

# SZONDIANA

JOURNAL OF FATE-ANALYSIS  
AND CONTRIBUTIONS  
TO DEPTH PSYCHOLOGY

VOLUME 32

EDITED BY ENIKŐ KISS AND ROBERT MAEBE

# Szondiana

Journal of fate-analysis  
and contributions to depth psychology



Volume 32, Number 1, 2012

**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 Kiss, (Ph.D.) University of Pécs, Hungary

Robert Maebe (M.D.), Leuven, Belgium

**Editorial board / Comité de rédaction:**

Thierry Bisson (Ph.D.), University of 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-Institut, Krähbühlstrasse 30, CH-8044 Zurich

Tel. 044 252 46 55, E-Mail: info@szondi.ch

Sponsored by:



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

Editorial contact address:

Robert Maebe (MD)

E-mail: roma@yucom.be

## Table of contents

Editorial.....	5
Original articles	
<i>Haxhe, Stéphanie</i> Système individuel et système familial: une mise en perspective des modèles de L. Szondi et d'E.Dessoy .....	6
<i>Káplár, Mátyás; Bernáth, László; Kiss, Enikő</i> On the track of the validity of the Szondi Test .....	24
<i>Kiss, Enikő</i> The role of belief function in clinical health psychology .....	32
<i>Máté, Viktória; Káplár, Mátyás; Kiss, Enikő</i> A projective study on meditation: comparison of a meditation group and a Hungarian control group by Szondi Test .....	41
<i>Nagy, László; Tóth, Réka; Szücs, Marianna</i> Analysis of Szondi Tests of Alcoholic Patients .....	48
<i>Révész, György</i> Psychometrical investigations on Szondi's pictures .....	58
<i>Andrès Garcia Siso</i> L'influence du sexe dans la schizophrénie: Étude descriptive et szondienne d'un groupe de malades chroniques .....	66
Instruction for authors .....	86

## Editorial

L. S.,

You are reading the first volume of the digital Szondiana. Many considerations have led to a new approach of this journal. In order to facilitate scientific recognition it was imperative to acquire an ISBN/ISSN, then to reorganize the editing policy according to international standards (APA) for scientific publications. Still a place will be reserved for essays and other types of communications. Then the costs had to be dramatically reduced. Since editing and posting are very expensive we have decided to go online with two digital versions, of which one will allow the reader who does prefer a print on paper to print out the well known booklet form (A5). You should find a local printer doing the job for a modest fee.

The ISA and the Szondi Stiftung have a new collaboration agreement leaving from now on the publications to the ISA board. The Stiftung is still supporting the ISA financially and with a part-time secretary which is now M. Manuela Eccher.

The ISA needs more than ever of course your membership and active participation since the future of Schicksalsanalysis and the related orientations are in danger in many places of education and practice, as is the case with psychoanalysis in general. Some standards of validation are mainly in favor of non-analytic approaches. We should of course respond to questions about the coherence and validity of our concepts, research and clinical options, provided there is openness for the specific and valuable contributions we have to offer the scientific and therapeutic community.

Vous lisez le premier volume de la Szondiana numérique. Plusieurs considérations ont conduit à une nouvelle approche de cette revue. Afin de faciliter la reconnaissance scientifique, il était impératif d'acquérir un ISBN / ISSN, puis de réorganiser la politique d'édition selon les normes internationales (APA) pour les publications scientifiques. Une place restera bien entendu réservée aux essais et autres types de communications.

Ensuite, les coûts ont dû être considérablement réduits. Comme l'édition et l'affichage sont très coûteux, nous avons décidé de publier dorénavant en ligne deux versions numériques, dont l'une permettra au lecteur qui préfère une copie sur papier de la faire imprimer dans le format brochure bien connu (A5). Vous devriez trouver un imprimeur local qui fera ce travail pour un prix modique.

La SIS et la fondation - Stiftung - Szondi ont établi un nouvel accord de collaboration en laissant désormais les publications aux soins de la SIS. La fondation continuera de soutenir financièrement la SIS et avec une secrétaire à temps partiel, tâche remplie actuellement par madame Manuela Eccher.

L'ISA a besoin plus que jamais bien sûr de votre participation comme membres actifs pour garantir l'avenir de la Schicksalsanalyse et des orientations connexes qui sont en danger dans beaucoup de lieux formation et de pratique, comme c'est le cas avec la psychanalyse en général. Certaines normes de validation sont principalement en faveur des approches non-analytiques. Nous devons bien sûr répondre à des questions sur la cohérence et la validité de nos concepts, de notre recherche et de nos options cliniques, dans l'espoir de rencontrer suffisamment d'ouverture aux contributions spécifiques et précieuses que nous avons à offrir à la communauté scientifique et thérapeutique.

