cas de Siso).

Table 4 Les images vectorielles du centre szondien

	<b>P</b>	<b>Sch</b>
<b>Szondi</b>	(- -)	(- -)
	(0 -)	(0 -)
		(+ -)
<b>Andrade</b>	(0 -)	(- -)
<b>Stassart</b>	(- -)	(- 0)
	(- +)	(- +)
<b>Siso</b>	(- 0)	(- -)
	(- -)	(0 -)
	(- +)	(- 0)

Les images les plus fréquentes dans le centre szondien P-Sch des épileptiques de Siso présentent une grande concordance avec celles de Szondi, Andrade et Stassart en P, mais en Sch le profil de Stassart diffère un peu.

Le profil des épileptiques de M. Stassart est plus névrotique C (- +) Sch (- +) que celui de Siso, qui est plus psychotique C (+ -) Sch (- -, 0 -, + -). Ces résultats semblent cohérents avec les caractéristiques cliniques et évolutives de la maladie, ainsi que celles de l'âge et du lieu de résidence de chaque groupe d'épileptiques.

En constatant que la différence principale était attribuée par Stassart à l'image C (- +), nous avons construit deux sous-types d'épileptiques : ceux présentant au moins une image C (- +) et les autres avec l'image contraire C (+ -) ou autre, et ces deux sous-types seront comparés à partir de ces images vectorielles.

#### 4 Sous-types d'épileptiques du groupe Siso en fonction du contact

La comparaison se fait avec l'U de Mann Whitney  $p < 0,05$ , de 64 images vectorielles parmi le sous-type C (- +) > 0 (n=10) et le sous-type C (- +) = 0 (n=16).

Table 4.1 Profil différentiel du Groupe 1 C (+ -) n=16

<b>S</b>	<b>P</b>	<b>Sch</b>	<b>C</b>
(+ 0) (+ ±)		(+ -)	(+ -)

Table 4.2 Profil différentiel du Groupe 2 C (- +) n=10.

<b>S</b>	<b>P</b>	<b>Sch</b>	<b>C</b>
<b>(0 ±) (- +)</b>	<b>(± +) (+ -) (- -)</b>	<b>(± +) (- 0) (!)</b>	<b>(- +) (0 +)</b>

Dans les tables ci-dessus nous présentons les différences significatives (U de Mann Whitney  $p < 0,05$ ). Plus bas nous présentons les profils principaux de chaque sous-type.

Table 4.3 Profils principaux du Groupe 1 C (+ -) n=16

<b>S</b>	<b>P</b>	<b>Sch</b>	<b>C</b>
<b>(+ 0) (!!)</b>	<b>(- 0) (!)</b>	<b>(- -)</b>	<b>(+ -) (!!)</b>
<b>(+ -)(+ +)</b>	<b>(- +)</b>	<b>(0 -)</b>	<b>(0 -)</b>
<b>(+ ±)</b>	<b>(- -) (- ±)</b>	<b>(+ -) (- 0) (± -)</b>	<b>(- -) (+ +)</b>

Table 4.4 Profils principaux du Groupe 2 C (- +) n=10.

<b>S</b>	<b>P</b>	<b>Sch</b>	<b>C</b>
<b>(+ +) (!!)</b>	<b>(- -) (!)</b>	<b>(- -) (!)</b>	<b>(- +) (!!)</b>
<b>(+ 0) (+ -) (- +)</b>		<b>(- 0)</b>	<b>(0 +)</b>
			<b>(+ -)</b>

#### 4.5 Comparaison entre les profils principaux de Stassart et sous-type 2 C (- +) de Siso

Table 4.5 Profils du groupe général de Stassart

<b>S</b>	<b>P</b>	<b>Sch</b>	<b>C</b>
<b>(+ +)!!</b>	<b>(- -)</b>	<b>(- +) (- 0)</b>	<b>(- +)!!</b>
<b>(+ 0) (+ ±)</b>	<b>(0 -) (± -) (+ -)</b>	<b>(- -)</b>	<b>(0 +)</b>
		<b>(0 -) (0 +)</b>	

Table 4.6 Profils principaux du sous-type 2 C (- +) de Siso

S	P	Sch	C
(+ +) (!!)	(- -) (!)	(- -) (!)	(- +) (!!)
(+ 0) (+ -) (- +)		(- 0)	(0 +)
			(+ -)

Le sous-type 2 C (- +) des épileptiques de Siso montre un profil très semblable au profil général principal de Stassart, dans tous les vecteurs, mais un peu moins dans le Moi. En Sch, malgré la coïncidence dans les images Sch (- 0, - -), il y a une différence, par la présence de Sch (- +) dans le groupe de Stassart, image absente dans le sous-type 2 C (- +) de Siso.

La construction de ces deux sous-types à l'intérieur du groupe Siso, semble confirmer l'importance accordée par Stassart à C (- +) comme organisateur du profil épileptique, vu l'apparition de ces profils, dès que nous construisons deux sous-types d'épileptiques à l'intérieur de notre échantillon à partir de la présence ou absence de C (- +).

## 5 Les 16 tendances pulsionnelles chez les épileptiques psychotiques

### 5.1 Tendances pulsionnelles par ordre de fréquence

D'abord nous présentons l'occurrence des 16 tendances pulsionnelles *par ordre de fréquence*, dans notre échantillon de 26 épileptiques :

h+, p-, e-, m-, k-, hy-, s+, p+, s-, k+, hy+, d-, m+, d+, e+, h-

### 5.2 Les syndromes factoriels

À partir des analyses de corrélation entre les tendances pulsionnelles, nous constatons qu'on peut construire 4 syndromes factoriels identiques en regroupant les 16 tendances pulsionnelles par quatre dans l'ordre des fréquences.

Sf1=h+,p-,e-,m-. L'autre est la cause de la blessure narcissique du sujet.

Sf2=hy-,s+,p+,k-. Le sujet a honte de son désir sadique, et il le cache.

Sf3=s-,k+,hy+,d-. Le sujet a besoin de dramatiser sa souffrance.

Sf4=h-,e+,d+,m+. Le sujet essaie de réparer les dommages causés.

Par la suite nous présentons les syndromes épileptiques établis par L. Szondi et repris par Stassart :

Suicide = e-, k-, m-

Criminel = e-, p-, m-

Sadique = s+, e-, k-

Viscosité = s+, e-, d-

On peut voir le rapport entre notre syndrome Sf1 du *conflit relationnel avec blessure narcissique* et les syndromes tant du *suicide* que du *criminel*. On constate également un rapprochement entre Sf2 et le syndrome sadique.

### 5.2.1 Autres syndromes factoriels

On peut construire d'autres syndromes factoriels, à partir des 3 principaux profils vectoriels que nous avons appelés plus haut N1, N2 et N3. Relevons les tendances pulsionnelles de chaque profil vectoriel que nous appellerons Nf1, Nf2 et Nf3.

Nf1=h+,e-,p-,d+,m- : Affectation de l'amour propre avec rumination d'un sentiment d'abandon et d'humiliation qui déchaîne une décharge violente.

Nf2=h+,s+,hy-,k-,d-,m+ : Le sujet masque son besoin d'union possessive qui cherche la fusion entre soi et l'autre. Difficulté de mettre en place une séparation suffisante et une différenciation entre les représentations parce qu'ils ont tendance à s'agglutiner.

Nf3=h+,s-,e-,hy+,k+,d-,m- : Barrière de contact avec isolement et passivité attendant de devenir complète avec une colère retournée contre soi-même à la manière d'une dépression pleine de rage exprimant de la souffrance et menant parfois à des comportements autolytiques.

## 6 Différences entre les sous-types 1C et 2C à partir des syndromes factoriels: comparaisons et régression logistique

Table 6.1 Comparaison des syndromes factoriels entre les sous-types 1C et 2C

	Nf1	Nf2	Nf3	Sf1	Sf2	Sf3	Sf4
1C(- +)=0	^	ns	^	^	-	ns	-
2C(- +)>0	-	ns	-	-	^	ns	^

a Kruskal Wallis Test p<0,01

Le *sous-type 1C* considère l'autre comme cause de sa blessure narcissique. De plus il montre une blessure de l'amour-propre avec rumination d'un sentiment d'abandon et d'humiliation qui engendre une décharge violente. Il présente également une barrière du contact avec isolement et passivité d'un sujet qui attend la complétude avec une colère qui se retourne contre lui-même comme une dépression remplie de rage exprimant de la souffrance et menant parfois à des comportements autolytiques.

Le *sous-type 2C* présente une évolution moins grave. Le sujet ressent de la honte pour son désir sadique. Il montre une plus grande capacité de sacrifice et de réparation des dommages.

## 6.2. Régression logistique entre les sous-types 1C / 2C à partir des syndromes factoriels

Table 6.2 Variables dans l'équation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Pas1 (a)	Criminel(e-p-m-)	-0,290	0,113	6,530	1,0	0,011	0,748
	Constant	3,693	1,628	5,148	1,0	0,023	40,173

a Variable(s) entrée au pas 1: criminel.

Le syndrome criminel (e-p-m-) suffit, parmi tous les syndromes proposés, pour établir l'équation qui différencie les deux sous-types (1C/2C), avec une probabilité de 80% (voir la table 6.3 suivante)

Table 6.3

### Classification Table(a)

			EPIc15		Pourcentage exact
			GROUPE 1 c15=0	GROUPE 2 C15>0	
Step 1	EPIc15	GROUPE 1 c15=0	14	2	87,5
		GROUPE 2 C15>0	3	7	70,0
		Pourcentage moyen			80,8

## 7 Comparaison de 3 sous-groupes d'épileptiques obtenus à partir du cluster de k-moyennes appliqué au groupe d'étude

Table 7.1 Comparaisons vectorielles parmi les trois sous-groupes

S	P	Sch	C	Trois sous-groupes cluster k-moyen
^(+ -) - (++)	^(- +) - (- -)(± -)	^(+ -)	#(- +) - (+ -)	Groupe1 (n=16)
^(!) #(+ +)(+ -)	#(± -)		^(+ -) - (- +)	Groupe 2 (n=4)
^(0 ±)(- ±) #(+ +) - (+ 0)(+ -)	^(± -)	^(- 0)	^(0 +)(- +)(!)#(+ -) - (0 -)	Groupe 3 (n=6)

^valeur élevée #valeur moyenne -valeur basse. Kruskal-Wallis al  $p < 0,05$  bilateral

Dans les sous-groupes G1 et G3 prédominent les femmes comparé à G2 chez les hommes.

Ici sont montrés les résultats de la comparaison entre les 3 sous-groupes construits avec le cluster de k-moyennes et toutes les variables que sont les 64 images vectorielles.

On peut constater un rapprochement entre le sous-groupe G1 et le sous-type 1C, et entre G3 et 2C. De fait il y a une association significative entre eux.

Nous pouvons conceptualiser brièvement chaque sous-groupe afin de prendre une position dans la psychothérapie des malades ixophrènes.

G1: Le sujet a besoin du maintien de l'union duelle, mais cette agglutination déchaîne une colère ou une vengeance paranoïde.

G3: Le sujet cherche l'union duelle avec des comportements sadomasochistes et une angoisse avec répression et adaptation à la réalité.

G2: Recherche incessante et angoissante de possession de ou par l'objet.

### Interprétation

L'emploi du terme 'ixophrénie' pourrait servir pour nommer le concept classique de trouble

épileptique de la personnalité, mais conçu dorénavant comme un trouble, plus ou moins complet ou grave, qui peut se retrouver dans d'autres pathologies non épileptiques. *Ixos* signifie en grec ancien *gui, collant*, et se rapproche de glischroïde, soulignant le caractère visqueux, collant, agglutinant, mais que nous proposons pour définir l'ensemble des troubles psychopathologiques associés aux états épileptiques ictal et interictal. Pour nuancer le mieux possible ce concept, on pourrait parler d'ixothymie, d'ixoïdie et d'ixophrénie pour rapprocher ces troubles psychopathologiques d'autres maladies endogènes telles que la schizophrénie ou la bipolarité. Et nous serions ainsi intéressés par l'identification des syndromes qui composent l'ixophrénie dans d'autres troubles psychiques.

### 1 Interprétation des profils vectoriels et factoriels les plus fréquents

**Le profil N1 S(+ 0) P(- 0) Sch(0 -) C(+ -)!**, **profil de l'explosivité**, le plus fréquent dans notre échantillon, montre un sujet avec une avidité de trouver un objet sans manque, sans faille, complet, un objet total non châtré, fusion homme-femme. Il en attend d'être reconnu de façon spéculaire comme être hermaphrodite, dont les autres doivent satisfaire les demandes justifiées, et le narcissisme ; quand la réalité ne répond pas à ce niveau, le sujet réagit avec violence accusant l'autre de chercher à l'humilier, de telle sorte que le sujet décharge sa colère de manière explosive, dans une réaction paroxysmale et destructrice qui vise l'autre de préférence. Dans ce profil vectoriel on peut reconnaître le syndrome criminel (e-p-m-).

Si nous reprenons le cas de **Vincent van Gogh**, nous reconnaissons cette clinique dans l'épisode de la nuit où Gauguin lui annonce son départ d'Arles. Vincent ressent de la part de Gauguin une ingratitude qu'il va lui reprocher couteau à la main, un épisode que se terminera par une décharge de colère accumulée, Vincent se coupant l'oreille. *L'accélération paroxysmale va agglutiner* les sentiments d'abandon, d'injustice, d'humiliation que Vincent attribue à Gauguin comme destructeur de *l'atelier du sud* rêvé (on peut penser aussi à l'union duelle père-fils, Gauguin-van Gogh, même peut-être d'allure homosexuelle sublimée). L'atelier du sud était l'illusion d'un tout fait d'amitié, d'harmonie, de travail créatif, comme un lieu de promotion pour tous deux et pour leurs amis peintres. La crise finit par un équivalent de la castration, Vincent se coupant l'oreille et la donnant à garder à Rachel, la prostituée qu'il ne pouvait pas payer ; Rachel était plutôt une amie, avec laquelle il avait blagué auparavant lui demandant si elle accepterait une de ses oreilles pour partager son lit (V. van Gogh, Les lettres).

Je parle d'équivalent de la castration (solution symbolique à un conflit imaginaire), parce que cet acte est plutôt chargé de frustration. La violence concrète des actes signe une solution réelle à un

conflit imaginaire, tel que la désillusion de ne pas pouvoir créer cet espace imaginaire, l'atelier du sud avec ce qu'il comportait. L'oreille est d'une part le mot qui montre un lien symbolique, avec la surdité de son ami a sa demande, ou l'impuissance (et blague) pour atteindre Rachel comme objet sexuel. Et d'autre part se trouve aussi, dans l'acte littéral de couper, un lien réel entre l'impossibilité de garder son ami et l'atelier du sud, et son don à Rachel.

**Nf1 = h+, e-, p-, d+, m-.** *Violence ca nesque.* Le sujet cherche à être aimé par un objet qui ne le frustre pas. Son intolérance à la frustration le pousse à se sentir injustement abandonné et humilié par un autre, ce qui le met en colère et déchaîne une décharge violente. La personnalité interictale ou inter-paroxysmale peut se manifester avec irritabilité, mise en accusation de l'autre et distanciation dans le contact.

**Le profil N2 S(+ +) ! P(- -) (  -) (0 -) Sch(- -) (- 0) C(- +) (0 +)** que nous appelons **profil de la viscosité.** On peut y voir l'attachement, la rétention de l'objet investi, le désir de possession, le sujet, honteux et sensitif, cachant son désir de domination, parfois accompagné de rituels et d'obsessions, toujours au bord de l'angoisse. Mais son moi est capable de se maintenir dans la réalité, dans l'adaptation à l'entourage, de contrôler lui-même ses passions, bien qu'elles s'accompagnent d'une tendance à la rumination, à la parcimonie obsessionnelle, à l'angoisse et à la crise de panique ou de somatisation.

Les périodes d'équilibre de Vincent van Gogh sont caractérisées par un tempérament difficile, irritable, aimant discuter sur tout, inflexible, hyperactif, ruminant, querelleur, avec trop de vérités dans la bouche, suscitant de l'hostilité chez ses confrères peintres à Paris.

Bien qu'il soit très productif dans son métier de peintre, il a une grande difficulté dans d'autres domaines, p.ex. en amour : quand il tombe amoureux il se fait trop insistant, extravagant, méprisant la réalité de la femme, de sa famille, imposant son désir de possession, de rétention de l'objet. Son humeur est alors dépressive et anxieuse.

La crise que van Gogh traverse dans son expérience dans les mines du Borinage semble un état qui combine le passage de N2 avec l'angoisse impuissante de faire le bien en maîtrisant le sauvetage des travailleurs misérables de la mine par sa parole, très proche du délire extatique de N3.

**Nf2 = h+, s+, hy-, k-, d-, m+.** **Tourbillon de pensées.** Le sujet masque et nie son besoin d'union possessive de l'autre. Difficulté de mettre en place une suffisante séparation et différenciation entre les représentations, parce qu'elles ont tendance à s'agglutiner. La difficulté de penser mène à des  tats d'angoisse de type sensitif, parano ide et surtout dépressif. Mais le caractère intercritique en est

un d'adaptation, parfois même avec viscosité hypersociale (canalisation de son besoin d'adhérence, rétention d'attachement).

**Le profil N3 S(+ -) P(- ±) (- +) Sch(+ -) (± -) (+ 0) C(- 0) (0 -) (± -)** que nous nommons **d'irréalité**, dont le vecteur C montre le besoin de construire une barrière de contact, soit à partir du sentiment d'abandon, soit par crainte du nouvel objet, ou par refus rigide de tout changement. Cela place le sujet en position passive par rapport aux relations objectales et au besoin d'amour. Le sujet fige sa position en attendant que l'objet d'amour s'accommode à lui. Cette difficulté avec la réalité pratique met en jeu dans le centre szondien un sentiment d'angoisse, d'humiliation et de vengeance P(- +, - ±), de rage et de violence que désorganise le moi Sch (+ 0, + -, ± -) jusqu'à éviter la réalité, soit à travers des états de fugue, soit en modifiant la perception de la réalité avec des croyances délirantes tant mélancoliques que persécutrices ou hallucinatoires.

Ce profil nous montre la difficulté de s'adapter à la réalité concrète, espérant que ce soit la réalité qui s'adaptera à lui, à ses désirs, en particulier à son besoin d'être aimé sans limites. Cela comporte une violence paroxysmale qui va s'entremêler et favoriser une dissociation tant dans le contact que dans le moi, avec une clinique psychotique de nature particulière, où les vécus dépressifs alternent avec des croyances paranoïdes.

Ce profil peut représenter aussi bien un caractère inter-paroxysmal (caractère sensitif-paranoïde et quérulent, plus ou moins équilibré), que des états paroxysmaux aigus (périodes d'agitation délirante-hallucinatoires ou des états à prédominance inhibitoire et mélancoliformes, la polarité (p+)/(k+) extatique-mélancolique étant la position délirante du moi face au conflit de violence caïnite).

Si nous reprenons le cas de **Vincent van Gogh**, nous trouvons cette clinique aiguë, avec des états délirants-hallucinatoires suivie par des états dépressifs, des visions terrifiantes et des états d'inhibition, pendant son séjour à l'hôpital psychiatrique de Saint-Rémy en Provence (V. van Gogh, Les lettres).

**Nf3 = h+, s-, e-, hy+, k+, d-, m-. Mélancolie agitée.** Introjection mélancolique d'un moi qui a perdu le contact avec le monde, renfermé et rempli de colère face à l'impossibilité de retrouver une totalité sans manque. Ce syndrome soulève l'autodestruction qui est présente dans le profil épileptique d'irréalité. Le vécu délirant a une tendance générale terrifiante, malgré les moments de béatitude extatique.

Le profil d'irréalité est un degré élevé de l'expression psychopathologique de l'ixophrène quand le paroxysme apparaît comme tendance dissociative du moi avec une position de barrière de contact

compatible avec un état psychotique paroxysmal.

## 2 Interprétation des syndromes factoriels

Les **syndromes factoriels** suivants sont obtenus à partir de l'ordre de fréquence des seize tendances pulsionnelles (et la corrélation à l'intérieur d'un même syndrome factoriel). Ces syndromes, logiquement, nous apportent des perspectives parfois redondantes (Sf1, Sf2) parfois complémentaires (Sf3, Sf4) par rapport aux précédentes plus haut. Nous faisons l'exercice de synthétiser en une formule chaque syndrome qui nous semble utile dans la pratique de la psychothérapie.

Sf1 = h+, p-, e-, m-. L'autre est la cause de la blessure narcissique du sujet. La perte d'amour primaire produit une réaction de colère paranoïde.

Sf2 = hy-, s+, p+, k-. Le sujet a honte de son désir sadique et omnipotent de possession, il le cache.

Sf3 = s-, k+, hy+, d-. Le sujet a besoin de dramatiser sa souffrance dépressive et mélancolique par crainte du nouveau, du changement. Il craint le châtement.

Sf4 = h-, e+, d+, m+. Le sujet essaie de réparer les dégâts causés.

## 3 Deux sous-types d'épileptiques

Les classes pulsionnelles Pe- Sh+ sont les plus fréquentes en 1C, et Phy-, Cm+, Schk- Ss dans le sous-type 2C. Le syndrome criminel (e-p-m-) est capable à lui seul de différencier le sous-type 1C du 2C (Tables 6.2, 6.3).

Cet ensemble de résultats nous permet de renfoncer l'idée qu'il y aurait deux styles évolutifs de troubles de personnalité épileptique, plus violent ou plus dramatique, et qui semblent correspondre respectivement aux échantillons de Siso et de Stassart (voir résultats Tables 4.5 et 4.6).

La construction de sous-types est motivée d'abord par l'observation de la différence entre les profils principaux de notre échantillon et celui de Stassart, dans le vecteur C. L'opposition dans le contact nous suggère la construction de deux sous-types évolutifs possibles.

L'étude des différences pulsionnelles entre ces deux sous-types, calculés à partir des profils principaux et des différences vectorielles, suggèrent que cette classification en deux sous-types d'épileptiques semble intéressante parce qu'ils montrent des différences de style entre eux, en

fonction de la prédominance de l'une ou de l'autre organisation pulsionnelle. Cela veut dire que dans le sous-type 1C dominant les profils « explosivité » et « irréel », tandis que dans le sous-type 2C domine le profil « viscosité ». Le sous-type 1C est le plus représentatif de notre échantillon de malades résidents chroniques à l'hôpital psychiatrique.

Le sous-type 2C, la viscosité, l'équilibre glischroïde inter-crisés et dans les crises les états hystéro-réflexe et dépressif-anxieux est le profil le plus représentatif de l'échantillon de Stassart. Les malades épileptiques de Stassart présentent une vie sociale plus adaptée, ce qui est cohérent avec une moindre sévérité dans la psychopathologie traitée en ambulatoire.

## **Discussion**

Nos résultats nous permettent d'améliorer l'écoute des syndromes ixophrènes ou des équivalents épileptiques, qui pourraient se présenter sans crise épileptique ou dans d'autres pathologies qui participent des syndromes ixoïdes.

On pourrait parler d'ixothymie, ixoïdie ou ixophrénie en fonction du degré d'expression du cadre clinique. Le cadre plus complet et sévère sera l'ixophrène, et s'il est incomplet ou moins grave on peut parler d'ixoïde. Le syndrome ixophrène correspond à l'expression complète d'une psychopathologie que nous reconnaissons dans notre échantillon d'épileptiques pris en charge à l'hôpital psychiatrique, et qui est composé des syndromes explosif, visqueux et irréel, et qu'on peut reconnaître, p.ex. dans la biographie de V. van Gogh.

Nous avons décrit les trois profils de l'ixophrène. Ces profils peuvent se reconnaître dans la clinique sous une forme paroxysmal aigüe (explosif, thymique, délirante) ou sous forme de caractère inter-paroxysmal (irritable, visqueux, querelleur). Ainsi les formes cliniques, paroxysmales et inter-paroxysmales, à observer seront :

1 Crise de violence, stupeur plus ou moins agitée, fureur caïnesque presque aveugle devant le sentiment d'humiliation. Sous forme inter-paroxysmale cela peut se manifester comme un caractère sensitif, paranoïde et irritable qui de temps en temps tend à exploser ou à faire du mal.

2 Réactions intenses où l'attachement et la clinique de l'abandon est au point de départ d'un vertige angoissé et dépressif auto-hétéro-agressif, ou avec de crise d'angoisse hystéro-réflexe avec somatisation en céphalées, vertiges, chutes vagales, vomissements... La forme inter-paroxysmale sera le caractère irritable, labile, instable, fuguer, mais parfois plus stable où on peut reconnaître la description classique du caractère visqueux, répétitif, hypersocial, insistant, parcimonieux... de

certains épileptiques.

3 Une autre expression paroxysmale montre l'accélération furieuse des vécus délirants plus extatiques ou plus terrifiants. La forme inter-paroxysmale est alors compatible avec un caractère méfiant, distant, sensitif, et quérulent.

Un malade concret avec ixophrénie complète peut participer des trois profils cliniques ici décrits tout au long du cours de la maladie ; d'autres peuvent exprimer des combinaisons de profils, ou un seul que, s'il est plus bénigne, nous nommerions ixoïde ou ixothyme.

L'**accélération** poussée par le sentiment de colère, de rage, favorise l'**agglutination** des pensées où l'ingratitude, l'injustice, l'abandon déformés par la projection et l'introjection produisent des jugements et des actes plus ou moins confusionnels, des passages à l'acte où la violence ou l'agitation se déchargent vers l'autre et vers soi-même.

L'**agglutination inter-paroxysmale** lorsqu'elle se présente sous la forme de lenteur, pesanteur, parcimonie... empêche l'accélération paroxysmale qui s'accompagne d'angoisse et de rage, avec somatisation hystéro-réflexe ou des comportements explosifs et agressifs.

Le fond endogène épileptoïde qu'on peut appeler glischroïde implique l'agglutination consécutive des représentations entre elles et avec les affects, et une difficulté pour le travail symbolique (avec agrandissement de l'imaginaire) qui doit différencier et articuler les différents niveaux des représentations et des affects (sentiments sensoriels, passions, sentiments spirituels).

Dans le trouble ixophrène la dynamique du vecteur P la plus caractéristique met en route le **paroxysme**, qui déploie son influence tant en C (profil N2) qu'en Sch (profil N3). Suite au ressentir que l'autre est la cause d'une blessure narcissique humiliante, le sujet dispose de deux façons de traiter sa propre agressivité. Ainsi, lorsqu'il se penche vers C, le sujet essaie de cacher son désir sadique de possession en même temps qu'il veut dramatiser et proclamer sa souffrance dépressive. D'autre part, en Sch, le sujet projette dans l'autre la cause de sa frustration déchargeant sa colère contre l'autre comme contre soi-même. Mais, il est aussi capable de réparer les dégâts.

Nous marquons ces concepts parce que la connaissance de leur dynamique nous servira dans la psychothérapie des malades présentant ces syndromes.

### **Conséquences pour le traitement psychothérapique**

Lorsque la tendance au passage à l'acte du malade est grande, en raison d'une basse mentalisation,

il est nécessaire de travailler un aménagement de l'entourage favorisant les rythmes quotidiens réorganiseurs du circuit de contact, qui d'un côté améliore l'humeur et d'autre part permet au sujet de choisir des changements dans ses relations d'amitié ou de vocation, changements de positions qui l'aident à stabiliser le moi en préparant le terrain pour que le malade puisse accéder à la parole, et alors séparer et différencier les affects et les pensées, décélérer et désagglutiner pour sortir d'un imaginaire dominant et améliorer la fonction symbolique.

Le malade adolescent doit progressivement pouvoir prendre la parole pour réarticuler ses vécus et ses actes, qui par moments sont présentés en psychothérapie par ses parents, fonctionnant comme porteurs de ce champ quotidien « d'acting out » et « d'acting in », ainsi que par de courtes verbalisations spontanées du malade. La fonction thérapeutique à ce moment consiste à rassurer ce champ, donnant sens et guidance au travail familial et rendre au malade le sens de ses difficultés et l'aide pour les surmonter.

Dans certains cas l'hôpital de jour ou l'hospitalisation psychiatrique seront nécessaires quand les espaces quotidiens n'arrivent pas à accomplir leur fonction de Gestaltung par rapport à la tendance confusionnelle dominante.

D'autres malades sont capables, dès le début de la thérapie, d'accéder à la parole et d'être conscients des processus psychiques en jeu qui favorisent l'accélération des pensées, le sentiment d'humiliation, la tendance au passage à l'acte... de façon que la reconfiguration du quotidien n'a pas besoin d'une aide externe de la même ampleur que dans la situation précédente. De toutes façons dans la psychopathologie de l'ixophrène il est nécessaire de prêter attention aux soins qui correspondent aux vecteurs C et S, au contact et aux relations d'objet, en plus du vecteur P et des phénomènes d'accélération, d'agglutination des pensées, de l'angoisse explosive plus ou moins violente. La crise aiguë, soit d'angoisse-dépressive, soit de nature prédélirante, soit de colère violente, tend par son accélération à rigidifier et scotomiser la conscience et en particulier la conscience réflexive, de telle sorte que quand le moi est trop fragile les passages à l'acte par débordement affectif se mettent en marche. Dans ces états pas encore trop développés, si le malade a déjà travaillé en psychothérapie son mouvement de vertige psychique, il faut intervenir en faisant une interprétation qui puisse lui rappeler le sens obtenu dans ses sessions précédentes, et ainsi tamponner l'hémorragie affective dont la perte de sens vise une destruction (de la pensée et de l'objet, soit de l'autre ou de soi-même). L'organisation de la pensée n'est pas fragmentée, mais agglutinée, son effet est de confusion, de rétrécissement de la conscience et de décharge affective plutôt violente. Après la tempête affective le sujet rétablit ces fonctions sans se rendre compte de la destruction du système symbolique ou des représentations.

Le moi devrait organiser sa pensée sans le tourbillon d'idées qui l'entraînent vers la confusion,

parce que l'affect violent et dominant accélère la pensée et crée un état d'idées survalorisées à double polarité, d'humiliation envers soi et de rage envers l'autre, qui peuvent devenir des pensées délirantes où la confusion soi-autre donne à la violence délirante et hallucinatoire un allure mélancolique, car, bien que la projection y ajoute des vécus persécutifs, le sentiment de culpabilité ou de condamnation sont présents sauf lorsqu'il produit un vécu extatique.

Il faut prévenir par la détection précoce des signaux d'alarme, la dérive vers la pensée irréaliste et les états psychotiques.

L. Szondi (1975) nous montre en analysant **le mythe de Caïn** la séquence *humiliation, possession, expiation*. Les syndromes factoriels trouvés par nous reproduisent ces concepts inclus par L. Szondi dans le mythe de Caïn :

Sf1=h+,p-,e-,m-. L'autre est la cause de la blessure narcissique du sujet. La perte d'amour primaire produit une réaction de colère paranoïde.

Sf2=hy-,s+,p+,k-. Le sujet a honte de son désir sadique et omnipotent de possession, il le cache.

Sf3=s-,k+,hy+,d-. Le sujet a besoin de dramatiser sa souffrance dépressive et mélancolique par crainte du nouveau, du changement. La crainte du châtement.

Sf4=h-,e+,d+,m+. Le sujet essaye de réparer les dégâts causés.

Le circuit P de la Loi est parcouru par le malade ixophrène en difficulté. Il est malgré tout capable d'accéder au travail éthique de réparation Pe+, et ce travail (Sh-) doit accroître, pour compenser la tendance contraire et prédominante, Pe- avec accès de colère devant le sentiment de perte d'amour primaire ou du narcissisme primaire (Sh+). Le travail d'aide et de soin des autres appartient à la classe Sh-.

Les facteurs médiateurs du circuit P sont hy+ et hy-, où la Loi doit s'appréhender comme un pacte avec les autres, le bien et le mal étant en rapport avec les compromis dans le collectif humain. Le travail de responsabilité — répondre de ses propres actes — implique un travail de parole et de renonciation à l'immédiateté, une acceptation du manque. Il est pour l'ixophrène parfois plus facile d'inverser la position Pe- en sublimant sa conduite en Sh- avec un sacrifice pour les autres, que d'entrer dans les difficultés de l'ambivalence, dans la gestion du manque avec la pondération de la parole.

Phy+ Le rapport avec la loi morale, les pactes où le compromis est difficile. Ainsi, l'autre de la relation en position d'union duelle, sert au sujet comme quelqu'un à qui montrer son malheur, la souffrance injuste... les autres lui faisant obstacle il doit plaider, s'effondrer, subir, protester de

manière visqueuse et répétitive.

Phy- Le sujet s'impose de contenir et de cacher ses sentiments de domination et de supériorité qui, étant niés, sont ressentis comme un mépris de la part des autres. La honte pour le fait que les autres puissent découvrir son intimité qu'il juge sans valeur.

S'il n'y a pas une claire acceptation et reconnaissance « a priori », le malade entre dans une relation duelle d'affrontement, incapable de créer une cuirasse où son intériorité est protégée par une distance qui en même temps lui permettrait de développer la tâche implicite à la relation (p.ex. dans un travail, une fête...). La difficulté de jouer avec les règles implicites dans cette relation, augmente le sentiment d'être jugé et de juger l'autre, créant une tension qui peut le pousser au passage à l'acte, et parfois à la somatisation. Le sujet montre une souffrance devant l'impossibilité de jouer avec ce tiers, les normes d'éducation et de distance affective adéquate. Le malade subit la menace d'un châtement, équivalente à une situation nouvelle d'échec de soi et à un châtement qui consiste en mépris. Tout prend une dimension imaginaire où le sujet est incapable de différencier les diverses positions symboliques qui lui permettraient de se retenir et de penser chaque pas comme différencié. Lorsque le sujet se trouve devant la difficulté d'une tâche, il vire vite vers le sentiment d'échec et de mépris de soi, sans prendre le temps de penser la difficulté, ou même de se laisser aider. La loi de la parole qui pondère comme troisième position pour sortir de l'agglutination imaginaire, n'est pas bien articulée. La confrontation à la castration, aux limites de soi, le poussent à régresser vers la position 1 Pe-, et la violence coléreuse est présente de manière quasi réflexe.

Les **syndromes factoriels** nous montrent la dynamique du **mythe de Caïn** : D'abord la situation d'oblation fait que le regard de Caïn cache ce que Dieu voit, son désir sadique de domination, l'envie, son *besoin omnipotent de possession*, que signifie le nom de Caïn (Sf2).

Le jugement de Dieu, sa décision en faveur d'Abel, ce retrait d'amour primaire qui donne à Caïn le sentiment d'être inférieur, mauvais, blessé, *humilié* et en colère par l'injustice de Dieu, le pousse au crime (Sf1).

Après l'accomplissement du crime et le châtement, Caïn dramatise la souffrance insupportable de ce châtement parce qu'il se croit rejeté dans le monde, expulsé au dehors de la terre familiale ce implique que d'autres vont le tuer. L'espace non familial, l'espace nouveau et inconnu est très dangereux (la castration est vécue comme menace de mort) surtout parce que la culpabilité le persécute. C'est le temps de *l'expiation* (Sf3).

Après, Caïn sera capable de travailler et de fonder une généalogie et des villes, capable de se réconcilier avec le monde, malgré qu'il soit marqué du signe de son pêché et de l'hérédité du châtement. Il semble pouvoir *réparer* les dégâts causés (Sf4).

En reprenant ces quatre syndromes factoriels, il est possible reconstruire une lecture des syndromes

à partir du circuit Paroxysmal dans le sens Pe- (Sf1) > Phy+ (Sf3) > Phy- (Sf2) > Pe+ (Sf4).

Cette déconstruction szondienne de l'ixophrénie ou de la personnalité épileptoïde, est aussi d'intérêt pour la **psychopharmacologie** tenant compte de l'utilité des anticomitiaux : la lamotrigine p.ex. a son efficacité en cas d'explosivité et de dépressions bipolaires type II (hypomanie) où d'habitude on peut l'associer, ainsi que les antipsychotiques lorsque l'angoisse alarme et annonce l'accélération paroxysmale avec perte de contrôle qui peut devenir crise de panique, passage à l'acte violent, ou état délirant de persécution.

La dépression anxieuse et collante, avec plainte plus ou moins revendicative, peut s'associer à la personnalité interparoxysmale de l'ixophrène, ainsi qu'à un attachement insistent, parcimonieux, lent et lourd, rigide...d'un style obsessionnel et agglutinant. Dans ces cas de dépression anxieuse et collante on peut penser à ajouter les anticomitiaux aux antidépresseurs.

Une conclusion principale de notre travail de recherche est qu'il faudrait en psychothérapie considérer l'importance des syndromes ixophrènes, selon les idées de Szondi sur les équivalents épileptiques. L. Szondi (1975) dans son livre sur Caïn montre plusieurs exemples cliniques du syndrome sz Caïn. Sur des pathologies du type monomanie, telles que la pyromanie, dromomanie, dipsomanie, cleptomanie... Et aussi dans le champ de la délinquance et de la criminalité, les homicides voleurs et les assassins par plaisir, et le Caïn caché dans un sujet de personnalité socialement adaptée, comme le cas étudié du nazi Adolf Eichmann.

L'analyse szondienne nous a permis de déconstruire, à partir de l'étude des épileptiques, les syndromes factoriels ixophrènes. L'application par extension vers d'autres pathologies, peut nous servir dans le traitement de ce syndrome paroxysmal qui, parfois, constitue une dimension principale dans d'autres pathologies non épileptiques.

## **Conclusion**

L'ixophrénie est un processus glischroïde endogène, qui produit une agglutination des pensées et des affects, qui peuvent être soumis soit à une accélération paroxysmale, soit à un ralentissement antiparoxysmal ou interparoxysmal. En position d'accélération, le sujet tend à la confusion des pensées, parce que les jugements logiques sont soumis aux affects avec un rétrécissement du principe de réalité. Dans la position interictale un ralentissement visqueux produit un sujet rigide, insistant, adhérent, plus social ou plus méfiant.

Ce mécanisme primaire nous permet d'expliquer les troubles psychopathologiques paroxysmaux : l'explosivité colérique ictale, le vertige thymique avec angoisse hystéro-réflexe, et le vécu psychotique avec délires et même des hallucinations terrifiantes-extatiques. Dans le temps interictal, le sujet est peu flexible, assez incapable d'association libre et d'introspection, le caractère peut développer soit un style irritable, labile, soit hypersocial, parcimonieux ou encore revendicatif et querelleur. Malgré tout, la tendance à un abaissement de la mentalisation n'est pas toujours présente, et le temps d'accès à une psychothérapie par la parole est variable selon le malade.

On parle de syndrome ixoïde lorsque l'expression clinique est incomplète et le malade présente p.ex. seulement des crises de colère et un caractère irritable.

### **Addenda :**

**Il existe différents troubles psychiatriques dont nous pouvons penser que le syndrome ixophrène ou ixoïde y est présent.**

Pardessus les troubles décrits par Szondi (1975) comme porteurs du syndrome de Caïn, comme la pyromanie, dromomanie, dipsomanie, cleptomanie.... et comme, dans le champ de la délinquance et de la criminalité, les meurtriers cambrieurs et les meurtriers par plaisir, le Caïn peut se trouver caché dans un sujet à personnalité socialement adaptée, comme le cas étudié du nazi Adolf Eichmann. Ou dans certains sous-types de meurtriers étudiés par A. Schweikert (2007) dans sa thèse.

Nous proposons aussi d'être attentifs aux conduites paroxysmales de type épileptoïde, tel que nous les avons décrites à partir des profils szondiens dans cette recherche.

Dans la psychopathologie de l'enfance et l'adolescence, la dynamique épilepto-paranoïde, peut se trouver à l'œuvre dans les troubles **négativistes-défiants** de l'enfance. Chez les adolescentes présentant une dynamique du type **hystéro-réflexe**, des comportements agressifs, plus ou moins dramatisés et avec des somatisations. Parfois si la mentalisation est basse, il faut reconstruire le sens à partir d'une attention particulière à la parole que communiquent leurs parents, à analyser comme « acting out » ou « acting in ».