Enikó Kiss, Ph.D.  
vice-president ISA

Robert Maebe, M.D.  
president ISA

## **Système individuel et système familial: une mise en perspective des modèles de L. Szondi et d'E. Dessoy**

Haxhe, Stéphanie  
Université de Liège

### **Abstract**

*In this article, the author puts in perspective two models of analysis of the system: the family/community system for E. Dessoy, and the individual system for L. Szondi.*

*In her PhD about the parentification of the child, the author used both models to understand the process in all its complexity. Indeed, the understanding of the parentification phenomenon by the simultaneous reading of the individual and family plans has proven to be extremely rich.*

*To that end, the idea was to build some « bridges » between the model of E. Dessoy and that one of L. Szondi, in order to have a reading that, instead of a simple superposing of models, work towards the proposal of a « metamodel ». It is this proposal which the author delivers in this paper.*

### **Résumé**

*Dans cet article, l'auteure développe une mise en perspective de deux modèles d'analyse du système : individuel pour L. Szondi, familial et/ou communautaire pour E. Dessoy<sup>1</sup>.*

*Dans sa thèse doctorat portant sur la parentification de l'enfant<sup>2</sup>, l'auteure s'est appuyée sur ces deux modèles d'analyse afin de comprendre le processus à l'étude dans toute sa complexité. En effet, l'appréhension du phénomène de parentification à travers la lecture simultanée des plans individuel et familial s'est révélée d'une grande richesse.*

*Pour ce faire, il s'agissait de créer, lors de l'élaboration méthodologique, des ponts entre les modèles d'E. Dessoy et de L. Szondi, afin d'obtenir une grille de lecture qui, au lieu de proposer une simple superposition des modèles, tendait davantage vers la proposition d'un « méta-modèle ». C'est cette proposition que l'auteur livre dans le présent essai.*

Mots clés : système, structure, organisation, ponts épistémologiques.

Keywords : system, structure, organisation, epistemological bridges.

### **Introduction**

Le modèle szondien analyse les *dimensions constitutives* de l'existence humaine et du système individuel. Le modèle d'E. Dessoy analyse, quant à lui, les *dimensions constitutives* d'un milieu humain et de l'organisation d'un système familial ou, plus largement, d'une communauté. Comment dès lors ne pas les comparer dans leur approche méthodologique ? La démarche de décomposition d'une structure en ses divers éléments afin de les étudier séparément,

---

<sup>1</sup> E. Dessoy (1941-2007). Professeur de Psychologie Systémique à l'Université de Louvain-La-Neuve et à l'Université de Liège. Formateur à la thérapie familiale.

<sup>2</sup> Haxhe, S. (2010). *Etude du processus constitutif de la parentification au sein de la famille dynamique*. Thèse de doctorat soumise à publication, Université de Liège, Liège. Jury : Dr J. Mélon, Pr E. Dessoy, Dr M. Stassart, Pr N. Duruz, Pr J. Kinable, Pr S. D'Amore.

suivie de la démarche de recomposition en un tout pour en dégager le sens et les lois d'organisation, est une opération scientifique mais aussi fondamentalement systémique.

Le modèle szondien étant largement connu des lecteurs à qui cet essai s'adresse, nous allons présenter brièvement le modèle d'E. Dessoy. Nous ne pourrions en développer toute la complexité, et renvoyons le lecteur à ses écrits (voir références). Dans la présente partie, notre objectif est d'en décrire les éléments permettant de saisir les liens avec le modèle szondien.

E. Dessoy (1941-2007) débute sa carrière en tant qu'instituteur dans l'enseignement spécialisé. Désirant trouver des réponses à certaines questions émergeant de sa pratique, il entreprend une licence en psychologie et fonde en 1974, avec trois collègues, une institution thérapeutique pour enfants et adolescents autistes et psychotiques : « La ferme du soleil ». Son questionnement se porte alors sur le milieu institutionnel et il s'interroge sur les éléments qui font d'une communauté un milieu « thérapeutique ». Dans sa thèse de doctorat (1991), E. Dessoy s'attache donc à décrire ce qu'est un milieu institutionnel thérapeutique, mais cette description s'étend à celle de tout milieu humain, recouvrant aussi bien le milieu institutionnel que d'autres milieux comme la famille, l'école ou tout autre milieu de vie. Le milieu humain est alors envisagé par E. Dessoy comme un processus *organisé* par trois foyers : *l'ambiance, l'éthique et les croyances*.