Pour nous ce profil, cette dynamique paroxysmale de la colère, de la violence explosive qui provoque une agression envers l'autre autant qu'envers soi, peut se reconnaître dans d'autres pathologies. Ainsi, nous avons constaté la présence du syndrome de Caïn, avec le test de Szondi, comme une des dimensions des **troubles du comportement alimentaire** (García Siso 2017).

Lorsque le sujet anorexique se rapproche de cette dynamique épileptoïde, le traitement ambulatoire devient très difficile.

Il est aussi important de reconnaître la dynamique ixophrène ou épileptoïde, dans les troubles dépressifs paroxysmaux. J. Schotte avait déjà signalé la dimension paroxysmale de la maladie bipolaire, pour expliquer le virement maniaco-dépressif brusque. Nous sommes très intéressés pour reconnaître la dynamique du syndrome ixophrène dans certains malades dépressifs, pour déconstruire l'explosivité, tâche importante qui peut prévenir le passage à l'acte, soit autodestructif (autolytique ou suicidaire paroxysmal) soit hétéro-agressif (p.ex. Dans les actes filicides). Avec le travail psychothérapique on devrait arriver à mentaliser et différencier le vécu d'accélération ou de précipitation dans les sentiments d'humiliation, d'abandon, de perte de contrôle de l'agressivité... pour aider le malade à mieux se représenter ce processus et, progressivement, devenir capable de demander de l'aide avant que l'accumulation de colère, de rage, d'angoisse et désespoir l'empêche de penser.

Kleist parle de **psychoses marginales**, pour les différencier des schizophrénies et de la maniaco-dépressive, en établissant trois sous-types de psychose endogène marginale : épileptoïde, paranoïde et cycloïde. Après lui ce sera Leonhard qui fera la classification des psychoses endogènes donnant le nom générique de psychoses cycloïdes aux psychoses marginales. Il me semble d'intérêt de garder la notion de psychose épileptoïde de Kleist, parce qu'elle est l'expression de ce que nous appelons ixophrénie aigüe, avec le rétrécissement de la conscience et les vécus délirants, sans fragmentation du moi et sans évolution progressive et défectueuse de la schizophrénie. Il faut penser à identifier cette dimension ixophrène dans certains malades diagnostiqués de *bouffée délirante*.

Malgré les états dissociatifs, le moi est capable de retrouver sa structure et l'unité narcissique, les états de persécution (parfois inflationnels), même s'il y a des hallucinations, tendent à être vécus comme internes, le moi s'approprie, en grande mesure, les objets internes projetés, ce qui, d'un côté soutient l'intégrité du Moi, mais favorise de l'autre côté le passage mélancolique, de telle sorte que la violence conduit à cette bipolarisation délirante persécutrice et mélancolique. C'est Leonhard qui soulignait, dans les psychoses cycloïdes, que l'expression clinique maniaque était différente de celle dans la PMD ; ici le contenu des pensées et des actes était extérieur, tandis que l'accélération de la pensée dans la psychose cycloïde dominait le monde interne et la biographie du sujet. La psychose épileptoïde de Kleist semble correspondre au profil 3 de notre recherche, profil que nous avons nommé profil irréel de l'ixophrène.

Dans un travail (García Siso 1993) d'analyse d'un article publié par F. Tosquelles avant la Guerre Civile d'Espagne, on disait que Tosquelles montre dans un cas d'**organisation limite** plutôt obsessionnelle que la fonction du père est présente mais en même temps reniée. La violence insérée dans la dynamique du syndrome ixophrène montre un Caïn reconnaissant le Père-Dieu mais en même temps reniant sa loi, et déplaçant sa violence sur son frère. L'envie vis à vis de son frère Abel, l'humiliation et le ressentiment, proviennent de ce que Dieu lui préfère un autre, l'amour et la justice sont confondus, alors que ces deux concepts seraient à différencier. Sans cette différenciation, le père devient arbitraire et fait trop peur, la fonction symbolique défaille et favorise le sentiment d'abandon et d'humiliation, avec la violence qui en suit. En un second temps, l'expiation de Caïn accepte la fonction symbolique du Père-Dieu.

Les organisations limite, au sens de J. Bergeret (1980), et comme je les ai moi-même étudiées (García Siso, 1990) avec le test de Szondi, présentent d'habitude des alternances entre profils opposés. Dans l'organisation limite apparaît de préférence le syndrome (s-e+p+), disons le profil d'Abel, qui se transforme ensuite en profil de Caïn typique avec (s+e-p-). Ce clivage entre profils opposés est caractéristique des organisations limites. Les oppositions tout-rien dans le Contact ou dans les autres vecteurs, est une expression du clivage par dysfonctionnement des tendances intermédiaires 2-3, avec comme conséquence une alternance bipolaire entre les positions 1-4 : attachement intense et sentiment d'abandon (m+/m-), besoin d'amour intense et capacité de sublimation (h+/h-), violence transgressive et culpabilité (e-/e+), tendance projective, avec vécu de persécution, d'accusation et sentiment de toute-puissance et d'auto-contrôle (p-/p+).

## Bibliographie

Adachi N, Matsuura M, Hara T, et al. (2002) : Psychoses and epilepsy: are interictal and postictal psychoses distinct clinical entities? *Epilepsia*. 2002 Dec; 43(12):1574-82.

Ajuriaguerra J. : *Manual de Psiquiatria Infantil*. Toray-Masson. Barcelona. 1980.

Andrade L. (1976) : Les épilepsies et le test de Szondi. *Ann. Méd.-Psych.* 1976 134° année T.I., n°5. pp. 669-688.

Bear DM., Fedio P. (1977) : Quantitative analysis of interictal behaviour in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol* 1977; 34:454-467.

Bergeret, Jean (1980) : *La personalidad normal y patológica*. Ed. Gedisa. Barcelona. 1980.

Blumer D., Montouris G., Davies K. (2004) : The interictal dysphoric disorder: recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy. *Epilepsy Behav*

2004;5:826-840.

Caparrós, Nicolás (1981) : La construcción de la personalidad. Las psicopatías. Ed. Fundamentos. Madrid. 1981

Derito María N., Martínez Rodríguez G., Monchablon Espinoza A. (2005) : Las Psicosis Cicloides: Psicosis Bipolares no Maníaco-depresivas. ALCMEON 47 Año XV - Vol.12 Nro. 3- octubre de 2005 pag. 271 a 299.

DSM IV (1995) Varios autores Ed. Masson. Barcelona.

Ey H., Bernard P., Brisset Ch. (1980) : Tratado de Psiquiatría. Masson. Barcelona.

García Siso, A. (1990) : Una contribución a los estados límites. La organización límite de la personalidad y el Test de Szondi. Tesis doctoral. Barcelona: Publicacions Universitat de Barcelona.

García Siso, A. (1993) : El dr. Francesc Tosquelles i Llauredó: posición del autor dentro de la psiquiatría catalana anterior a la guerra civil y la proyección de esta posición en su obra posterior. vol 13, no 46 (1993) pp. 195-202

García Siso, Andrés (2017) : Dimensiones psicopulsionales de los trastornos del comportamiento alimentario. Psicopatol. salud ment. 2017, 29, 77-91

Herrera-Peco I. et al. (2009) : Factores genéticos asociados a la epilepsia del lóbulo temporal REV NEUROL 2009; 49 (10): 541-546. 542.

Kanemoto K., Kawasaki J., Kawai I. (1996) : Postictal psychosis: a comparison with acute interictal and chronic psychoses. Epilepsia. 1996 Jun;37(6):551-6.

Kanemoto K., Kawasaki J., Mori E. (1999) : Violence and epilepsy: a close relation between violence and postictal psychosis. Epilepsia. 1999 Jan;40(1):107-9.

Mélon, J. (1975) : Théorie et pratique du Szondi. Presses universitaires de Liège. 1975. Liège.

Modrego PJ., Pina MA., Galindo M., Minguez J. (2002) : Study of psychopathology in patients with chronic non-lesional epilepsy: a Minnesota multiphasic personality inventory profile controlled study. Eur Neurol. 2002;48(2):80-6.

Morinigo Escalante, JC (2003) : Compendio de Psiquiatría. Ed Morinigo Escalante. Paraguay. 2003

Portellano Perez J.A. et al. : Las epilepsias. Un estudio multidisciplinar. E. CEPE Madrid 1991.

Quintana Mendoza J. et al.(2001) : Rorschach: instrumento evaluador del tratamiento con lamotrigina. Informaciones Psiquiátricas. 2º y 3º trimestres 2001. nº164-165. pp.79-89

Schneider, K. (1975) : Patopsicología Clínica. Ed Paz Montalvo. Madrid.

Sorokina ND, Karlov VA, Selitskii GV(2002) : Personal peculiarities of epileptic patients with depersonalization in the interictal period. Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2002;102(3):12-5.

Stassart M. (1999) : Le caractère paroxysmal. L'Information Psychiatrique nº6, juin 1999, pp. 603-609.

Stassart M. (1994) : L'Epilepsie essentielle aux tests de Szondi et Rorschach. Cahiers du CEP,4,1994, pp. 95-105

Schweikert, Almut (2007) : Ein triebpsychologischer und pathoanalytischer Beitrag zum Verständnis psychischer Begleitprozesse bei Tötungsdelikten. Universität Lausanne 2007

Szondi, L. (1970) : Tratado del diagnóstico experimental de los instintos. Biblioteca Nueva. Madrid. 1970.

Szondi, L. (1975) : Caïn y el cainismo en la historia universal. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Vaaler AE, Morken G, Iversen V.C, Kondziella D. and Linaker O.M. : Acute unstable depressive syndrome (AUDS) is associated more frequently with epilepsy than major depression *BMC Neurology*201010:67 <https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-67>

Vallejo Nájera A.(1944) : Tratado de Psiquiatría. Ed.Salvat. Barcelona 1944. Van Gogh, Vincent : The letters Van Gogh Museum. On-line [www.vangoghletters.org/vg/](http://www.vangoghletters.org/vg/)

Vieta et al. : Bipolar Disorder and Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. Genomic Dissection of Bipolar Disorder and Schizophrenia, Including 28 Subphenotypes *CELL | VOLUME 173, ISSUE 7, P1705-1715.E16, JUNE 14, 2018*

Waxman SG, Geschwind N. (1975) : The interictal behaviour syndrome of temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiat* 1975; 32:1580-1586.

## **Résumé**

Nous passons en revue le syndrome psychopathologique épileptoïde correspondant à un sous-groupe de malades épileptiques, à partir de l'observation clinique, des tests de Rorschach et Szondi. Nous étudions avec le test de Szondi un groupe 26 malades épileptiques chroniques hospitalisés pour troubles psychopathologiques graves. Les résultats des profils principaux sont comparés à d'autres échantillons de malades épileptiques (Stassart, Andrade, Szondi), et à partir de cela et du calcul d'autres syndromes factoriels, nous proposons d'enrichir le syndrome de Caïn avec d'autres syndromes permettant d'améliorer la compréhension psycho-dynamique de la personnalité épileptique ou épileptoïde, que nous proposons de nommer ixophrénie (explosivité, viscosité, irréalité, avec expression ictale ou interictale), en supposant que ces profils peuvent se retrouver dans d'autres pathologies psychiatriques.

## **Mots clés**

Epilepsie. Psychopathologie. Szondi.

## **Abstract**

We review the psychopathological epileptoid syndrome corresponding to a subgroup of epileptic patients, based on clinical observation, Rorschach and Szondi tests. We study with the Szondi test this group of 26 chronic epileptic patients hospitalized for severe psychopathological disorders. The results of the main profiles are compared to other samples of epileptic patients (Stassart, Andrade, Szondi), and from that and the calculation of other factorial syndromes, we propose to enrich the Cain syndrome with other syndromes to improve the psycho-dynamic understanding of epileptic or epileptoid personality, which we propose to name ixophrenia (explosiveness, viscosity, unreality, with ictal or interictal expression), assuming that these profiles can be found in other psychiatric pathologies.

## **Keywords**

Epilepsy. Psychopathology. Szondi.

## **Genodrama as an opportunity for the dramatic transformation of family patterns and inheritance**

**Tóth, Borbála**

### **Introductory thoughts**

In line with the topic of the congress, bearing Leopold Szondi's theory on the family unconscious in mind, I describe the theory of genodrama and the process that takes Szondi's theory a step further, providing insight into the genodrama group process, where the family inheritance and patterns that affect individuals come into sight and there is an opportunity for transforming them. Moving beyond Szondi's theory, a systematic processing and analysis of family trees reveal how psychodramatic work can deepen in exploring and processing transgenerational blocks and traumas in the genodrama process. Genodrama can provide experience and knowledge on the level of practical experience, emotions and actions where the individuals concerned have the opportunity to "walk in the shoes" of their ancestors – switch roles – and experience their motivations, choices, emotions and symptoms, and, during the transformation, they can make decisions regarding their own fate, whether they want to live the fate delegated by their ancestors or they replace this set fate, as Szondi called it, with a fate of choice.

In my lecture I mostly highlight the significance of recording the genogram/family tree in individual and group therapy, and I describe the path I took from genograms to the genodrama process I developed.

Like the great theoretical masters, I was also led to form family tree recordings and develop genodrama through my personal experience. These experiences are supported by three pillars. More than 20 years ago I took part in a workshop led by a Polish professor, Iréna Namyslowska in Hungary, called "Genogram as the royal path to the family unconscious". In my psychodramatic work I was inspired to follow my own path by Max Clayton. I participated as a protagonist in the psychodrama workshop held by Chantal Neve Hanquet in Debrecen at a Psychodrama Congress. These personal experiences have turned my professional and personal life around.

In 2006, I published „*Családfánk - Sorsunk rejtett mintázata*”- *Genogram a pszichoterápiában* [The hidden pattern of our fate. From genogram to genodrama]. When writing this book, I relied on Monica McGoldrick's book published in the US in 1999, and I used the internationally accepted, standard genogram symbols as they appear there. (Goldrick, M. Mc.1999).I would like to highlight

two more authors, Laura Giat Roberto, who uses genogram as a therapy model with a transgenerational approach.

I refer to Hungarian-born Ivan Boszormenyi-Nagy, who added the principle of family relationships as values to transgenerational family therapy. In his view, transgenerational responsibilities and inheritance are obligations strongly forced by ethics, and are significant, justifiable demands from ancestors to descendants. The essence of the contextual approach to family therapy defined by Boszormenyi-Nagy suggests that transgenerational consequences are unavoidable. (Boszormenyi-Nagy, 2001). Boszormenyi-Nagy was also influenced by Martin Buber. From Buber's "I and Thou", the idea of dialogue needs to be highlighted, which says a real dialogue is only possible in a relationship between equals.

### **The patterns of reading a genogram**

According to Laura G. Roberto, the genogram is an information network that can be understood as a transgenerational system map, showing us the complexity of the entire family, helping us discover priorities, such as recurring symptoms and recurring family relationships, triangles, the coincidental repetitions in numbers and the significance of name changes, and it helps us uncover secrets.

On the "cross" of the genogram, transgenerational stressors of the ancestors may be explored on the vertical level, while the horizontal stress continuum points to the way the family has dealt with life cycle changes.

Multigenerational patterns indicate the behaviors emerging or recurring over three or more generations, for example in aspects of intimacy, control, autonomy, or conflicts.

The therapeutic opportunities of a genogram interview:

lead from the problem in focus to a wider, more contextual problem.

from the present family – to the extended family

From present events – back into the history of the family

From simple questions to more complicated, provocative ones

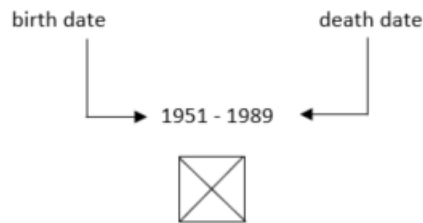
The therapeutic benefit of recording genograms: it explores belief structures and the situation of members of the extended family, where family members can reach self-awareness. It provides help in devising the therapeutic treatment plan.

In describing genogram symbols, I relied on Monica McGoldrick. While exploring the family dynamics, it is extremely useful if the individuals concerned also draw relationship symbols that indicate the intensity of the relationships. This way the hidden communication patterns of the family become visible, which are also well-represented by the triangles.

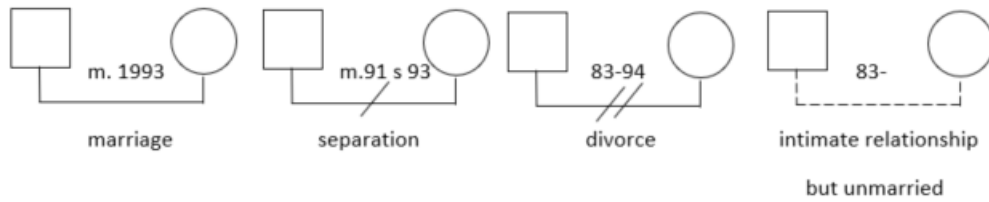
### Genogram symbols



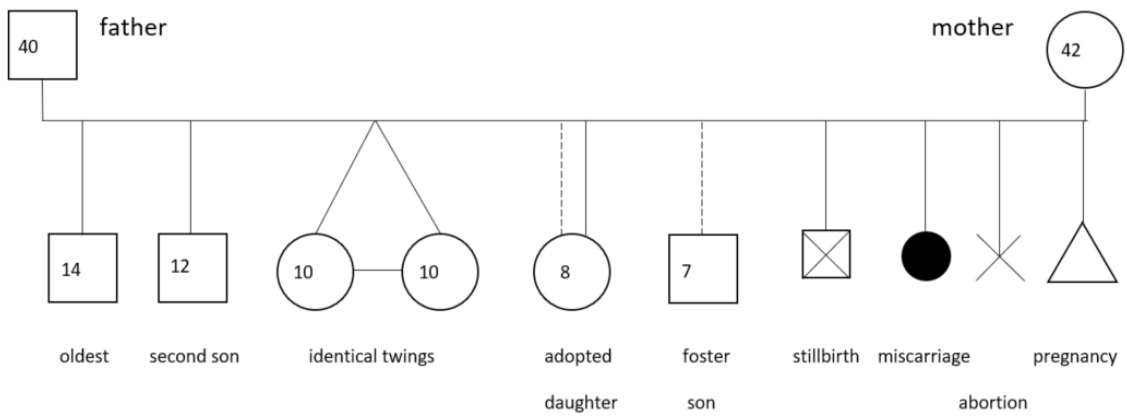
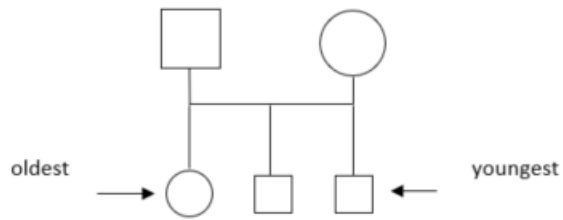
Dates of birth and death are written above the person's symbol. Age is shown within the square or circle. Death is indicated by an X through symbol. Approximate dates are shown with a ?



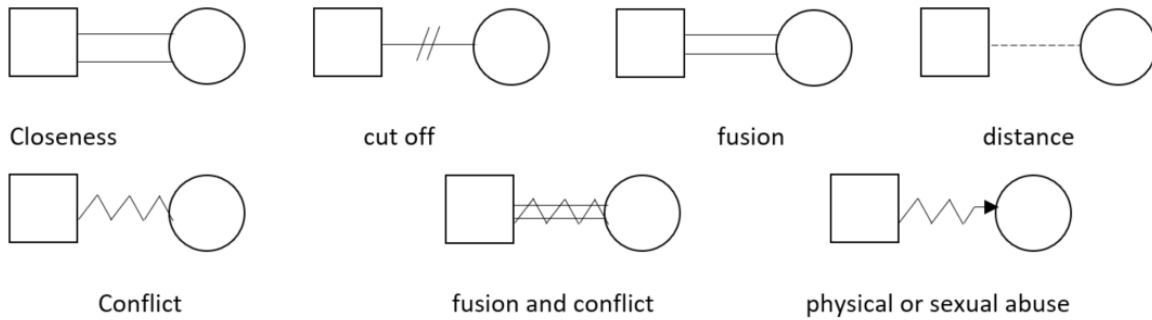
Couples are shown by a line connecting their symbols as follows, with the relevant dates written on the line:



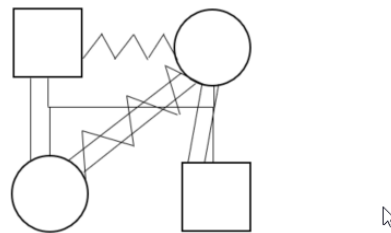
Children are shown left to right, oldest to youngest:



In addition to lines showing kinship, a second set of lines can show emotional relationships between people



On an actual genogram the relationship lines might look like this



A serious mental or physical problem is shown by filling in left side of square or circle.



Drug or alcohol problems are shown by filling in the bottom half of the square or circle:



In: M. Mc Goldrich, (1995), page: 37-38

## GENODRAMA – theoretical background

The genodrama I developed does not differ from the classical use of psychodrama in its methodology, but it applies the systematic approach taken from family therapy by using the three-generation genograms already established in family therapy, and their discussion from several aspects. The aspects of processing the genogram are the following: Sociocultural determination, geographical, historical past, geographical movement, ethnic background, religion and change of religion, naming, parenting, education, job, profession, unemployment, military service, retirement, conflicts with the justice system, abuse - which may be physical, chemical (drugs, alcohol),

psychological, or incest - problems related to eating, smoking, dates when family members left home, diseases, causes of deaths, codependency in case of addiction, interesting characteristics, and gender roles.

The aim of genodrama is the dramatic presentation of the genogram, where the protagonist (the character, hero in the drama) is given an opportunity to process the relational situations they experienced as a trauma. Through this, manifested or hidden relationship patterns may emerge that could not be explored in such a short amount of time with the 'traditional' use of psychotherapeutic methods. While exploring the family dynamics and recording the genograms by drawing relationship symbols into the family tree, the hidden and yet unspoken communication patterns of the family become visible, which are also well-represented by the triangles defined by Bowen. (Bowen, 1998). In addition to individual therapy, I also used genograms in my psychodramatic work. In understanding the genodramatic process, besides the systematic, transgenerational approach, the approach of depth psychology schools are also necessarily integrated depending on which theory serves best the understanding, exploration and transformation of the protagonist's block. The Freudian psychoanalytic approach helps explore the identification process of the person, C.G. Jung helps discover collective experiences hidden in family dynamics, and with the fate analysis of Leopold Szondi we grasp the laws governing a person's fate. In his book "Ember és sors" [Man and fate], Szondi makes a declaration that our choices are instinctive actions, controlled by the instinctive decisions of the unconscious. "According to this theory, instinctive choices are the *third language of the unconscious*" (Szondi, 1996). During the genodramatic work the person can experience the consequences of their instinctive choices, and with this experience, they can make their own, conscious decisions and choices.

I was delighted when Annie Schützenberger's *The Ancestor Syndrome* was published in Hungarian as well. Schützenberger is another professional with a transgenerational approach, she records extended genograms, so-called genosociograms, and she uses dramatic methods to work on them, with a special focus on repetitions that recur over several generations. (Schützenberger, 2016.)

The master Schützenberger learned the dramatic approach from was Jakob Lévi Moreno, and, according to Schützenberger, while the 20th century was the century of psychoanalysis, psychodrama can be considered a major method of the 21st century because of Moreno's work. In my view, we can extend this claim to the genodrama method as well.

## Genodramatic process analysis

The case was created through the recording and dramatic transformation of the genogram of a group member in a session (10 hours in one day) of a 150-hour dramatic self-awareness process.

I would especially like to highlight as a strength of the method that it leads the person to a deep, cathartic experience, and the understanding of the connections between family dynamics, in a relatively short amount of time.

The life narrative of the protagonist of the genodrama dates back to historical times. Moses (he chose the name) is 43, has 4 children, has a degree in theology but chose not to be ordained and currently works as a helping professional.

As the first stage of the genodramatic work, a family coat of arms was drawn. Moses' family coat of arms contains the "imprint" of his ancestors in a concentrated manner. The coat of arms shows the Székely land in Bukovina his ancestors left behind, with the ranges of the Carpathian Mountains, symbols of the Székely people and the cross, the symbol of their faith. We see the red line, the journey the grandparents took from Bukovina when they were relocated, to the house they were given in Bácska. He could experience this journey through dramatization. From his play I would like to highlight one element, when in her paternal grandmother's role he held on to the door jamb of the new house, experiencing an intense feeling of "I'm in and I'm out" and "I'm on the border".



The familial arms of Moses

Moses' genogram presents 5 generations of his family. From the genogram we can see that, as it is typical with the Székely people, male children were given the name of their fathers. It's strange to see how the number of children decreased after many of the family members had set out on their

journey. As the genogram was recorded and analysed, Moses' narrative revealed that personal and generational fates are closely intertwined.

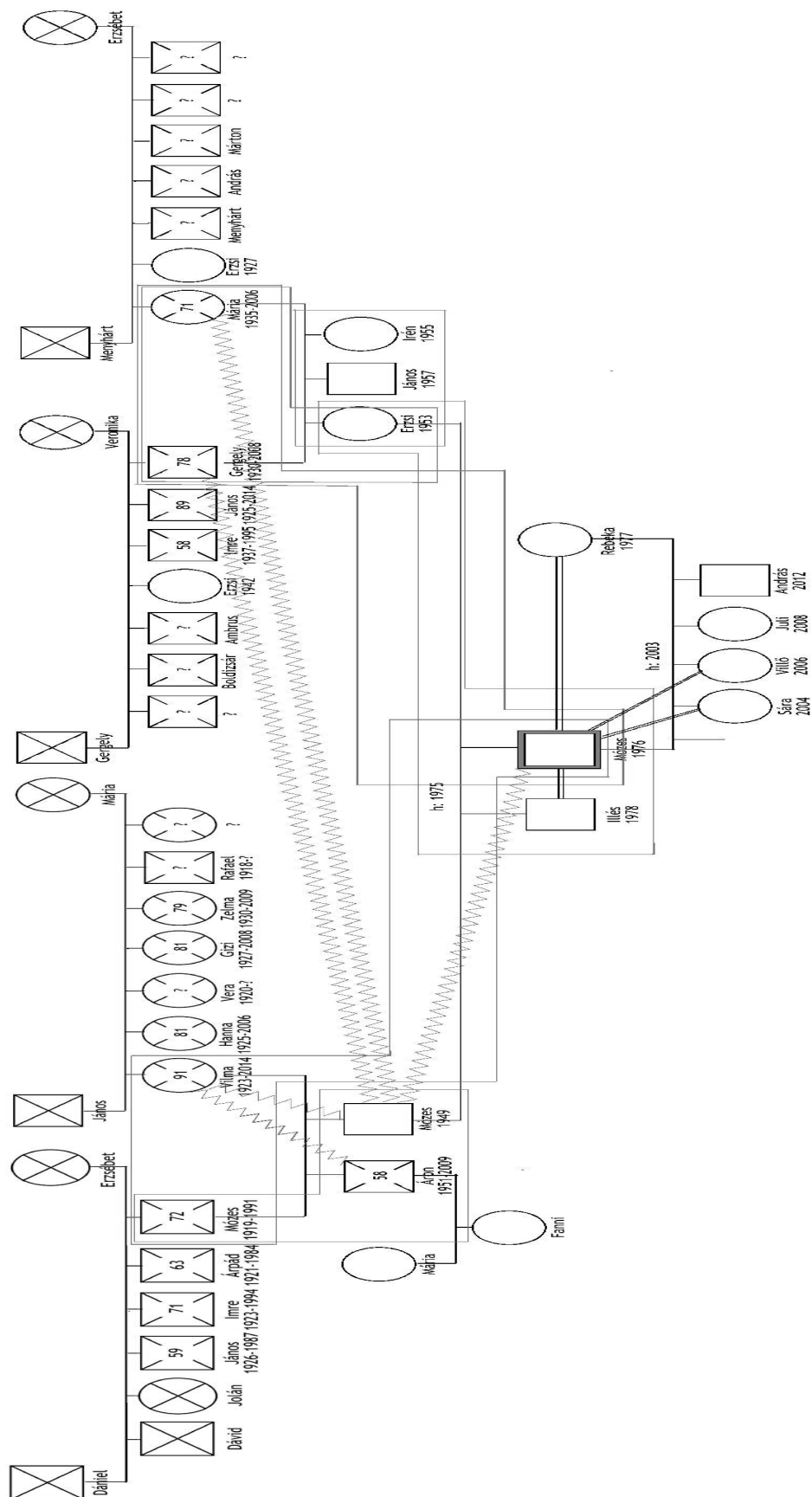
It is always the protagonist who defines the dramatic focus. In this case it was how men, fathers and sons, push against each other, what patterns they hand down to future generations. Even before he starts playing, this man, who was born in Hungary, lives the life of the Székely people, a life that goes back hundreds of years and was instilled into him.

Moses and his family are wandering Székelys - another word for wandering (*vándorló*) is *csángorló*, and this is where the name of the *csángó* people came from.

Historical background: In 1764, Empress Maria Theresa issued a decree providing for the compulsory military service of the Székelys. The Székelys had always protected the border, but this time they revolted and their revolution was crushed with a terrible bloodbath at Mádéfalva. (József Nyírő's historical novel, *Mádéfalvi veszedelem*, published in 1939, describes these events) Those who survived escaped to Western Moldavia (in present-day Romania) and Bukovina. In 1942, prompted by the idea of a parish priest in Józseffalva, they were relocated to Hungary. The Székelys felt they had come home.

Moses, who knows the Old Testament well, saw the stories told by his grandmother as he saw the story of the Exodus from Egypt that is told at Passover Seder in the Jewish tradition. Whenever she could, his grandmother kept telling the story of their journey, always remembering how and when exactly it happened in their case. In the genodramatic process, the guideline is always how he can switch from the Székely fate of the ancestors to his personal fate.

Genogram of Moses



Genogram of Moses ( B, Tóth: 2017, p. 216.)

The focus in his dramatic play: The tough and dismissive attitude of the paternal grandfather towards Moses' father. Moses says he used to cry a lot during the time he studied theology for not being able to experience the safety a father can provide. In his father, he always saw the depreciation of the role of the man.

In his genodramatic play, his grandfather was towering above the family like an iceberg. In the surplus reality space of the dramatic play, Moses, as his father, could question the omnipotence of his grandfather. As the director of his own life, he re-framed this family tableau. It had a great impact on him that through role-switching he could take his ancestors' roles, shoulder to shoulder, through 7 generations, who (through role-switching) sent a message to him. Up to the great grandparents he felt these relationships were alive, further than that the "ancestor-feeling" faded. In this situation he could experience holding and containing by his ancestors. When we stopped, he had an internal feeling that **"everything is all right"**. He summarized his play this way: "I've been who I am: I can trust my decisions, I have proven lives behind me."

His body also sent signals on a psychosomatic level when we were working on the issue of the father. A pain developed in his stomach, an emptiness: what is a good father like? Through role-switching, Moses took his ancestors' place to the seventh generation. Standing in the line of ancestors, in the state of "being present", he could experience holding and containing, and as a result of this, his pain disappeared.

In his genodrama play, Moses gave a specific expression to his basic experience that dates back centuries and that he brought from his Székely ancestors who protected the borders. He chose the helping profession unconsciously. His profession manifested as an "ancestral imprint" for him. Currently Moses performs pastoral activities among Roma people. After his genodramatic play he understood that following his ancestors, who had been wandering and searching for centuries and had been in a limit situation, he is now able to convey, in an integrated manner, their and his own experiences towards his family and in his work towards those who are in "limit situations", who are in need.

The genodramatic work was a good opportunity for Moses to "demand" his father's blessing, which he had never been given. This was projected during the first interview, when, almost unconsciously, he said the words the Father, the Lord said to Jesus: "This is my Son, whom I love; with whom I am well pleased." In a "father-son sculpture" he put the exact same words in his father's mouth, who raised his hand to give his son his blessing as the son set out on his journey.

## **The connections and mechanisms of action of the genodramatic process**

The genodrama process can be described as a family tableau

Genodrama may manifest as a symbol

Genodrama as a magnifier that lets us peek into historical time.

Genodrama as a spiritual channel

Genodrama as a guideline to consolidate identity

Genodrama as condensed time: Being present in Kairos.

Improving, enhancing empathy

Experiencing Flow – to be present in the Flow

Improving self-awareness

Understanding hidden family dynamics

It opens up a preventive road for future generations

Experiencing FATE: Understanding the idea that our predecessors could not have done differently than they did.

## **References**

Boszormenyi-Nagy, Ivan & Krasner, Barbara R. (2001): *Kapcsolatok kiegyensúlyozásának dialógusa* [The dialogue of balancing relationships], Coincidencia KFT. Budapest.

Bowen, M. (1998): *Family Therapy in Clinical Practice*, Janson Aronson, New York

Goldrick, M. Mc., Gerson, R., & Shellenberger, S. (1999): *Genograms, Assessment and Intervention*, W. W. Norton and Company, New York-London.

Goldrick, M. Mc (1995): *You Can Go Home Again*, W. W. Norton and Company, New York-London.

Roberto, Laura Giat: *Transgenerational Family Therapies*, The Guilford Press, New York

Schützenberger, Anne Ancelin: *Ős-szindróma. Transzgenerációs pszichoterápia és a családfa rejtett kötelékei* [The Ancestor Syndrome: Transgenerational Psychotherapy and the Hidden Links in the Family Tree]. (Budapest, 2016, Medicina könyvkiadó).

Szondi, Lipót: *Ember és sors* [Man and fate]. Kossuth Kiadó, 1996.

Tóth, Borbála: *Genodrámák. A családi mintázatok és örökségek dramatikus átmunkálásának lehetősége* [Genodrama. The possibility of dramatic reformation of family patterns and inheritance] (In: *Pszichodrámák* magazine 2014 autumn: p. 55–66).

Tóth, Borbála: Sorsunk rejtett mintázata. A genogramtól a genodrámáig [The hidden pattern of our fate. From genogram to genodrama] (Budapest, 2017: Kairosz Kiadó).

### **Abstract**

In my lecture, I presented the benefits and indications of genogram recording in therapeutic work with a systematic and transgenerational approach. The genodrama method relies on the theories and experience of several Hungarian experts, from Leopold Szondi to Ivan Boszormenyi-Nagy, Mihály Csíkszentmihályi, Emőke Bagdy and Nóra Sófia Izsó, and also my own experience in psychodrama. I combined and developed these, outlining a psychodramatic process analysis and the therapeutic benefits of the genodrama process.

### **Résumé**

Dans ma conférence, j'ai présenté les avantages et les indications de l'enregistrement de génogrammes dans le travail thérapeutique avec une approche systémique et transgénérationnelle. La méthode du génodrame repose sur les théories et l'expérience de plusieurs experts hongrois, de Léopold Szondi à Ivan Boszormenyi-Nagy, en passant par Mihály Csíkszentmihályi, Emőke Bagdy et Nóra Sófia Izsó, ainsi que par ma propre expérience en psychodrame. J'ai combiné et développé celles-ci, en décrivant une analyse du processus psychodramatique et les avantages thérapeutiques du processus de génodrame.

*Halt and Ersatz*

**Contact and mood in the clinical work with adults  
with an intellectual disability**

**Tomas Geyskens**

Three people. Two men, one woman. Three young people with an intellectual disability and so-called 'severe emotional and behavioral disorders'. They have a lot in common: a traumatic childhood, an adolescence in psychiatry, an intellectual disability, a life in a closed unit in an institution, an IQ around 50. But they are also very different. And these differences are crucial to elucidate the existential problems they have to deal with in their daily lives and to which their symptoms and their "behavioral disorders" provide provisional and fragile solutions.

A problem that is easily overlooked in such clinical issues is that of the mood, the attunement to the environment and the rhythms of daily life. Mood is not a purely subjective sensation. It is an what surrounds us, to our dealings with the world, to the rhythm and the ambiance of the environment. Everything starts with this basic sphere of mood and contact, and a neglect of it can be clinically catastrophic.

I will first present the three portraits, in order to be able to deal more concretely with the dimension of basic contact and mood. It concerns three adults who live in three different institutions, and with whom I came into contact through various outreach projects and supervisions.

I

Souleymane is a young man of twenty-eight years old. He was born in Africa. His father is unknown. When he is seven years old, his mother dies of malaria. The three children, including Souleymane, are entrusted to the Sisters of an orphanage. Souleymane is adopted by a Belgian family at the age of eight. But his adoptive father mistreats him, and when this comes to light, he is sent back to the orphanage in Africa. A while later he is re-adopted, again by a Belgian family. The new adoptive family has a child with an intellectual disability, and they adopt Souleymane because they also want a normal child. But Souleymane is not a normal child.

Souleymane has an intellectual disability and epilepsy, and when he comes into puberty, he becomes totally unmanageable. He does not obey, he does not follow any rule or respect any agreement, he injures himself and has very violent outbursts of aggression. The adoptive family

gives up after a while and, via child psychiatry, he ends up in a Medical Pedagogical Institution. This new environment initially has a positive effect: he becomes calmer, less aggressive, and he does his best at school, even though he has to do a lot of effort for this.

When he turns seventeen, he is allowed — together with the son of a school teacher, and with the approval of the juvenile court — a week on holiday to Spain. After this trip, something has changed. Souleymane himself tells that he was sexually abused during the trip in Barcelona in exchange for a pair of blue jeans and some candy. There follows a period of great mood swings, the frequency of seizures increases, he becomes very demanding in the unit where he lives, he wants to get away, and he can become so aggressive that the educators get frightened of him. This is followed by a long-term admission to a psychiatric ward for people with an intellectual disability.

Hospitalized in psychiatry, he remains initially extremely aggressive, appealing, suspicious and unresponsive. After a while, Clozapine is started. An accompaniment style is also developed that is based on limiting, postponing and providing safety. The paranoid and aggressive world of experience gradually disappears into the background; but the psychosomatic symptoms (oculogyric crisis, hyperventilation, oral craving) and epilepsy, gain strength and frequency. All in all, the situation stabilizes over the years and Souleymane can make the transition from psychiatry to a home for adults with intellectual disabilities. He is really looking forward to this new step. At last he is going to be free, out of psychiatry.

Souleymane has been living in this institution now for about six years. He has his own place, he feels at home and he is a striking appearance in the institution where everyone knows, recognizes and acknowledges him. He is present in an active manner in the workshops: the creative studio, the bakery, the movement workshop. He also plays mini football in a sports club outside the institution on Tuesday. The educators also made an attempt – at his request – to have him volunteer at the technical department of a large old people's home in the neighborhood, but he could hardly afford the concentration and the discipline required for this.

Souleymane's life is all about eating. His oral addiction is like a heavy anchor that keeps his life together but sometimes also crushes him. Almost all his constant demands are about food: what do we eat?, can I put butter on it?, can I have the dry sausages?, can I pick something from the cupboard for dessert?, can I have 70 cents to get a Coke?, is there any candy left in the cupboard? can I have an apple with brown sugar?... This goes on throughout the day. But his obsession with food is not just about satisfying the oral drive. It is also a way of relating to the educators, to swallow them up in a constant demand. His demands about food give the educators a bad feeling: they become irritated, they feel bad because they have to say 'no' all the time and have to live with the constant disappointment of Souleymane. One of the educators expressed the abysmal craving of

Souleymane in a beautiful way: "You can never give him any extra, because he has always already asked everything you could give him."

Usually you can answer his demands with a little delay, explanation and humor. But at times his demands become stubborn and become real claims. At those moments he no longer answers a 'no' with resigned disappointment, but with a blank look and a cold repetition of his demands. Then the greatest tact is required to keep him from exploding in a violent tantrum.

Souleymane has quite frequent epileptic seizures. These attacks are strongly linked to periods of stress. According to the neurologist, it is not clear whether the attacks are always really epileptic or so-called 'pseudo-seizures'. Because the educators cannot distinguish this at the time of the attack, they have set up a procedure that can serve both cases: they give him 10 drops of clonazepam<sup>3</sup>, lay him on his side, and then say to each other: 'Okay, let him now quietly recover'. Then they leave his neighborhood so that no scene of panicking spectators arises. When the shocks and unconsciousness last too long, they call for an ambulance. But since the educators apply this procedure, they almost never have to do this. Souleymane now usually recovers consciousness after a dozen minutes.