### ***L'ambiance***

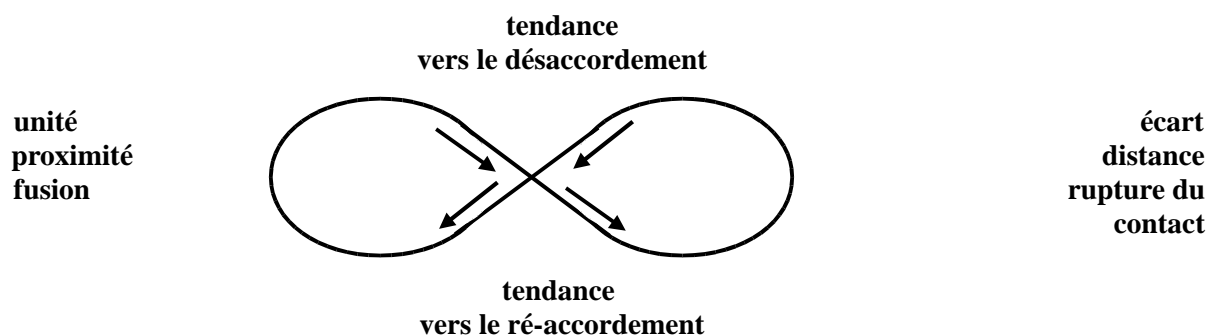
Le foyer de l'ambiance est selon E. Dessoy le fondateur des deux autres foyers. En effet, il est à la base, à l'origine de tout. Avant toute saisie des choses, avant que naissent l'interaction ou la pensée, l'être humain fait l'expérience d'ambiances, d'atmosphères, et de ressentis. Si ce foyer fondateur est bien connu de tous de par sa portée universelle, il n'en est pas pour autant facile à décrire. En effet, l'ambiance est un lieu où la différence n'existe pas encore, ce qui en rend l'étude complexe, de même que la mise en mots.

L'ambiance, le climat, l'atmosphère correspondent au *monde du sentir*, décrit par le courant phénoménologique, et par E. Straus (2000) en particulier. E. Straus réhabilite le monde du sentir et démontre que la sensation n'est pas inférieure à la connaissance, comme le prétendrait la science. Au contraire, la sensation n'est asservie ni à la perception ni à la représentation. Le sentir est le monde de *l'éprouver*, des sensations pures.

### ***Le cycle de l'ambiance***

L'ambiance d'un milieu dynamique ne cesse de *se mouvoir* et propose à chaque temps une façon différente de prendre contact. Le cycle de l'ambiance traverse quatre régions qui correspondent à quatre manières différentes de *prendre contact*.

Ce mouvement signe la bonne santé et le dynamisme de la communauté qui va bien. Inversement, l'incapacité d'encore circuler, le stationnement dans l'une ou l'autre région, signe la maladie, le dysfonctionnement, ou encore la rigidité de la communauté.



- **La tendance unitaire** : sur ce pôle du cycle se trouvent les ambiances chaudes au sein desquelles les personnes vivent la convivialité, la proximité et même, à l'extrême, la fusion. Ces ambiances caractérisent notamment des moments de retrouvailles, de fêtes et de rites familiaux qui réaffirment l'appartenance de tous les membres à la famille. Mais il peut tout aussi bien s'agir de moments au quotidien, lors d'un repas, ou de toute rencontre harmonieuse de deux ou plusieurs personnes. Ce pôle est celui de l'harmonie entre l'individu et son environnement.
- **La tendance vers le désaccordement** : la tonalité enveloppante d'une ambiance chaude peut devenir étouffante si l'on y demeure trop longtemps. Tôt ou tard, les personnes ressentent le besoin de reprendre distance et de récupérer un espace qui leur est propre, de peur de perdre leur identité dans la fusion. Progressivement, la tendance unitaire laisse donc place au désir de distance qui se fait de plus en plus prégnant.
- **La tendance d'écart** : le désir de distance trouve son aboutissement dans cette zone, avec un écart maximum, voire une rupture. À l'inverse du pôle unitaire, il règne ici une ambiance froide au sein de laquelle les personnes vivent en quelque sorte comme des ions libres, détachés les uns des autres. Les membres vont éprouver leur propre solitude jusqu'au moment où ils pourront reprendre contact et susciter la tendance du réaccordement.
- **La tendance vers le réaccordement** : s'il est difficile de rester longtemps dans des ambiances très unitaires et enveloppantes, il l'est tout autant de rester dans l'isolement, à l'écart de son environnement humain. C'est alors que naît le désir d'une remise en contact. La tendance unitaire reprend place au fur et à mesure que les personnes s'éloignent du pôle de l'écart, celui-ci disparaissant peu à peu.