Souleymane always needs something to look forward to: a trip, an event, a party. He cannot stop thinking about it weeks in advance; how it will be, what clothes he is going to wear, what is to be eaten, who will be there, ... These prospects put him in a good mood and give him energy. It is remarkable, therefore, that the day after such a party he has nothing to tell about how it was. And even *during* the event that he has been looking forward to for so long, he is only busy planning a new moment to look forward to, or he is overtaken by a gloomy, depressed mood. In such depressive periods he becomes extremely apathic and languid. The workshops can still get him moving, but in the unit where he lives the total inertia and the bottomless craving for food dominate.

## II

Réginald was a boy of eight when, one day, he shot a bullet through his head with a hunting gun. It never became entirely clear whether it was deliberate or an accident. Fourteen days before, however, he had seen how his mother committed suicide in the same way. But, unlike his mother, Réginald survived. After several operations, a long rehabilitation and a cranium prosthesis, his face is half paralyzed, he is deaf on the right ear and his EEG shows indications of frontal temporal right

---

3

Clonazepam is a tranquilizer of the benzodiazepine class used to prevent and treat seizures, panic disorder, and a movement disorder known as akathisia. It is taken by mouth.

epileptic activity. Before the accident already he was probably weakly gifted but afterwards he became a person with an intellectual disability.

Réginald comes from a family on the margin of society. His father cannot take care of him. This is the beginning of many years of wandering from one institution to another. Sometimes he stays for several years, sometimes a few months. He always has to move because the situation has become untenable: He is extremely nervous, talkative and nosy, he is very sticky in his contact, and above all: he can get verbally and physically very aggressive. The other young people he lives with, are so intimidated that Réginald cannot stay anywhere. Eventually he ends up in psychiatry. There too he is moved from one ward to another, from one hospital to another. He crosses the whole country until he comes to a ward for chronic schizophrenic patients, where he actually does not belong, but where he is able to calm down a little. The usually older schizophrenics are not impressed by his endless chatter, his need to be the center of attention, and his hysterical scenes. They just turn their backs and go outside to smoke a cigarette.

When he is twenty-three, Réginald moves to a home for the disabled, which is still connected to the psychiatric hospital, but where he will be able to stay for a long time. He looks forward to it because he wants to "find a home somewhere". Once he has arrived at the institution, he also acts 'as if he is at home'. He constantly seeks the exclusive attention of the educators. He constantly corners them with a barrage of questions, stories, jokes and complaints. When you react to one of his questions or stories, hoping that an answer will stop him, this is only an encouragement for him to continue his endless talk. Usually it starts as a more or less day-to-day conversation, but soon all brakes go loose. His stories always become more urgent, obscene and bolder, and he also comes closer, clings to you, wants to embrace you. It always goes in the direction of hilarious laughter, of indignation or of a crisis. The other feels trapped in a sticky substance. The greater the effort to get out of it, the worse one gets caught up in it. Ultimately, you can only stop him by telling him to shut up or by leaving bluntly. But then Réginald feels totally rejected and excluded, and he wants revenge. The retaliation comes fast. His aggressive outbursts are very intense and they are aimed at the person who has done him wrong.

Réginald turns every daily event and every ordinary transition in the rhythm of the day into a dramatic, theatrical scene. Someone drops his plate, someone spills coffee, in the distance a car alarm goes off, someone stumbles over his lace, ... In all these small events he gets always badly affected, he enters a state between laughter and panic, and he then shows this hilarious fear in such a dramatic way that he, in his turn, scares the others around him. Of course, this dynamic becomes even stronger when there is really something happening.

These explosive, theatrical scenes seem to contrast with the fact that Réginald at other times moves through daily life in an extremely slow, sticky and rather depressive way. In the workshops, he is slow, but he works with great concentration and attention. On some days he does not even get into the studio because he is too depressed and stays in bed. Then he does not show for days, unless for something to eat and go back to his room.

In recent years, Réginald has not really changed but he got a bit quieter. Especially the frequency of his aggressive outbursts is greatly reduced.

### III

Yvonne is a woman of twenty-four with an IQ of 56. She is the daughter of parents from an artistic but very well-to-do background in northern France, who despite this wealth can bring little stability to the young life of their daughter. Yvonne's father left her mother and her soon after her birth, and he is succeeded by a long series of men who do not stay long, and who increase the chaos and unpredictability rather than reduce it. Yvonne's mother is also increasingly abroad. Meanwhile, Yvonne is taken care of by her grandmother and by her aunt, mother's sister. Yvonne quickly goes to boarding school, far away in the south of France. She then comes home very occasionally, and only for a few days.

When she enters puberty, she feels less and less comfortable. It is also difficult for the educators to accompany her, because Yvonne is a "survivor" who is self-sufficient and who does not have enough confidence in others to be able to accept help from them. Because of this attitude of inaccessibility she is often overestimated. Around this period, Yvonne's discontent transforms in a belief that she is not actually a girl but a boy. Strangely, everyone goes along with this demand and a start is made with the transsexualization process. For the doctors of the gender clinic too, the Hippocratic 'primum non nocere' seems no more than an antique memory. Along the way, however, they back out a bit. A hormone treatment is not appropriate because of the already not very stable psychological condition of Yvonne, who in the meantime has become Yves. The surgeons decide to leave it at an amputation of the breasts. Yves does not feel good about himself, even after this operation. Or is it about herself? Yves / Yvonne is now both anatomically and psychologically in a chaotic in-between. He / she no longer knows who or what he / she is, and sometimes he is Yves and sometimes she is Yvonne. In the psycho-diagnostic DAP test, she first draws a girl with a braid and a dress. Only then does she make a boy out of this girl. The boy's drawing is more powerful, more detailed and more coherent.

Yves is then twenty-three and moves from the boarding school to an institution for adults. Again he is overestimated. He ends up in an institution for people with an intellectual disability who do not have psychiatric or behavioral problems, and where the support is focused on domesticity and inclusion in society. Yves becomes very agitated, does not feel well, he is verbally very aggressive and hurtful, starts sexual relations with men and women, and switches with postmodern ease between Yves and Yvonne. He / she changes sexual identity like clothes. And that is not just a way of speaking: The behavioral problem that dominates all others is that Yves / Yvonne constantly wants to change clothes. He never feels good neither in his body, nor in his clothes. There is always something that pinches or rubs or something that does not fit. He not only wants always other clothes, he also wants the clothes of others. This is how he starts stealing the clothes of other residents. After a while, he only wears other people's clothes with the name tags torn out.

When he moves to a closed unit for people with behavioral problems, the educators decide to approach her as Yvonne and consider her as a woman, to put an end to the confused state in which she no longer knew her name nor who she was. She immediately agrees, and it seems to calm her down. She chooses clothes for the next day in the evening before she goes to sleep. Her wardrobe is locked. When she steals clothing from other residents, the educators talk to her about this, in a calm, neutral tone without being accusatory. It is also noticeable that Yvonne not only steals the clothes of others, but also copies their behavior, as if she has to steal a personality too. Since she became Yvonne again, however, she only chooses women as role models in this copying behavior.

#### IV

A dimension of human existence that is often overlooked, is that of mood, atmosphere, attunement<sup>4</sup> to the rhythms of life and the ambience of the environment. That all sounds rather mellow and unproblematic. For many of us, however, this attunement is anything but smooth. It is not a coincidence that Heidegger, addressing this dimension, talked about 'the burdensome character of Dasein' (1993, 134). Our mood is usually not well attuned, life is difficult and heavy, or fleeting and hectic. According to Leopold Szondi, this problem of mood and contact points to the fact that in this attunement we are always already in a relation to an original loss (Szondi 1972, 173 ff.). But this reference to a loss is perhaps still a secondary, derived phenomenon. More fundamental than loss is the experience of an indefinite lostness we experience in the burden of being-there and in our need for support.

---

<sup>4</sup>Attunement describes how reactive a person is to another's emotional needs and moods.

According to Szondi, this anthropological problem of Contact unfolds in two directions. Szondi approaches these two lines from two German words that are difficult to translate: 'Halt' and 'Ersatz'. A Halt is a hold, something or someone to cling to, a support, or rather, something one can hold on to. A Halt prevents one from falling. But a Halt is also a stop, a stopping place or a stay, where one can halt, so that a trajectory gets a rhythm, so that something can get going, stop and start again.

Towards this theme of the Halt one can take a positive or a negative drive position. This creates a dialectical tension between two poles, which can be expressed with the verbs: to cling and to let go. These are the two things that can be done with a Halt. This dimension of contact and mood is so basic that, when things are not going too bad, we tend to forget that we are totally dependent on an environment that keeps us, on habits that rhythm the day, and on our addictions that dispel our dark moods. But at the same time we must also be able to let go of these things to stand on our own legs, to at least have the illusion of being independent and self-reliant.

From a Szondian perspective, the oral craving, and the whole theme of what psychoanalysis understands as 'orality', must be understood from the perspective of contact, mood and rhythm, rather than from lust. Thumb sucking or smoking cigarettes is not so much a matter of pleasure; in the first place it is something to hold on to, to maintain the mood, to rhythm time, which goes too fast or too slow, to start the day in the morning, and to accompany the transitions during the day, and those from day to night. It is a foothold and a stop, rather than a pleasure. Anyone who wants to quit smoking should not look for a different pleasure, but for other habits to hold on to.

The experience of an original, indeterminate lostness, that resonates in our need for a Halt, acquires a more concrete content in the course of our history of experiences of loss. It is in this context of more concrete, more determined experiences of loss that the problem arises of what Szondi calls 'Ersatz'. According to the dictionary, an Ersatz is "something of a lower quality or suitability that is used to replace something else, often because the latter is not available". Ersatz therefore implies at least a certain recognition of the loss, because an Ersatz is a substitute. Therefore, an Ersatz differs from a Halt. A Halt is not a replacement or a substitute; it does not take the place of anything else, it is just something, the next best thing to cling to. An Ersatz does replace something else that has been lost.

Towards the Ersatz, too, there is a positive and a negative drive position. The negative position is the refusal of an Ersatz, a position that e.g. is typical of 'pathological' mourning: one remains faithful to what is irrevocably lost. Nothing can replace the lost. It is a position of nostalgia. That is why Szondi denotes this drive position with the verb 'sticking'. People keep sticking to what is lost. To stick is not the same as to cling. In sticking there is an inability to let go of what one at the same

time recognizes as irrevocably lost. The champions of clinging are the addicts who are addicted to their product. The pathology of sticking, on the other hand, is depression or pathological mourning, which refuses every Ersatz in a tragic fidelity to the irrevocable, because what is lost, can never be replaced.

The positive position to the Ersatz is that of the restless search of always something else, always something new. That seems to be a more optimistic activity, but in fact this search for always something new is also a desperate relationship to the loss. Desire here is always the desire for something else. Anyone who ever ordered shoes at Zalando to fight a dip in the mood, knows that, when the shoes are delivered a few days later, the desire has long gone somewhere else. The agitated depression is the fuel of capitalism.

In this way Szondi designs a simple scheme of four basic drive positions, four verbs, which deal with the problems of contact and loss:

+ (to search for)	+ (to cling on)
Ersatz	Halt
- (to stick to)	- (to let go)

Szondi's analysis of Contact is an anthropological, not a psychiatric theory. Psychiatric diagnosis is fundamentally founded on an essential distinction between normality and pathology. Szondi's drive diagnostics precedes this distinction. The problem of contact and mood is a general human problem and everyone is therefore in the dialectical tension between clinging, sticking, searching and letting go. Pathology here is a question of quantitative disharmonies between these four drive positions.<sup>5</sup>

Now let us return to the clinical field of disability to see how this square of Contact can elucidate our clinical understanding.

## V

Souleymane is a sympathetic young man who is in touch with his surroundings. He likes a good atmosphere and conviviality. He wants to be liked and loves a quiet life without conflicts and tensions. Every night around eight o'clock he puts on his pajamas and tucks in under a bedspread to watch TV and eat a snack. He is always in the mood for a party, but also loves a lazy Sunday

<sup>5</sup> For an extensive introduction to the thinking of Szondi, see: Schotte 1990 and Melon & Lekeuche 1990.

afternoon on the couch. Souleymane is a very loyal person. He is very attached to the educators who work with him and he also keeps in touch with some nurses from the hospital where he used to stay. Every Thursday, when other residents call their parents or family, he calls a nurse from the psychiatric hospital, who, according to him, is like a father to him. This bond with the past is not motivated by nostalgia or even by a connection with his past. During his telephone conversations with the people he knows from the past, the main point is to encourage them to invite him to have something to eat together.

But this smooth contact and this good mood are very fragile. To maintain this mood, a constant flow of soft drinks, sweets, dry sausages, biscuits, chocolate and chips is required. The educators must constantly slow down this massive oral craving, and they must answer "no" to his constant demands for food and all kinds of extras a hundred times a day. As a result, his good mood is constantly under pressure due to the oral frustration and the agitation that comes with it. The difficulty for the educators is above all to dare to say 'no', to continue to endure his frustration and disappointment, and to make the postponement digestible again and again, in a calm tone and with a little humor and explanation. That is why it is also very important that he always has something to look forward to. The prospect of a party or a dinner next week gives the oral drive some breathing space and frees it a bit from immediacy and frustration.

Souleymane has a very minimal psychological investment of his past. Despite - or just because of - his extremely traumatic childhood, this past apparently does not occupy him very much. To a trainee psychologist who takes care of him, he can tell a bit about his past, but that is more to please her, and to seduce her to buy him a Coke after the session. Souleyman's traumatic childhood is not a past that he could relate to. It is still an actual abyss, and his obsession with food is his Halt. As long as the Halt holds more or less, Souleymane stays on the surface and can lead a more or less bearable daily life. But this Halt is also always about to be dragged into an affective vortex, in which the oral craving gets completely adrift. It is the task of the educators to slow down the craving for food so that it can survive as a Halt, even though this makes them feel bad about their own severity and about Souleymane's constant disappointment and sudden anger.

## VI

In contrast to Souleymane, Réginald has a very strong emotional connection with his past, in which his mother's explosive suicide plays the main role. In the earlier portrait of Réginald I have paid particular attention to the theatrical, paroxysmal aspect of his behavior, but that is only one pole of a bipolar tension between explosiveness and stickiness. To understand Réginald, one must start with

what he himself calls his "bed-days". For example during the period around the anniversary of the death of his mother, he stays in bed for days, with only a few short appearances in the living room to say that he does not want to eat. His bedroom becomes a dark, sweaty and oppressive mausoleum in which everything is dominated by the morbid cult of a past that does not want to pass. The past is a sticky thing he cannot get away from, where the present suffocates and the future is silted up. After a period of "bed-days" Réginald returns among the living. It is as if he has sunk into silence to such an extent that he is startled by every movement around him, that he falls from one surprise into the other. It seems as if he interferes with everything and makes a drama out of everything, but at the same time he is frightened and put off balance by everything. Every sign of life, everything that happens around him, he now seizes to pump some oxygen into the depressive state of suffocating stickiness. These paroxysmal attempts to pull himself out of the melancholic swamp are mostly played out in the relationship with the educators. Just as you cannot tickle yourself, you cannot startle yourself either. Réginald first has to surprise people, move them, work on their nerves, scare them, make them laugh, and so on, so that their more or less explosive reactions can in turn shake him out of his depression. This tension between stickiness and explosiveness sometimes gets very violent. A hard-to-tolerate state of crisis and agitation which goes on for days, ultimately results in a crackling, aggressive outburst, which makes the sultry, threatening atmosphere clear again. Then everyone can catch their breath again.

## VII

A problem of gender identity is not a mood disorder, but even in the case of Yvonne, the basic dimension of contact seems to shed some light on her problems. Her back and forth between man and woman is but one manifestation of a restless hunt for always something else, always something new. The same applies to clothes, shoes, social contacts, sexual interests, and so on. A good example of this is in the report of the educator who goes to the appointments in the gender clinic with her. While they are waiting for the appointment with the surgeon, several doctors pass the waiting room, and with each of them Yvonne says she hopes it is not this one because one is too old, the other is weird, and with each of them there is something that makes her look for another one. This example also shows that there is something deeper than just the restless search for always something else. This search is not just a constant from-one-to-another. It is accompanied by a devaluation of everything that passes by. Behind the restlessness of the search, there is a coldness that has long let go and abandoned everything, and that has withdrawn into an appearance of inaccessibility and total independence.

\*

Usually, the 'behavioral problems' of people with an intellectual disability are not incomprehensible disorders; they are ways to relate to existential challenges everybody has to deal with. These challenges have to do with the problems of love, lust and corporeality, with those of rivalry and aggressiveness, and guilt and shame, with the problems of identity and alienation. But everything starts with the more basic problem of mood and contact. The different drive positions that Souleymane, Réginald and Yvonne occupy in this 'contactual' dimension also leave their mark on the different ways in which they relate to the more complex existential problems. That is why it is important in the clinical meeting always to start anew with the dimension of Contact, with Halt and Ersatz.

## References

Heidegger, M. (1993 (1927)). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.

Melon, J. & Lekeuche, Ph. (1990). *Dialectique des pulsions*. Brussels: De Boeck

Schotte, J. (1990). *Szondi avec Freud. Sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle*. Brussels: De Boeck

Szondi, L. (1972). *Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik*. Bern: Hans Huber Verlag.

## Abstract

The author presents three cases of young people who have in common: intellectual disability and 'severe emotional and behavioral disorders', a traumatic childhood, an adolescence in psychiatry, a life in a closed unit in an institution. But who show also differences that are crucial to elucidate the existential problems they have to deal with in their daily lives.

A problem that is easily overlooked in such clinical issues is that of the mood, the attunement to the environment and the rhythms of daily life. Everything starts with this basic sphere of mood and contact, and a neglect of it can be clinically catastrophic.

## Résumé

L'auteur présente trois cas de jeunes gens qui ont en commun: une déficience intellectuelle et des «troubles affectifs et comportementaux graves », une enfance traumatique, une adolescence en psychiatrie, une vie dans une unité fermée en institution. Mais qui montrent aussi des différences

cruciales pour élucider les problèmes existentiels auxquels ils sont confrontés dans leur vie quotidienne.

Un problème qui est facilement négligé dans de tels problèmes cliniques est celui de l'humeur, de l'accord avec l'environnement et des rythmes de la vie quotidienne. Tout commence par cette sphère fondamentale de l'humeur et du contact, et la négliger peut s'avérer cliniquement catastrophique.

## **The Szondi test in the Field of Religious Psychology**

### **Analysis of Various Aspects of Religious Personality Structures**

**Takahisa Yamashita<sup>6</sup>**

We will present the results of the Szondi-test applied on a small group of Japanese Tantric (or Esoteric) Buddhist novice monks participating in specific religious practices, with some changes «before and during the practices » in the test profiles.

#### **Introduction**

Since Hippocrates' time until the newly risen modern schools of depth psychology, the « religious factor » and « spiritual experience » have played an important role as religion and psychology or religion and existence occupied a very important position in these fields.

Therefore, it is absolutely necessary to study the relationship between the human spiritual life and the religious beliefs and practices which are the psychological core of religion.

Dr Szondi in « Schicksalsanalyse », describes the four functions of ego's beliefs which are considered very important as part of the four « Elementare Funktionen des Ichs ». He also emphasized the importance of the function of belief in other works such as « Ich-Analyse », « Kain, Gestalten des Bösen » and « Moses, Antwort auf Kain ».

In recent years, many people have used the words « spiritual » and « mindfulness ». Words that became widely known from the February cover of « Time » magazine in 2014<sup>7</sup>.

According to Paganini & Phillips « Mindfulness » is the psychological process of bringing one's attention to the internal and external experiences occurring in the present moment, which can be developed through the practice of meditation and other training. A search for Mindfulness and MBSR (**M**indfulness-**B**ased **S**tress **R**eduction) in Pub Med, reported +5,000 titles. But, the research using psychological Projective Techniques on the mental change of traditional Buddhist monks' meditation or training described as the origin of Mindfulness did not show any hits in Pub Med. This could be understood by the fact that in the period traditional Buddhist priests are carrying out special practices, it is very difficult for psychologists to let them pass psychological tests.

This time however we got a special permission from one of the biggest 'Shingon (真言)' Buddhist

---

<sup>6</sup>

Co-director of the Nonprofit Corporation of the Organization for Mental Health Support for Children and Adolescents Living in Saitama, Japan

<sup>7</sup><http://content.time.com/time/covers/0,16641,20140203,00.html>

sect's chief priest to undertake the Szondi-test on the novices as well as a permission for this presentation.<sup>8</sup>

## Overview

To help understand the history of the sects to which our Buddhist subjects belong we first present shortly the spread of Buddhism and then an outline of traditional Buddhism in Japan. Then we will present the research method, the results and finally the conclusion.

### 1. The Propagation of Buddhism to various parts of the globe

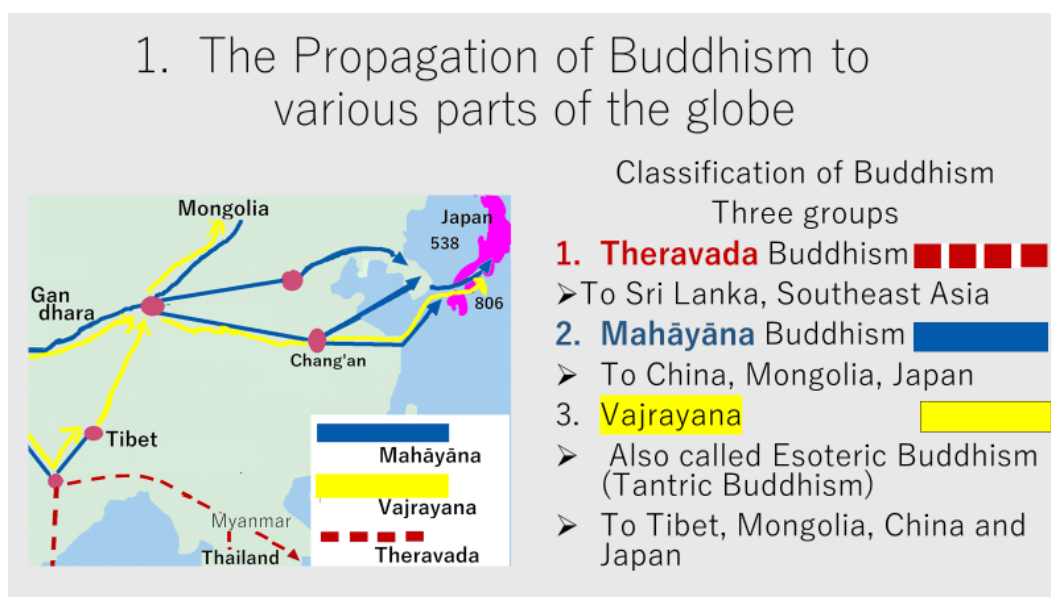


Fig. 1 shows the outline of the spread of 3 Buddhist groups. The first one (red dotted line) is a Buddhism, which began in northern India as a world religion, known as Theravada Buddhism, which travelled to Sri Lanka and Southeast Asian countries such as, the Khmer Dynasty, Thailand, Laos, and Cambodia.

The second (blue line) is Mahayana Buddhism. It spread from India to northern Asia, and to China, the Korean peninsula, and through other regions in Central Asia to Japan. Mahayana Buddhism was introduced in Japan in 538 A.D.

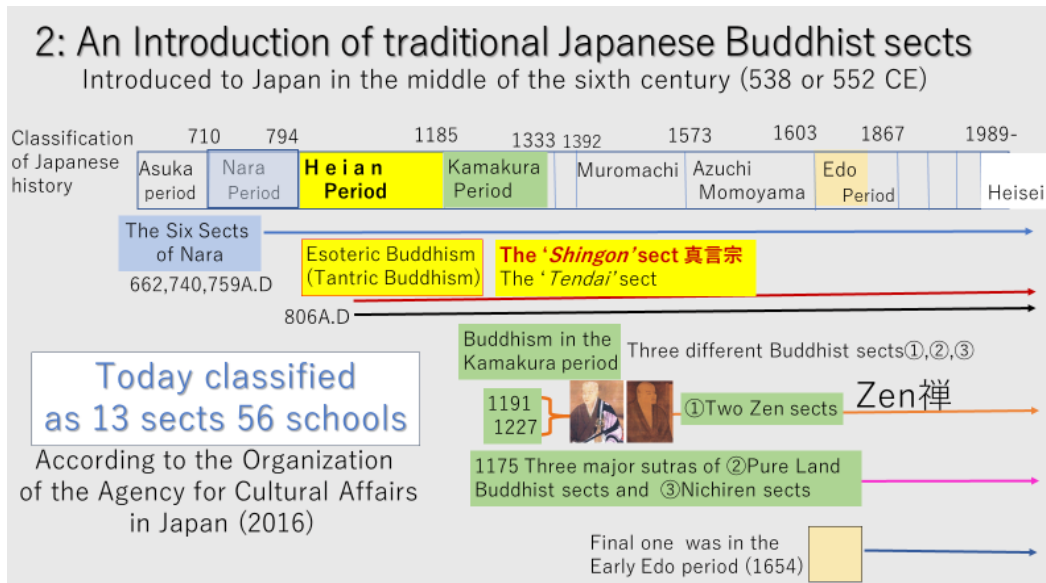
The third group (yellow line) refers to Esoteric Buddhism, last departed from India, spreading to Tibet, Mongolia, China and Japan. It reached Japan in 806 A.D.

<sup>8</sup> We thank the "volunteer novice monks" who cooperated in this survey and the chief abbot of the Shingon Sect, Master Kyochi Takemuta (竹村教智) who gave me permission to do the survey.

## 2: Introduction of traditional Japanese Buddhist sects

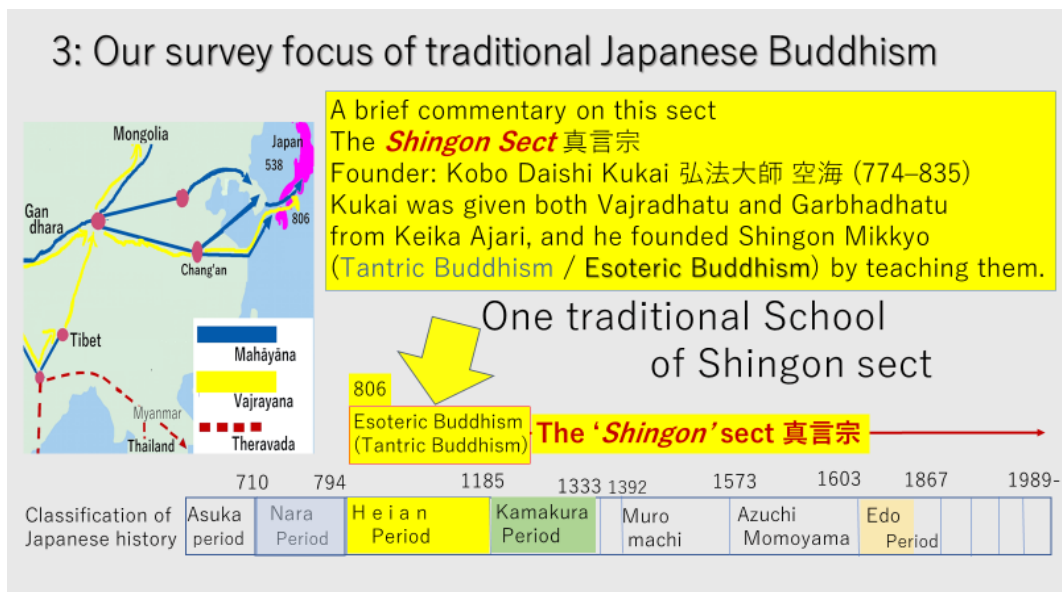
In Japan the traditional Buddhist religion consists of 13 sects and 56 schools, which were established between the Nara period (710 A.D.) and the early Edo period (1654 A.D.).

Fig. 2



Among them, the Buddhist group you probably know as « Zen Buddhism », was transmitted to Japan from the 12th century to the 13th century. They put « sitting meditation » at the center of religious practice.

Fig. 3



3: Our study subjects are novice monks of the « Traditional Shingon sect of Japanese esoteric

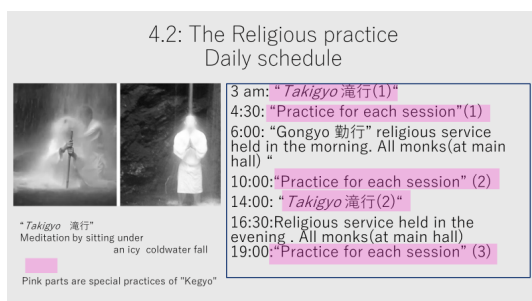
Buddhism ». This orientation is also called Tantric Buddhism. It's spreading is shown by the flow of the yellow line in the left Asian map. The Shingon sect was brought to Japan by the Japanese monk Kukai (空海).

#### 4.1 What kind of Buddhism do these monks practice?

The Shidokeyyou practice (四度加行) is a training for 56 consecutive days (eight weeks) with a strict and hard ritual for the young novice. It is held from February to March in the coldest season. Shidokeyyo is essential for every Shingon monk and it is a basic method in esoteric Buddhist discipline. Shidokeyyo takes place over four stages: Juhachi-do (Eighteen Paths), Kongo-kai (Vajradhatu, Diamond Realm), Taizo-kau (Garbhadhatu, Womb Realm) and Goma (護摩= sound transcription of the Sanskrit 'homa') (Fire Ritual).

#### 4.2: The Religious practice. Daily schedule.

Fig. 4.2



The daily routine of the novices starts with « meditation by sitting under a waterfall » at 3 AM. This waterfall on the mountainside is more than a thirty minute walk from the priests or novices quarters and icy cold. The schedule shown in fig. 4.2 includes the cleaning of the monastic (temple) yard and attending lectures from the priest monk.

### 5: Research subjects and Methodology

Fig. 5



The four subjects of this research are so-called normal Buddhist novices, two of them 19-year-old males, one twenty and the fourth is twenty-one years old. One subject was tested before and during Kegyou practice. For all cases, the Szondi-test<sup>9</sup> was used.

We will present one person's Szondi test profile results before and during Kegyou practice.

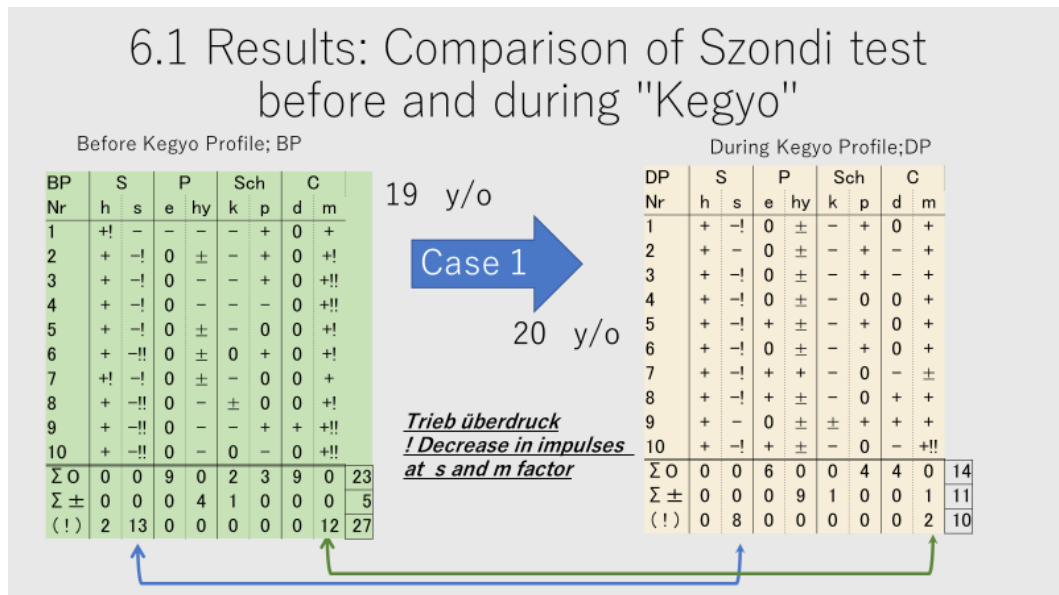
At the same time, we present the results of the method of Quantum Billing (*Methode der Quantum Verrechnung*) of 4 novices using the Szondi-test during Kegyou practice.

<sup>9</sup>Hans Huber

## 6. Results

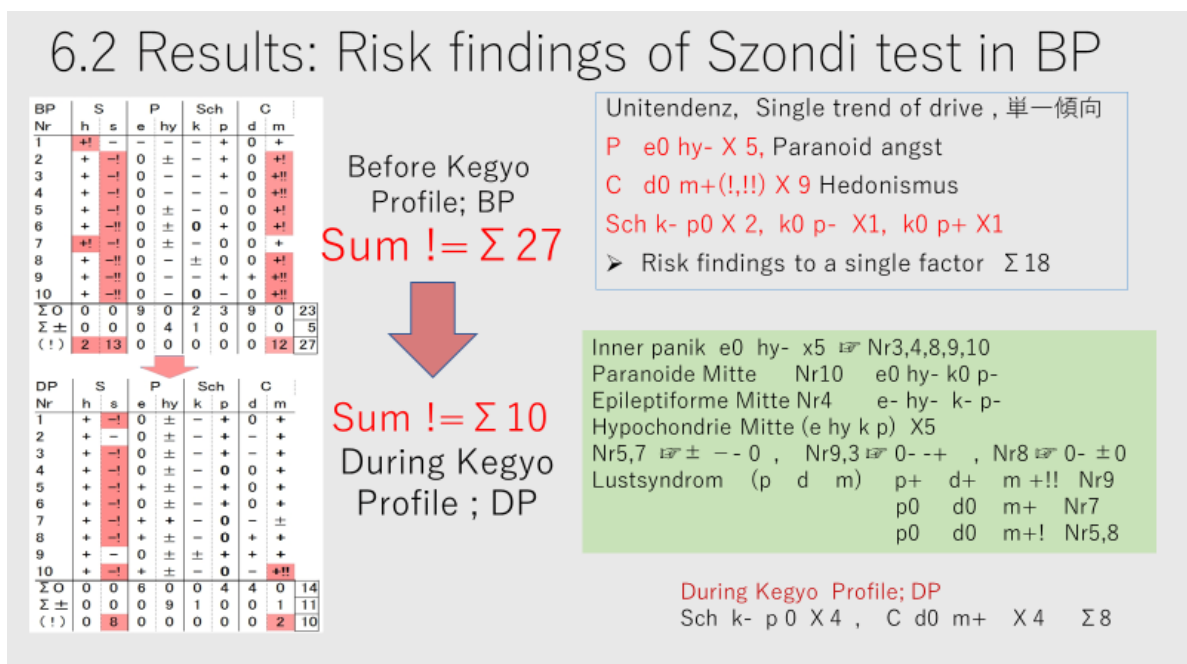
Fig 6.1 shows a comparison of the Szondi-test VGP profile « before Kegyou practice (BP) » and « during Kegyou-practice=DP ».

Fig. 6.1



### 6.2 Results: Danger occurrences in BP Szondi-test

Fig. 6.2



Focussing on quantitative elements in BP: each factor TSG in the S vector presents overpressure (!)

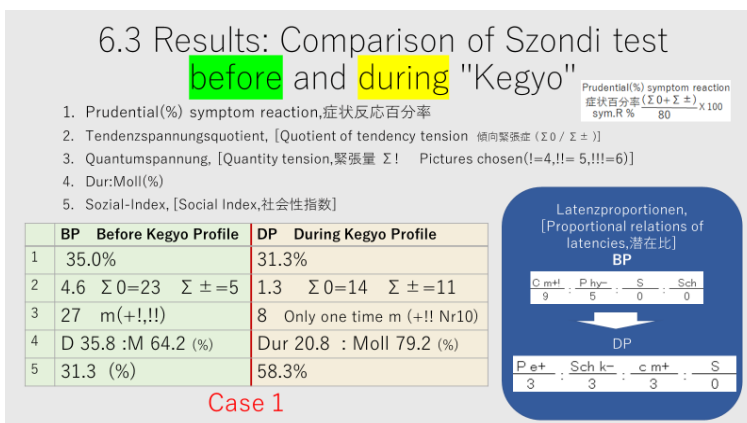
Drive overpressure is markedly present in S (twice in h +; nine times in s -!/) and eight times in factor m (m +!). The 12 m + drive overpressures « triple Überdruck » in BP, are reduced in DP to

just 2.

Focussing on the drive uni-tendencies: these are present 5 times in vector P, 3 times in the vector Sch, and 9 times in vector C. And also reversions « *Umdrehung* » in uni-tendencies in vector Sch.

### 6.3 Results: Comparison of Szondi-test before and during « Kegyo ». Latency proportions.

Fig. 6.3



Focussing on Proportional latency relations: BP started with a danger of a strong tendency to hedonism Cm +, which it tended to project (p -). But in DP, Abel's desire (e +), and self-vector (k -) acts as a safety valve.

### 6.4 Results

Fig. 6.4: 4 novices' Szondi tests « During Kegyo »

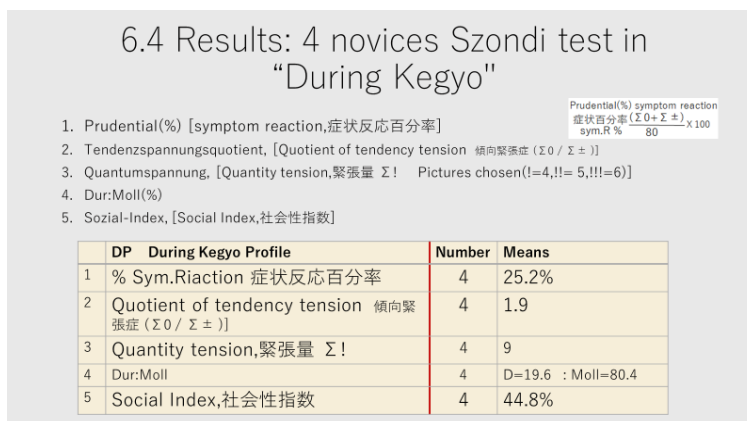
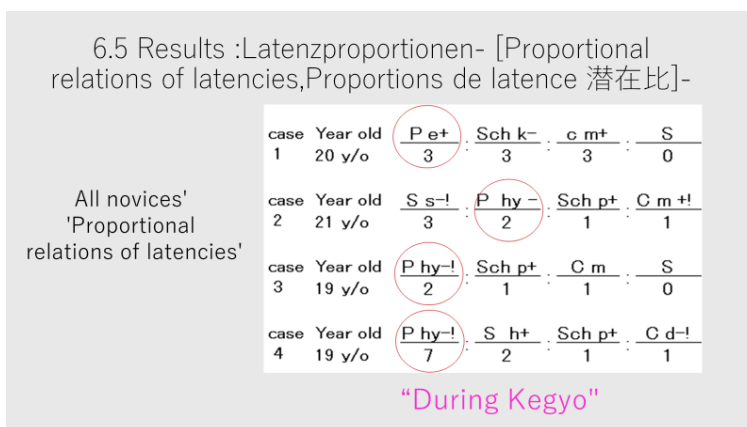


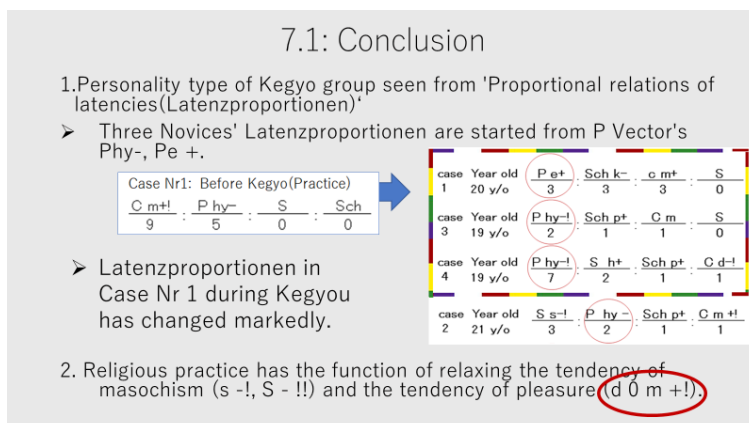
Fig. 6.5: 4 novices' Latency Proportions, (潜在比) DP



As an interesting finding, three subjects have the most inspirational reactions shown first. These are findings showing affinity toward a socially religious direction.