Chaque famille parcourt ainsi l'ensemble du cycle et éprouve la palette d'émotions associées aux différentes tendances. Elle le fait à un rythme qui lui est propre, ce qui constitue son style et lui confère une identité. Certaines familles s'attardent davantage dans les chaudes ambiances, d'autres dans les pôles d'écart et d'autonomie, d'autres encore dans les zones intermédiaires.

### ***L'éthique***

Si le foyer de l'ambiance nous plonge au cœur du monde du sentir, celui de l'éthique nous fait entrer dans le monde du *percevoir*. C'est le moment de la différenciation, et de l'interaction entre les parties différenciées. C'est donc également le monde de la science, car ce que l'on y perçoit peut être traduit de façon objectivable et partageable.

Le passage du *sentir* au *percevoir* fait évoluer le sujet d'une expérience au cours de laquelle il forme avec le monde une unité indissociable, à une expérience de « décollement » qui lui donne du recul et le distingue. Il entre alors en *relation* avec les autres au travers des *interactions* et des comportements.

L'« éthique » chez Dessoy articule les dimensions à la fois pratique (action) et normative (règles) d'un milieu. Par cette articulation des conduites observables et des normes réglant ces conduites, l'éthique se donne pour but d'indiquer *comment les êtres doivent se comporter et agir entre eux dans un espace*. Ce deuxième foyer organisateur du milieu humain est donc celui des règles qui organisent la vie en communauté mais également le lieu de la mise en scène : tout y est négocié, joué, montré, observé, objectivé.

En outre, l'éthique possède, tout comme l'ambiance, son propre mode de communication. Il ne s'agit plus cette fois du *contact*, mais bien de l'*interaction*, et plus particulièrement des *interactions analogique et digitale*. L'Éthique comporte ainsi deux codes : **le code iconique et le code normatif**, qui traduisent deux modes différents d'expression d'une norme. Le code iconique



est l'expression non-verbale, la mise en scène des normes et règles familiales, il s'exprime sur un mode analogique. Le code normatif est l'expression verbale des normes, règles, lois et rites d'une communauté. Il s'exprime sur un mode digital et émerge des croyances. Les deux codes sont en étroite collaboration.

### ***Les croyances***

Ayant quitté les mondes du sentir et du percevoir, nous arrivons maintenant dans celui du *connaître*. Le troisième foyer organisateur du milieu humain concerne donc les croyances, les mythes, l'idéologie et *la connaissance que la communauté a d'elle-même*. Cette connaissance est stable à travers le temps, bien que capable d'adaptation et d'évolution.

Le mode de communication propre aux croyances est le *discours*. Ce discours a pour but d'informer les personnes extérieures à la communauté et de rappeler aux membres eux-mêmes les représentations fondamentales et les valeurs de cette communauté.

Le foyer des croyances est celui qui fait lien à l'histoire et réintroduit la diachronie d'un milieu humain. En effet, les croyances expriment non seulement la manière dont la communauté se pense dans l'ici et maintenant, mais renvoient également à son histoire intergénérationnelle. De ce fait, elles sont aussi bien un message aux générations à venir, qu'un héritage des générations précédentes.

### ***L'articulation des trois foyers organisateurs***

Chaque foyer organisateur a été présenté comme séparé des autres, par souci de clarté, mais il s'avère que tous trois sont en interconnexion et interdépendance. Bien plus, chaque foyer constitue une facette différente et complémentaire d'une même réalité, celle d'un milieu humain au sein duquel les individus sentent et prennent contact, perçoivent et interagissent, pensent et parlent.

### ***Méthode d'observation et d'analyse du milieu humain***

Un mot à présent sur la *méthode* permettant à la fois d'observer, décrire et analyser la façon dont s'organise un milieu, mais permettant également de déterminer en quoi et sous quelles conditions ce milieu est dynamique ou rigide.

La méthode d'analyse choisie par E. Dessoy est « auto-organisationnelle » et s'appuie, entre autres, sur les travaux d'E. Morin (1977). La notion d'« auto-organisation », qui trouve ses racines dans la « théorie générale des systèmes » de L. von Bertalanffy (1925) et la « cybernétique » de N. Wiener (1948), a connu un développement progressif grâce aux apports de scientifiques tels que H. von Foerster (1959), H. Atlan (1972), ou F. Varela (1979)<sup>3</sup>. E. Morin en a synthétisé la pensée afin de proposer une *méthode* reposant sur quatre principes de base, nécessaires à la description d'une organisation, qui sont : *la différenciation* entre les éléments du système, *l'interaction* entre les éléments différenciés, *la récursion* par laquelle le produit ou l'effet ultime devient élément premier et cause première, et enfin *l'émergence*. Suivant cette méthode, il faut donc en premier lieu poser les *différences* sur lesquelles travailler, pour ensuite observer leurs *interactions*, *récursions* et *émergences*.