## Conclusions

Fig. 7.1



In three of the four novices 'during Kegyo' we find *Latenzproportionen* starting in vector P.

This can be considered as an index giving a large effect to vector P - the "emotional reaction / affect reaction" by conducting religious practices.

*Latenzproportionen* BP in case1 starts with  $C_{m+}$  which might be seen as an indicator of danger for hedonism, a tendency corresponding to  $d0m+!$

He is carrying out Phy - psychological control hiding his dangerous hedonism tendency.


At the same time, vector S shows 13 drive exclamation marks, as he was at risk from flowing to the hedonist world due to a tendency to masochism rather than to just passivity. But after about one year, his pleasure tendency ( $d0m+!/!$ ) has been markedly transformed after "Kegyo" practice, showing an important quantitative reduction of that danger.

Religious practice has the function of relaxing the tendency of masochism (s -! / -!!) and the tendency of pleasure d 0 m+!

Fig. 7.2

**7.2: Conclusion**

3. From the "Psychology of Religion (1899)" by Edwin Diller Starbuck, E. D (1866-1947) to the present age, **the questionnaire method** was the mainstream for empirical research in religious psychology.
  - In the future, collaborative research with the **"Mindfulness"** area **using the Szondi test** will also be necessary
  - This survey found that comparative studies of "before, during" are easily clarified by Szondi test.
4. Expect **collaboration** between traditional religion and psychology / psychiatry around the world.
5. The study on **"Numinöse"** by Rudolf Otto(1869-1937) and religious practice has not been elucidated by my survey.



It is obvious that his survey lacks a sufficient number of subjects.

Especially the single case comparison between 'before Kegyo' and 'during Kegyo practice'.

However, "religious practice in traditional religion" proved to have a great effect on the hearts of those who do it.

In other words, we might consider that the Szondi test confirmed the possibility for religious practice with a background of "Mindfulness", "spirituality" to show beneficial effects for vulnerable people. We also might be able from this to introduce the unknown wisdom and effects of traditional religions around the world by means of our Szondi test.

## References

Otto, R., Das Heilige: Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen.

Trewendt & Granier, Breslau 1917 (4. Auflage 1920 online). Nachdruck: Beck, München 2004, ISBN 3-406-51091-4.

Pagnini, F., Phillips, D., Being mindful about mindfulness, The Lancet Psychiatry 2(4) · April 2015

Phillips D. & Pagnini F., A Mindful Approach to Chronic Illness. in: Le A , Ngnoumen CT , Langer E (Eds.) The Wiley-Blackwell Handbook of Mindfulness. Wiley-Blackwell, London; 2014: 852-863

Starbuck, Edwin Diller, Psychology of religion, 1911, London, The Walter Scott publishing co., ltd.; New York, C. Scribner's sons

Szondi, Lipot, Schicksalsanalyse. Wahl in Liebe, Freundschaft, Beruf, Krankheit und Tod. Erbbiologische und psychohygienische Probleme. Benno Schwabe, Basel 1944

Szondi, Lipot, Kaïn, Gestalten des Bösen. Hans Huber, Bern 1969

Szondi, Lipot, Moses. Antwort auf Kaïn. Huber, Bern 1973

## **Abstract**

This exploratory study by Szondi's test of four novice Shingon Buddhist monks before, during and after a 56 days Shidokegyo initiation suggests that this initiation offers young monks opportunities to overcome or surpass, or even transcend, the dangerous charges visible in the peripheral vectors before the start of the initiation. The author also hopes to have provided support to promote an alternative to research conducted exclusively through questionnaires for the psychology of religions.

## **Résumé**

Cette étude exploratrice par le test de Szondi de quatre moines bouddhistes Shingon novices avant, pendant et après une initiation Shidokegyo de 56 jours donne à penser que cette initiation offre aux jeunes moines des possibilités à surmonter ou dépasser, voire transcender, les dangereuses charges visibles dans les vecteurs périphériques avant d'entamer l'initiation. L'auteur espère aussi avoir apporté un support pour promouvoir une alternative aux recherches menées exclusivement au moyen de questionnaires pour la psychologie des religions.

## **Implications of my research on Szondi for the relevance and methodological issues of a history of psychology**

**Kiss, Enikő Csilla**

I began studying Leopold Szondi's fate analysis and career history in 1986 when only very few related publications were available in Hungary. In the present study, I address general issues of reconstruction of a history of psychology raised by my research on Szondi.

### **1. Does research on a history of psychology have any relevance?**

Any history of psychology focuses by definition on issues concerning significant individuals and discoveries in science over a specific period of the past. One of the first issues raised by this perspective concerns the importance of such knowledge of the past. Does such knowledge have any relevance in terms of the future evolution of science?

At a general level, a possible answer is that learning about the "Great Forebears'" lives, professional devotion, and commitment to science *provides models and exemplars for the new generation(s)*, that is, such knowledge may be considered as a means of professional socialization (see Pléh, 2014). Scientific knowledge changes over time as a matter of course, but an "encounter with the past" presumably has a decisive influence on all scientists' development in terms of professional commitment and scientific identity. All professionals are aware of the great importance assigned to one's encounter with one's "master". Outstanding scientists' inspiring personality and scientific approaches arguably have a decisive influence on the new generation(s). Their exemplary role is not necessarily based on the "content" (which may become obsolete over time), but on the "form", which is to be found in the method – that is, the "Great Forebears" provide examples of how to gain new knowledge by asking questions that meet scientific standards. However, development of an inspiring intellectual tradition does not serve to idolize scientists of the past, but to encourage scientists to ask the same questions again and again and to critically reflect on their predecessors' findings.

Implications of my research on Szondi for the relevance and methodological issues of a history of psychology

Psychology as a science is no exception to the principle of time: the future cannot be understood without knowing the past even if the present is always focused on deconstructing and surpassing the latter.

My research on Szondi has also given me another answer concerning the relevance of a history of psychology. This suggests that one type of scientific insights *emerges as intuition in the age of the discoverer*, while it takes further development of scientific knowledge and methodology to eventually verify the discovery by scientific means. An example of this process is Szondi's theory of inheritance and fate analytical insights, which may be placed on new grounds by the knowledge and methods of contemporary genetics (see e.g. Bereczkei, 1999). This leads to the more general idea that it is often impossible to reveal the background of a discovery specific to the given historical period, but the insights obtained in the past may still contribute to contemporary knowledge and may even inspire further research. In such cases, a history of psychology may fulfil the role of a mediator between past and future generations.

Another aspect of this position is that knowledge revealed in the past – especially that obtained in the humanities and social sciences – may gain new currency in contemporary society by reframing old questions, and reversion to previous knowledge and adapting it to a current perspective may provide creative inspiration (i.e. theories and the related empirical insights having relevance to contemporary science may be utilized in finding answers to current questions).

In addition to professional socialization and knowledge transmission, the third important role of a history of psychology may be facilitating *self-reflection in psychology as a science*. Retrospection on the history of science allows insights into the evolution of, and connections between, various theories and empirical findings. In psychology, these historical approaches primarily follow a theoretically oriented tradition, which focuses on the links between various conceptual frameworks and anthropological models (Pléh, 2010).

The following sections address further issues of the relevance of a history of psychology, which primarily place the subject in philosophical, methodological and historical perspectives.

## 2. The general epistemological issues of psychology and of a history of psychology

The general issues of scientific verification of reconstructed historical facts of psychology raise several further problems and ideas. When and how is historical reconstruction objective? How may researchers' subjectivity be eliminated? How may retrospection on a given historical period from another period be objective? Is it possible at all? What feasible objectives may be set by researchers? To answer such questions, one has to consider the epistemological criteria of scientific knowledge.

The general epistemological issues of scientific knowledge are the subject of the philosophy of science. The emergence of modern science in the 17<sup>th</sup> and 18<sup>th</sup> centuries raised tension between the natural sciences and the humanities in terms of methodological practices. To draw a sharp distinction between the two approaches for the sake of clarity, the *methodology of natural sciences* is based on the assumption that objective knowledge of the world may be obtained by fulfilling the criteria of experimentation, replicability and intersubjective verifiability. Intersubjective verifiability means that verification of a scientific statement does not require more than certain pre-existing knowledge or the common sense. Intersubjectivity also refers to consensus within a scientific community.

Reasoning in the natural sciences is based on empirical data and logical relations, and it is aimed at establishing causal relationships by verifying or falsifying hypotheses. Knowledge in the natural sciences is universal, which means that its understanding does not vary across geographical regions or cultural backgrounds, that is, it has the same meaning for everyone. The concept of objectivity raised several criticisms in the mid-20<sup>th</sup> century following Duhem, who points out, among others, that making observations and conducting experiments require pre-existing consensual knowledge and preliminary assumptions on the reliability of the obtained measures. Moreover, the relationship between the initial setting of an empirical study and the obtained empirical data is ambiguous. Quine goes further and argues that hypotheses are accepted or rejected according to the prevailing consensus within a scientific community (cited by Laki, 2014). Following these criticisms, Laki point out two further essential circumstances: first, experience is not passive reception but a process actively involving the experiencer, and second, verification is not exclusively based on explicit rules (algorithms). These considerations question the position that “*science is an empirically established and rationally verified universal system of knowledge*” (ibid. p. 105).

*Positivism* becoming popular in the 19<sup>th</sup> century attempted to establish early modern

scientific reasoning in the social sciences, whose emergence is hallmarked by the works of Auguste Comte. Positivism followed the natural sciences in placing methodology on empirical grounds and adopted a quantitative approach to observation. In a positivist approach, an adequate amount of empirical data is required for meeting the scientific criteria of objectivity and for verifying the obtained causal relationships. This objective raises several epistemological issues also including the question of objectivity, since data collection itself is selective and interpretive, that is, the positivist methodology also involves preliminary interpretation of the obtained data and findings, while it is aimed at providing knowledge unfettered by preconceptions.

In the 20<sup>th</sup> century, the proponents of *hermeneutic philosophy* – Dilthey, Heidegger, Gadamer – attempted to emancipate and redefine the *humanities*. In his work titled *Being and Time*, Heidegger (1927) notes that individual entities gain their meaning as parts of a whole, and that we are also parts of the world we strive to understand. Heidegger suggests that interpretation is always tied to certain preliminary assumptions, and that interpretation itself inherently involves understanding.

This idea leads to a circular structure of understanding suggesting that parts may be understood within a whole and the whole by understanding its parts. An example of this circularity is reading, where one uses the parts to develop a possible narrative, and if the narrative proves untenable, one modifies the narrative according to new information learned subsequently. This circular process of understanding involves a continuous interaction between the whole to be understood and its parts to be placed within the whole.

The understanding of time is also different in the perspective of the humanities as compared to the natural sciences. These latter traditionally approach to time as a quantitative concept, while the humanities rely on a qualitative concept. For example, understanding something is essentially based on a history of the subject of understanding. This historical dimension raises several intriguing issues. The subject of understanding is conceived in its own temporal existence, yet there is a wide gap between the two temporal dimensions – the one in which the entity exists and the one in which we ourselves exist. This points out the paradoxical nature of understanding.

The nature of understanding appears even more paradoxical when considering that there is no perfect understanding (i.e. no one can perfectly understand the other), but there is partial understanding, which may be expanded in a circular structure (i.e. understanding the other also takes place in a part-whole context).

In relation to historical understanding, Gadamer (1960) suggests that the only possible refutation of the actual criticism of hermeneutics must rely on temporal distance, which enables one to recognize the falsity of the preconceptions in understanding possibly leading to misunderstanding. Furthermore, Gadamer points out that although preconceptions play a positive role in acts of understanding, one has to be able in theory to suspend these when experiencing strangeness. That is, one has to exercise critical self-reflection in the process of understanding the other.

The above lead to the conclusion that historiography is a continuous interpretation of the facts and their relationships, and retrospection inevitably involves a perspective of the present in this process. Hermeneutists also point out that historians always have to address those issues that have currency in contemporary society.

Psychology as a science occupies a border area between the humanities, social sciences and natural sciences, therefore its methodology includes both qualitative and quantitative methods. The methods of research are selected according to the type of knowledge to be obtained. Experimental, psychometric (correlational) and hermeneutic-phenomenological approaches are equally accepted in psychology. Experimentation has adopted the standards of modern natural sciences and focuses on causal relationships; the correlational approach provides information on the covariation between factors occurring under natural conditions; hermeneutic psychology, a proponent of the hermeneutic-phenomenological approach and Dilthey (1894), has introduced a holistic approach to personality functions.

Having discussed the methodological characteristics of research in psychology, I examine the methods used and the subjects studied by a history of psychology. There are two major historical approaches to psychology according to whether such an approach follows *the descriptive tradition or the theory-based tradition* (Pléh, 2010). Within the descriptive tradition, Pléh makes a further distinction between the two subtypes of anecdotal and positivist approaches, which focus on collection of the greatest possible amount of narratives and data and on chronological reconstruction. Extensive data collection provides researchers with ample personal and intimate social and institutional information. By contrast, the theory-based approach focuses on a network of concepts or pieces of knowledge, which delineates the mutual relations of different schools of psychology.

Pléh mentions as the third alternative the approach proposed by historians and sociologists dealing with the social aspects of psychological knowledge, who attempt to synthesize descriptive

Implications of my research on Szondi for the relevance and methodological issues of a history of psychology and theory-based methodology with social knowledge, but this is a future prospect rather than an established approach (ibid.).

### **3. Reflections on a historical approach to Szondi's fate analysis and professional career**

In a historical study, I used several sources and a complex methodology to review Leopold Szondi's professional career, works and scientific activity.

The complex methodology was based on a combination of the theory-based and descriptive historical traditions. I chose to use such a complex methodology in order to ensure maximum factual validity of the established connections between the collected pieces of information.

Over years of research, however, I realized that the issue at hand was much more complex than I had expected. As it was discussed above, the criteria of objectivity are not clear even in the natural sciences. The distinction between "objective" and "subjective" in itself provides the subject of a lengthy discussion. It has to be noted, however, that while methodology in science does not tolerate arbitrary interpretations, certain subjective experiences may be useful in a historical study of psychology, in understanding historical periods, events and careers.

Subjectivity gained even more importance in light of my experiences as a university lecturer, since it became absolutely clear over years that those students who developed a deeper understanding of Szondi – his test and theory – developed at the same time their "own Szondi", a unique approach to the knowledge they acquired during their studies. After all, this is just natural. There is not only one Szondi, but several interpretations of Szondi based on different perspectives and ways of understanding. At the same time, this diversity is a proof of Szondi's currency in contemporary society.

Historians of psychology also have to face the question of time. Quite a few decades have passed since Szondi developed his fate analytical theory in his own age. As a matter of course, we live in a different age in the beginning of the 21<sup>st</sup> century. How can we authentically relate to events that took place 100 years ago? Even if we refer to history textbooks, the accounts we find provide nothing else than (different) historical perspectives. Gaining insight into Szondi's own social milieu and his position in that milieu raises further difficulties. Namely, a homogeneous social-historical-cultural atmosphere may not be taken for granted, since individual lives lived in such a hypothetical atmosphere are always based on unique perspectives. This may be illustrated by several examples brought from Szondi's own life. One of these exemplary events took place in 1944 when Szondi as

a prisoner in a concentration camp organized a seminar in fate analysis – enjoying his fellow prisoners' emotional support for his endeavour – and introduced interested intellectuals to his theory. This illustration reflects well that we have different experiences in various life situations, unique perspectives on our individual existence, that we create our fate in unique ways.

A further question is how the investigated past meets the individuality, knowledge and life experiences of the historian, how historians can relate to the past they study. That is, the researcher's understanding of the subject of research is based on a unique relationship between the two.

In conclusion, this brief article draws attention to the importance of an interdisciplinary approach to elaborating methods of a history of psychology, which requires experts of philosophy, history and psychology to cooperate in determining the fundamental criteria and methodological principles of historical studies.

## References

- Berezkei, T. (1999): Szondi és a modern biológia (Szondi and the modern biology). In: Gyöngyösiné Kiss Enikő: *Szondi Lipót*. Magyar Pantheon sorozat, Budapest, Új Mandátum Könyvkiadó.
- Dilthey, W. (1894/2004): *A történelmi világ felépítése a szellemtudományokban* (Der aufbau der geschichtlichen welt in den geisteswissenschaften). Budapest, Gondolat Kiadó.
- Gadamer, H.-G. (1960/1984): *Igazság és módszer. Egy filozófiai hermeneutika vázlata* (Wahrheit und method). Budapest, Gondolat Kiadó.
- Heidegger, M. (1927/2007): *Lét és idő* (Sein und Zeit). Második, javított kiadás. Budapest, Osiris.
- Laki, J. (2014): *Kulturális relativizmus és tudomány*. (Cultural relativism and science) In: Faragó-Szabó István, Gyöngyösi Megyer, Takó Ferenc, Tóth Olivér István (ed.) (2014): *Világunk határai*. Budapest, Eötvös Collegium Filozófiai Műhely Kiadása.
- Pléh, Cs. (2010): *A lélektan története*. (The History of Psychology) Budapest, Osiris.
- Szondi, L. (1973): *Leopold Szondi. Shicksalsanalyse – eine Selbstdarstellung*. In: Pongratz, L. J., *Psychotherapie in Selbstdarstellungen*. Bern, Hans Huber, 413-457.

## **Abstract**

The paper deals with those questions what kind of problems we meet if we make a historical research on the field of psychology. One of the first question can be, does a research on a history of psychology have any relevance? The general issues of scientific verification of reconstructed historical facts of psychology raise several further problems and ideas. When and how is historical reconstruction objective? How may researchers' subjectivity be eliminated? How may retrospection on a given historical period from another period be objective? Is it possible at all? What feasible objectives may be set by researchers? To answer such questions, one has to consider the epistemological criteria of scientific knowledge.

## **Résumé**

L'article traite de questions qui concernent le genre de problèmes que nous rencontrons quand nous faisons une recherche historique dans le domaine de la psychologie. Une des premières questions peut être si une recherche sur une histoire de la psychologie a une pertinence? Les problèmes généraux de la vérification scientifique des faits historiques reconstitués de la psychologie soulèvent plusieurs autres problèmes et idées. Quand et comment la reconstruction historique est-elle objective? Comment éliminer la subjectivité des chercheurs? Comment la rétrospection sur une période historique donnée à partir d'une autre période peut-elle être objective? Est-ce possible? Quels objectifs réalisables peuvent être fixés par les chercheurs? Pour répondre à de pareilles questions, il faut considérer les critères épistémologiques de la connaissance scientifique.

## **The relation between the fate-analysis and Jungian analytical psychology in Márta Antalfai's oeuvre**

**Markó, Éva; Bodó-Varga, Zsófia**

### **Introduction**

Márta Antalfai is a significant representative of the psychotherapy in Hungary. The impact of both L. Szondi and C.G. Jung may be perceived in her work as she claims “I think that the therapeutic process of individuation may not be carried out without unearthing the familial unconscious and addressing and making the complexes of the ancestors conscious” (Antalfai, 2018, pp163).

She is the founder and head of the Psychological Health Care Foundation, a clinical psychologist, training psychotherapist, art psychotherapist and a Jungian analyst. She created the method called Katarzisz Complex Art Therapy in 1972-74 and Treasure-seeker Tale Therapy Method in 1998.<sup>10</sup>

### **Unique methods and instruments in Antalfai's practice of psychotherapy**

As a Jungian analyst, the core of her therapies is the dreams of the patients, and, moreover, if needed, the tales and the act of creation based on art therapy method and artistic techniques. She agrees with Szondi that we may shape our fate with the help of the *decision-making self* (Szondi, 1996) and her experience gained in therapies reveal that we only may realize our fate, that is to say, to choose among our own fate possibilities if we are adequately conscious and possess sufficient ego strength. This consciousness shall include the familiarity of the ancestors and accepting their lives (regardless how tragic they are) to a certain extent. Thus fate-analysis has an important role in the dynamically oriented analytical psychotherapy applied by Antalfai, usually employed as a phase of the therapeutic process (Antalfai, 2018).