Au sein de **l'espace**, se trouve la différenciation essentielle, celle qui distingue *l'espace proche* de *l'espace distancié*. Au sein de chaque foyer organisateur du milieu humain, ces espaces sont présents et interagissent. Le dynamisme d'un milieu tient à sa capacité de maintenir toujours conjoints ces espaces et de les faire dialoguer.

Ainsi, dans l'ambiance, il est inconcevable de vivre en permanence un seul espace et un seul

<sup>3</sup> Références citées par Miermont, J. (2001), p. 113.

type d'émotions, que ce soit dans la fusion ou dans la rupture. La présence des deux espaces est si nécessaire à la vie humaine que, selon E. Dessoy, lorsque l'un d'eux n'a plus le droit de cité, il réapparaît sous une autre forme. Bien souvent, il est réintroduit grâce à un symptôme, ce qui lui permet d'exister sans dire qu'il existe.

De même, dans l'éthique, chaque *norme* comme chaque *interaction* sous-tend plutôt un *thème spatial unitaire* ou un *thème spatial distancié*. Par exemple, une cérémonie familiale protocolaire demande une certaine retenue comportementale et développe un espace distancié ; au contraire, une règle qui propose aux membres de se réunir tous les jours pour le repas du soir met davantage en scène un espace unitaire. La communauté dynamique est celle qui a la capacité de se donner une variété de normes et de règles sous-tendues tant par le thème d'unité que par le thème d'écart.

Enfin, dans les croyances, chaque *discours* fait connaître une croyance qui sous-tend un thème spatial de proximité ou de distance. Lorsqu'une famille affirme : "Nous sommes tous très unis", elle dit combien l'espace représenté sous-tient la proximité. Si par contre c'est l'autonomie et l'indépendance de ses membres qui sont mises en avant par une famille, la croyance dominante implique davantage un espace distancié. À nouveau, les croyances dynamiques sont celles qui impliquent la présence des deux thèmes spatiaux, sous-tendus à des degrés divers.

En conclusion, non seulement chaque foyer possède sa propre organisation, mais de plus les trois foyers s'articulent en « un macro-processus » au sein duquel ils s'influencent et se répondent. Dès lors, le dynamisme d'une famille s'évalue sur deux niveaux : le premier est INTRA-foyer, l'autre est INTER-foyers. Le premier requiert une différence, le second une similitude. En effet, à l'intérieur de chaque foyer, le dynamisme est lié à la présence d'une *différenciation* (le thème de l'unité et celui de l'écart sont tous deux présents) ; tandis qu'entre foyers, le dynamisme est lié à la similitude des thématiques spatiales soutenues.

Ainsi, si les *croyances* unitaires priment au sein d'une famille, on s'attend à ce que la *mise en actes* et les *normes* sous-tendent également l'unité, de même que l'on s'attend à une *ambiance* chaleureuse. Si par contre les croyances sous-tiennent l'écart et que l'ambiance est froide, mais que les interactions entre les membres mettent en actes une étonnante proximité, nous sommes en présence d'un paradoxe car les messages sont contradictoires et s'annulent même, entraînant les membres dans des situations souvent indécidables et incompréhensibles.

## Discussion

La lecture simultanée des structures individuelles et de celle du système paraît le meilleur moyen d'accéder à une *compréhension multidimensionnelle et multifocale de la naissance et de l'évolution des individus au sein de leurs systèmes*. Les modèles de L. Szondi et d'E. Dessoy concernant deux **niveaux logiques différents**, il nous faut créer un pont entre ces niveaux.

Un exemple peut déjà en être donné à partir du contact. Chez L. Szondi, le vecteur du contact évalue la « Befindlichkeit » : façon basale de se sentir, de se « trouver », l'humeur. Elle concerne le rapport d'un individu avec son monde, avec le monde, *dans* le monde, la présence des autres étant *présumée, imaginée*. Chez E. Dessoy, le foyer de l'ambiance fait davantage référence au « Periechon » grec, à savoir le « milieu ambiant ». Ici, les autres « étants » sont présents et considérés. E. Dessoy écrit ceci : « *Si la Stimmung familiale paraît résulter de la liaison de chaque présujet avec les autres présujets, elle n'est ni un grossissement de l'humeur, ni la somme arithmétique des différentes prises de contact entre les présujets : elle émerge d'un nouveau mode de contact qui anime pareillement l'ensemble des membres au sein de l'ambiance*

*familiale*»<sup>4</sup>. E. Dessoy évoque donc ici combien le passage de l'humeur à l'ambiance est le passage d'un niveau logique à un autre, selon le principe de totalité d'après lequel « le tout est plus, et moins, que la somme des parties »<sup>5</sup>. L'ambiance familiale n'est pas une somme d'humeurs ou de contacts mis en présence, elle un phénomène nouveau, émergent et global, qui touche de la même façon tous les membres.

Ensuite Dessoy décrit comment l'humeur et l'ambiance se lient, dans un mouvement d'influence réciproque entre le sujet et son entourage : « *Ceci conduit à penser que l'ambiance familiale engendre en chaque membre une gamme particulière d'émotions mais qu'en retour, les émotions des membres, y compris celles du nouveau-né, engendrent, maintiennent et modifient l'ambiance familiale. Nous serions donc en présence d'un phénomène d'auto-engendrement de l'humeur de la personne et de l'ambiance familiale, engendrement qui apparaît alors comme le cycle inaugural de la naissance et du renouveau permanent de la personne et de la famille* »<sup>6</sup>.

Continuons ce dialogue à partir des points méthodologiques nous apparaissant comme centraux dans les deux modèles.

### **Structure et organisation**

La structure d'un système est composée de divers éléments, d'une limite (ou frontière) entre ces éléments, d'un réseau de relation (interrelations et communications) entre eux et de réservoirs où sont entreposées l'énergie et l'information reçues et transmises.

L'originalité de L. Szondi est non seulement d'avoir dénombré les pulsions mais aussi et surtout de les avoir agencées au sein d'un système pulsionnel (Triebssystem) délimité et clos, possédant sa propre structure. Au sein de cette structure, les divers éléments se définissent par les rapports qu'ils entretiennent entre eux et avec le système entier. Ainsi, chaque élément a non seulement une signification propre mais aussi une valeur de position dans l'ensemble, ce qui est à l'origine de la dénomination de « position pulsionnelle »<sup>7</sup>.

Chez Dessoy également, chaque composante, chaque foyer prend sens par rapport aux autres en même temps qu'il a du sens en lui-même et une organisation qui lui est propre.

En outre, le système szondien offre une vue d'ensemble de la vie pulsionnelle mais permet aussi d'en saisir les composantes. Lorsque la structure est souple et dynamique, les composantes ne s'offrent pas telles quelles au regard, il faut y poser une attention particulière, faire une opération scientifique qui dans un premier temps isole les éléments pour mieux les étudier. C'est dans la rigidification que les divers éléments d'un système se révèlent, car ils se dissocient d'un tout qui n'est plus harmonieux ; ceci est à la base de la méthode de « pathoanalyse » fondée par J. Schotte.

Ainsi, dans le « Triebssystem », les pulsions apparaissent lorsqu'elles se dissocient d'une totalité : « *Les composantes ne sont pas vraiment visibles, sauf en cas de manifestations extrêmes qui font qu'elles se dissocient d'une totalité où elles étaient censées faire bon ménage avec les autres. C'est la démesure d'une- ou d'un concert de- revendication pulsionnelle qui déséquilibre la structure globale et, en la/les faisant saillir exagérément, la/les fait se révéler dans sa/leur singularité* »<sup>8</sup>.

Selon le même principe, chez E. Dessoy la description du milieu humain donne une vue d'ensemble de la vie d'une communauté mais permet également d'en saisir les composantes.

<sup>4</sup> Dessoy, E. (1991), p.172.

<sup>5</sup> Bertalanffy, L. (1973).

<sup>6</sup> Dessoy, E. (2004-2005), p. 86.

<sup>7</sup> Schotte, J. (1990), p. 136.

<sup>8</sup> Mélon, J. (1999), p. 3.

Tant qu'il existe un dialogue et un équilibre entre les espaces proche et distancié au sein de chaque foyer de même qu'entre les foyers, ces composantes ne sont pas particulièrement perceptibles car elles s'harmonisent, se répondent et se complètent en un tout. Par contre, lorsqu'un espace revendique toute la place au point que l'autre est *virtualisé*, la démesure de cette revendication révèle les composantes dans leur individualité.