In practice, ancestors are evoked in the therapy via associations and dreams. Working with ancestors has well known methods as creating the patient's genealogical tree. Nevertheless, Antalfai developed unique instruments, since family trees prove not to be sufficiently informative in several instances. Thus Antalfai created a survey including questions regarding one's similarities and

---

<sup>10</sup>

attitudes towards a wide range of their ancestors, namely the **Questionnaire Measuring and Comparing Characteristics** – for genetic psychological research (Antalfai, 2018).

1. Based on own judgment, who do you think you resemble the most? (e.g. appearance, height, hair and eye color, behavior etc.)  
Your mother :..... Your father:.....  
Your maternal grandmother:..... Your maternal grandfather:.....  
Your paternal grandmother:..... Your paternal grandfather:....  
none of the above:.....  
My appearance resembles .....

2. Write down these characteristic appearances:  
.....

Figure 1. Excerpt from the questionnaire - translated to English  
Based on the appendix of Antalfai (2018)

Furthermore, in her clinical practice, Antalfai (2018) applies fine art portrays and photos displaying males and females in two age groups: late adulthood (55-68 years old) and elderly (from the age of 70), from which patients are instructed to choose. The choice represents the male and female ideals of the patient. This is followed by associations and the analysis of the similarities between the internal and external characteristics of the ideal and himself/herself. Summarizing experience gained in the past few years reveals that clients tend to discover the characteristics of their ancestors in the chosen ideal and they realize it during the associations accompanying the chosen picture and in the assessment. When this fact came to light, it was her intention to assign this task to those clients who did not know their grandparents and great-grandparents.

By summarizing the relation between fate-analysis and Jungian therapy, Antalfai (2018) highlights the followings:

- Both therapies are of *depth psychological* nature and the both address the relation between processes in the unconscious and the conscious.
- Both therapies use *dreams* that open a way towards the unconscious.
- Both therapies work with *complexes*, namely, *familial complexes* and *complexes of collective unconscious*.
- *Familial unconscious* may be related to *archetype*.
- Working with complexes related to ancestors is of significance in the process of *individuation*.

- Self-fulfillment, finding the true self instead of the false self, is carried by *personal fate* in Szondi's and by *individuation* in Jung's concept.
- *Freely chosen fate* contributes to *self-fulfillment*.

### The structure of personality

Szondi's impact is clear not only on her clinical practice but also at the theoretical level – *familial unconscious* is included in Antalfai's personality model that mainly contains Jungian elements.

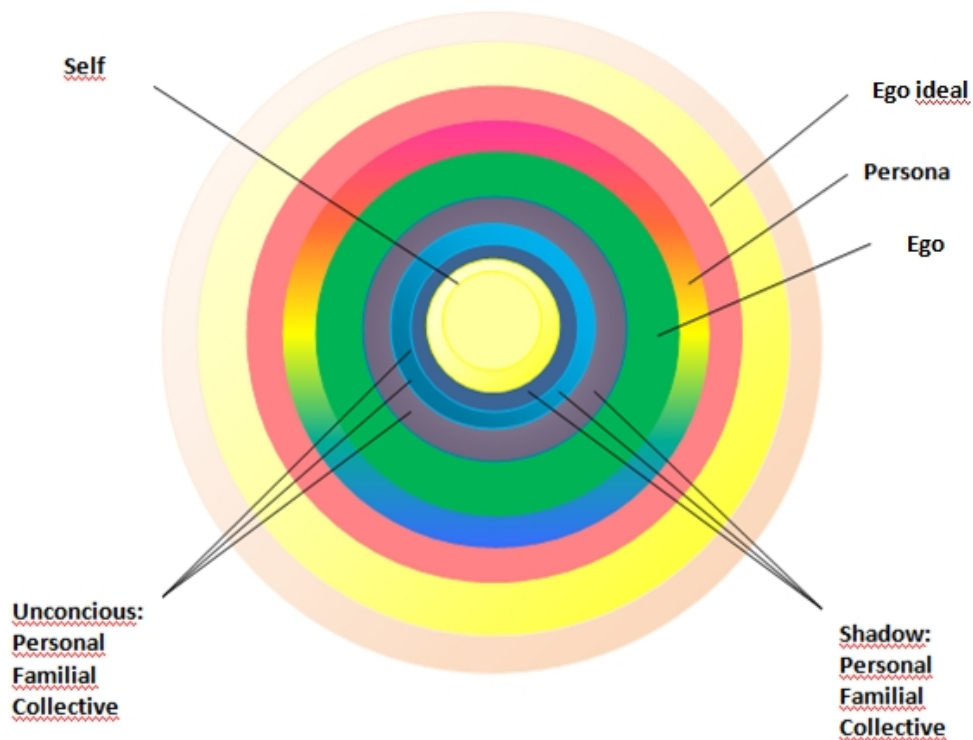


Figure 2 The structure of personality 1. Based on the figure of Antalfai (2018)

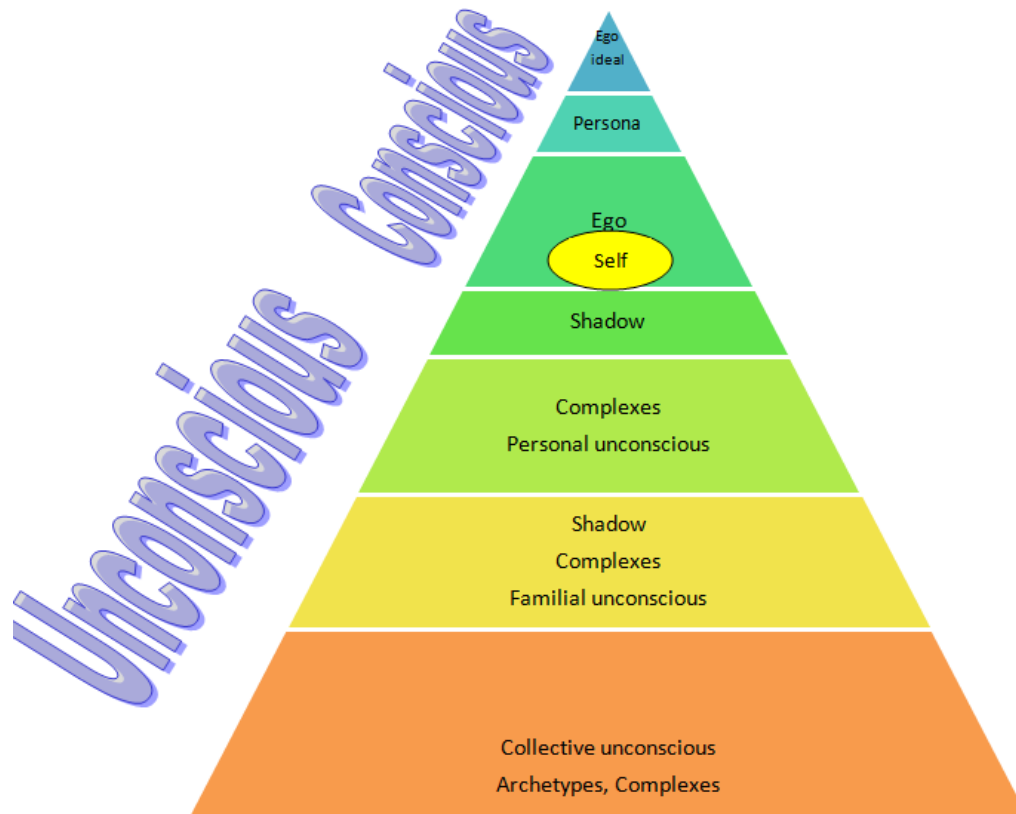


Figure 3 The structure of personality 2. Based on the figure of Antalfai (2018)

About the elements shown by the above figures only from the aspect of archetypes will be discussed in details.

Archetype is the unconscious image of instincts, a prototype, a sample. The archetype is a hereditary, *a priori* subject constituting the collective unconscious, which preserves the ancient experience of the human race (Jung, 2011).

Antalfai states (2018) that archetypes may become conscious, or with a Jungian terminology, “can be integrated”, in two possible ways. (1) First, via the mediation of the personal and familial unconscious, then making contact with the era through the conscious and keep taking new “dress” (persona). (2) By the means of symbols in tales, myths, dreams or fine arts or even in the style of the epoch. The unconscious content is impersonated by projecting it into the world.

Collective unconscious and archetype are the carriers of the universal characteristics of human kind. *A priori* patterns of archetypes appear in the conscious sphere are influenced by the environment, including the current time and the surroundings. For instance, a parent's attitude may enhance a given archetype through the personal unconscious, which may appear in the following generations via the heritage of the familial unconscious. As an example, an abusing mother presumably amplifies the negative mother-archetype in the child's unconscious manifesting in representations

of “the evil stepmother” or witch. This negative mother-representation survives in the familial unconscious, however, its origin can barely be understood considering the offsprings’ life course (Antalfai, 2018).

Antalfai also refers (2018) that pathologies and complexes hidden in the familial unconscious and unprocessed experiences and psychological traumas repressed in the personal unconscious may impede the decision-making ego. By doing so, it restricts the access to the shared treasures stored in the collective unconscious.

## Conclusion

According to fate-analysis, our possible fate always contains certain compulsions (due to familial ancestry, heredity and genetic determination) but the free choice of the ego is always present that may lead to a freely chosen destiny (Gyöngyösiné Kiss, 2010). The authors of present paper think that Márta Antalfai’s oeuvre, both in theoretical and practical aspects, represents this concept and combines Jung’s and Szondi’s ethos in a remarkable way.

## References

Antalfai, M. (2001). „Nem ijed meg a saját árnyékától”. A perszóna és az árnyék szerepe a pánikjelenségek létrejöttében az identitásváltás és személyiségfejlődés megközelítéséből. (“Not afraid of his/her shadow.” The role of the persona and the shadow in the formation of the phenomena of panic from the approach of changing self-identity and the development of personality) *Pszichoterápia*, 10 (6):425–435.

Antalfai, M. (2018). A családi tudattalan szerepe és jelentősége az életút alakulásában – irodalmi alkotások és esetrészletek tükrében. (The role and significance of the familial unconscious in the formation of the life span in the light of literary works and excerpts of case studies) *IMÁGÓ* Budapest, 2018, 7 (1): 137-188.

Gyöngyösiné Kiss, E. (2010). Personality and the familial unconscious in Szondi’s fate-analysis. *Empirical Texts and Culture Research*, 4, 70-80.

Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/260289251\\_Personality\\_and\\_the\\_familial\\_unconscious\\_in\\_Szondi's\\_fate-analysis](https://www.researchgate.net/publication/260289251_Personality_and_the_familial_unconscious_in_Szondi's_fate-analysis)

Jung, C. G. (2011). *Az archetípusok és a kollektív tudattalan*. (The archetypes and the collective unconscious) 9/1. Budapest, Scolar Kiadó.

Szondi, L. (1996). *Ember és sors*. (Man and Fate) Budapest, Kossuth Kiadó.

<http://www.antalfaimarta.hu>

## **Abstract**

The aim of this study is to demonstrate a compressed version of the Szondian aspects of Márta Antalfai's work, an eminent Hungarian Jungian analyst. In her clinical practice, she integrates fate-analytical components into her, chiefly Jungian oriented, therapies. The reader gets an insight of the unique techniques she applies during therapeutic practice. The study further introduces Antalfai's revised structure of personality incorporating both the Szondian and Jungian concepts leading to a highly integrative perspective regarding the distinct aspects of the unconscious.

## **Résumé**

Le but de cette étude est de démontrer une version comprimée des aspects szondiens du travail de Márta Antalfai, une éminente analyste jungienne hongroise. Dans sa pratique clinique, elle intègre des composantes de l'analyse du destin à ses thérapies, principalement à orientation jungienne. Le lecteur comprendra les techniques uniques qu'elle applique au cours de la pratique thérapeutique. L'étude introduit en outre la structure de personnalité révisée d'Antalfai, qui intègre à la fois les concepts de Szondi et de Jungian, ce qui conduit à une perspective hautement intégrative des différents aspects de l'inconscient.

## Invitation

### 50-year-anniversary – Szondi-Institute Zurich

In 2019, the Szondi Institute celebrates its 50<sup>th</sup> anniversary. Thus, we are hosting a jubilee in Zurich.

You are receiving a tentative schedule and the invitation to join this event. Please send us your registration by email to the following direction: [info@szondi.ch](mailto:info@szondi.ch). For our foreign guests we gladly book accommodation in a hotel nearby.

#### Agenda

The Jubilee's schedule is comprising three sections:

#### 1. Scientific Sessions

##### Lectures and Seminars at the Szondi-Institute (with simultaneous translation):

You are more than welcome to submit a proposal for presentation or discussion for a time frame of two hours.

##### Wednesday, June 12, 2019, Day 1: Afternoon Session

13.30 – 15.30 (Topic to be defined)

16.00 – 18.00 (Topic to be defined)

##### Thursday, June 13, 2019, Day 2: Day Sessions

10.00 – 12.00 **Philosophisches Seminar: Die Schicksalsanalyse – eine Phänomenologie und ihre Konsequenzen für Analyse und Therapie**

Lunch at the Institute

13.30 – 15.30 **Die Transzendenz (p-) als schicksalsanalytisches Phänomen**

Coffee break

16.00 – 18.00 **Der transzendente Traum und das kosmische Unbewusste**

#### 2. Jubilee

**Friday, June 14, 2019**, Afternoon and Evening (with simultaneous translation)

**Host: Dr. psych. Almut Schweikert**

13.30 **Dr. Friedjung Jüttner**, Honorary President of the board, Welcoming to the Jubilee

**Dr. Almut Schweikert**, Introduction to the Jubilee

14.00 **Dr. Werner Huth**, Nervenarzt und Psychoanalytiker, Autor, München:

**Reminiszenzen und weiterführende Gedanken zu Leopold Szondi und zur Schicksalsanalyse**

#### Presentations

14.30 – 15.15 **Prof. Dr. Wolfgang Tschacher**, University of Berne:

**„Embodiment und Synchronie in der psychotherapeutischen Beziehung“**

Coffee break

15.45 – 16.20 **Eszter Nyuli**, M.A., Embodiment

16.30 – 17.30 **Prof. Dr. Timo Storck**, Psychologische Hochschule Berlin:

**„Leibhaftiger Trieb – Vorschläge zu einem zeitgenössischen Verständnis eines psychoanalytischen Grundkonzepts“**

17.30 – 18.00 Discussion

18.00 – 19.00 Aperitif

19.00 Jubilee Dinner

### **3. Sightseeing in Zurich**

**Saturday, June 15, 2019**

Starting 10.00 (The sightseeing schedule is being announced after registration)

Lectures, Seminars, Jubilee and Workshops will be translated simultaneously from German to English.

The events, including Jubilee Dinner, are free of charge.

For our foreign guests, a partial or full reimbursement of travel or accommodation expenses can be considered upon request.

#### **Organizing Committee:**

Event organization: Dr. Peter Barmettler (CFO@szondi.ch)

Lead and Content of the Sessions: Mr. Alois Altenweger (studienleitung@szondi.ch)

Administration: Ms. Manuela Egle (info@szondi.ch)

**Registration:** [info@szondi.ch](mailto:info@szondi.ch)

I register for the anniversary celebration:

No 1 Scientific sessions, June 12 and 13, 2019 at Szondi Institute in Zurich

No 1a Scientific sessions on Wednesday afternoon

No 1b Scientific sessions on Thursday

No 2 Jubilee, June 14, 2019, Friday afternoon and evening, at Zentrum Karl der Grosse in Zurich

No 2a Jubilee session in the afternoon

No 2b Jubilee dinner in the evening with: **meat or vegi?**

No 3 Sightseeing, June 15, 2019, Saturday in Zurich

**Please provide us with the necessary information regarding your registration:**

- Family name, first name**
- Address**
- Email address**
- No 1 to No 3 of the events you would like to attend (see above).**

**Please send your registration to: [info@szondi.ch](mailto:info@szondi.ch)**

## Instruction for authors

### Submission and publishing process

All new and revised manuscripts must be submitted electronically in Rich Text Format (.rtf) or Microsoft Word Format (.doc or docx) to the email address robert.maebe@telenet.be. Portable Document Format (.pdf) are not accepted as submission format.

The file must exactly copy, in all respects and in a single file, the complete APA-style printed version of the manuscript.

The official language of Szondiana is English. Manuscripts submitted in French or German are also accepted. All manuscripts have to include an abstract in English.

All manuscripts published in Szondiana have to include a structured abstract of up to 250 words. The Abstract, presented in paragraph form, should be typed on a separate page (page 2 of the manuscript), and must include each of the following sections:

- **Objective:** A brief statement of the purpose of the study
- **Method:** A detailed Abstract of the participants as well as descriptions of the study design, measures, and procedures
- **Results:** A detailed Abstract of the primary findings that include effect sizes or confidence intervals with significance testing
- **Conclusions:** A Abstract of the research and implications of the findings

After the abstract, please supply three to five keywords.

Whenever appropriate, statistical analyses should include effect sizes and confidence intervals and figures should include error bars.

The length of the manuscript should not exceed 6000 words in experimental works, 10000 words in theoretical works and 1000 words in reviews.

The author can include figures and tables in the manuscript but the number of figures and tables cannot be higher than 5.

Submission letter of each manuscript has to include the following statements:

- a statement of compliance with international ethical standards
- a statement that the manuscript or data have not been published previously and that they are not under consideration for publication elsewhere
- a statement to reflect that all listed authors have contributed significantly to the manuscript and consent to their names on the manuscript

- a brief statement of how the article content is relevant to the domain of Szondiana

### **Accepted types of articles**

**Empirical report:** An empirical study is a report of original research in which a hypothesis is tested; data is collected; and the results are presented and evaluated.

**Theoretical article (essay):** Theoretical articles use existing research to advance theory. The development of theory is traced in order to expand and refine theoretical constructs. A new theory may be presented, or an existing theory may be analyzed to highlight flaws or showing the advantage of one theory over another.

**Literature review:** A literature review is a critical analysis of published work. The purpose of the literature review is to: define and clarify the problem; summarize previous research by identifying trends, similarities, differences, contradictions, gaps, and inconsistencies; and suggesting directions for future research.

**Case study:** Case study is a descriptive research approach to obtain an in-depth analysis of a person, group, or phenomenon.

**Methodological article:** In methodological articles, new approaches, changes to existing methods or the discussion of quantitative and data analytic approaches to the research community are presented.

**Review of a publication:** A review is a report. It is a form of literary criticism in which a publication is analyzed based on content, style, and merit.

**All types of papers have to meet the APA style requirements.**<sup>11</sup>

Detailed information: [www.szondi.pte.hu](http://www.szondi.pte.hu)

### **Peer review**

All papers will be peer reviewed by at least one member of the editorial board or by another qualified person appointed by them. We will aim to move swiftly and normally provide a response within two months of submission.

---

<sup>11</sup>

ISA / ISG / SIS

<http://www.szondi.pte.hu/links.html>



Devenir membre / Mitgliederschaft / Membership

[info@szondi.ch](mailto:info@szondi.ch)

STIFTUNG SZONDI INSTITUT  
Krähbühlstrasse 30  
CH-8044 Zürich

\* Members from **Switzerland** use

IBAN: CH1200206206P03613120  
BIC: UBSWCHZH80A  
Bank: UBS AG  
CH 8098 Zürich

Fee: Full: 80,- CHF / yr  
Reduced: 40,- CHF / yr

\* Members from **other countries** use

IBAN: BE19 9731 3725 2812  
BIC: ARSPBE22  
Account of Centre d'Etudes Pathoanalytiques  
Bank: Argenta Spaarbank  
BE 3210 Lubbeek

Fee: Full: 60,- Euro / yr  
Reduced: 30,- Euro / yr

**please add as comment: 'membership ISA' + period**