### **Modèle « auto-logique » chez Szondi<sup>9</sup>, « auto-organisationnel » chez Dessoy**

Un système auto-organisé possède une existence et une logique interne, et est capable d'évolution de par son organisation complexe et ses échanges avec l'extérieur.

Les modèles de L. Szondi comme d'E. Dessoy sont fondés sur le présupposé de base que l'individu et son système sont complexes et organisés. Il semble dès lors que tous deux aient appliqué ce principe au fondement même de leur méthodologie, afin de comprendre au mieux la matière qu'ils désiraient étudier. Ainsi dans l'un et l'autre modèle, les différentes composantes s'expliquent, s'interrogent et se complètent, pour former un tout cohérent et en évolution.

Pour rappel, le courant « auto-organisationnel » a décrit quatre principes de base qui sont : la différenciation entre les éléments, l'interaction entre les éléments différenciés, la récursion et l'émergence. Ces quatre principes semblent pouvoir être appliqués au « triebssystem », à commencer par la différenciation.

### **Différenciation et polarité**

Szondi définit ainsi la notion de polarité : « *On parle de polarité en Psychologie lorsque des contenus ou des éléments psychiques opposés se complètent en une unité. Si les éléments composant une unité se séparent, peuvent naître des oppositions polaires* »<sup>10</sup>.

Le modèle du milieu humain s'appuie sur la conception tout à fait identique d'Héraclite selon laquelle les contraires sont les signes indissociables de l'unité.

Chez E. Dessoy, cette polarité est présente au sein de chaque foyer par la distinction des espaces proche et distancié, ce qui crée un *antagonisme organisateur*, de même que par les tendances intermédiaires de désaccordement et de réaccordement.

Chez Szondi, la polarité est présente dans chaque vecteur, par une différenciation de facteurs mais aussi par une différenciation supplémentaire des facteurs en tendances. Ainsi, chaque vecteur comporte deux facteurs ou besoins et chaque facteur comporte à son tour deux tendances antagonistes, de valence opposée, positive et négative.

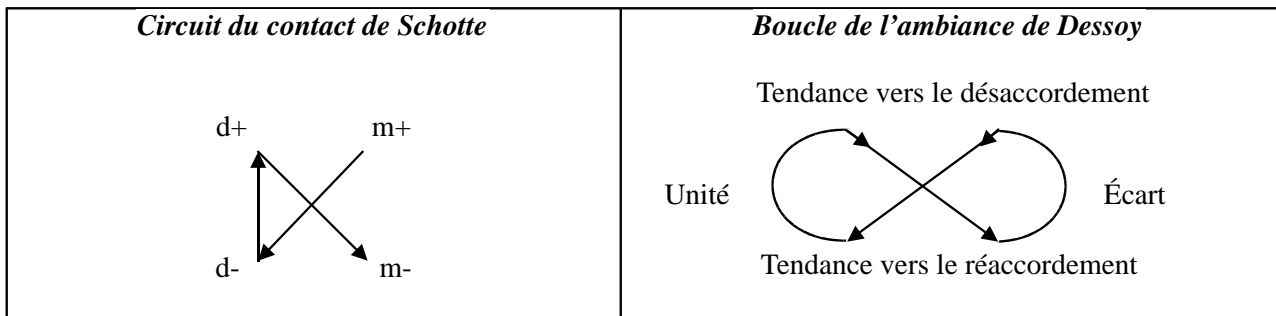
Ce qui nous paraît important dans la notion de polarité tient non seulement dans sa force organisatrice, mais également dans sa force mobilisatrice ; il nous semble en effet que dans les deux modèles, *c'est la réintroduction de la tendance/polarité inverse qui permet la circulation, la mobilité et donc le dynamisme.*

---

<sup>9</sup> Ibidem, p. 5.

<sup>10</sup> Mélon, J. (1999), p.8.

Prenons par exemple le circuit du contact et la boucle de l'ambiance :



Dans les deux cas, c'est la réintroduction de la différence qui permet *le mouvement*. Chez Schotte, une valence (tendance) négative succède et précède une positive, de sorte que tous deux s'alternent sur le circuit. De même chez Dessoy, à l'unité succède le désaccordement allant vers l'écart, celui-ci précédant un nouveau mouvement vers l'unité via la tendance au réaccordement, et ainsi de suite.

Le mouvement est donc créé par *l'avènement d'un nouveau besoin*, ce qui est vrai chez Szondi mais l'est tout autant chez Dessoy. Nous avons déjà décrit comment s'opère la circulation sur le cycle du contact : une communauté ne peut stagner trop longtemps dans le même type de contact, le besoin de vivre des émotions d'un autre type se faisant sentir.

### Interaction entre les éléments différenciés

Au sein des deux modèles étudiés, les variables centrales pour identifier le dynamisme ou la rigidité d'une structure sont :

- l'EQUILIBRE et l'harmonie des composantes de la structure, sans revendication préférentielle de l'une ou l'autre ;
- la MOBILITE des éléments de cette structure.

Selon L. Szondi, la normalité ou la santé mentale est liée à une certaine mobilité de la vie pulsionnelle, par opposition à la pétrification dans certains clivages ou dans certaines structures rigides.

De même, pour E. Dessoy : « *L'ambiance d'un milieu dynamique ne cesse de se mouvoir (...). Ce mouvement signe la bonne santé et le dynamisme de la communauté qui va bien. Inversement, l'incapacité d'encore circuler, le stationnement obstiné dans l'une ou l'autre région, signe la maladie, le dysfonctionnement, ou encore la rigidité de la communauté* »<sup>11</sup>.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'un ait imaginé un circuit, et l'autre une boucle.

Comme nous venons de le proposer, l'introduction d'une différence est un élément mobilisateur. Nous aimerions dans la présente partie faire un pas supplémentaire en montrant comment ces différences interagissent et **dialoguent** dans les deux modèles.

J. Schotte a formalisé un circuit pour chaque vecteur, au sein duquel il identifie deux types de facteurs ; l'un appelé **directeur** et l'autre **médiateur** :

Le facteur directeur est celui qui représente le but ; c'est à ce niveau que se pose une question ou un problème à traiter. Le facteur médiateur, pour sa part, est celui qui représente le moyen ; c'est en lui que le *travail* va s'opérer afin de trouver une solution, une réponse à la question

<sup>11</sup> Dessoy, E. (2004-2005), p. 108.

soulevée, en d'autres termes il s'agit du média par lequel la pulsion doit passer pour trouver une satisfaction. *Les deux types de facteurs sont donc obligés de dialoguer afin d'aller de l'avant et de permettre au sujet d'évoluer.*

Chez Dessoy également, il est question de tendances intermédiaires. Les tendances au désaccordement et au réaccordement sont le lieu d'un *travail* important car elles représentent le passage d'un espace à un autre, et permettent de ce fait l'expérimentation d'un répertoire émotionnel dynamique et varié, de par le parcours de l'ensemble de la boucle. En outre, un répertoire émotionnel varié sera à la base d'une large palette comportementale et conceptuelle. *C'est également lors de ces passages que le travail d'autonomisation et celui d'appartenance s'opèrent*, dans un mouvement progressif vers l'un ou l'autre espace.

Ainsi, les positions médiatrices sont nécessaires, car le stationnement dans les extrêmes est pour Szondi comme pour Dessoy une source de pathologie.

Pour le premier, les positions extrêmes (1 et 4) sont potentiellement pathogènes (1. Dépendance extrême, 4. Extrême autonomie et danger de rupture avec l'environnement), tout comme l'exacerbation d'un autre vecteur. Pour le second, le stationnement dans l'unité ou dans l'Ecart est également signe de rigidification car un des espaces est virtualisé. Le *saut* abrupt d'un espace à l'autre est tout aussi pathogène et représente selon Dessoy une des explications de la psychose infantile<sup>12</sup>. Les tendances intermédiaires sont dès lors essentielles à la mobilité et à la santé.

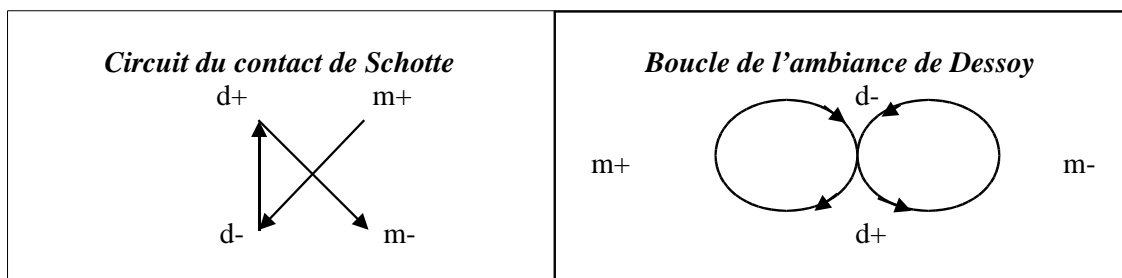
### Connexion des boucles et circuits

Nous avons jusqu'à présent construit des ponts entre les deux modèles, représentant deux niveaux d'étude différents et complémentaires : l'organisation individuelle et l'organisation familiale.

Dans la présente partie, nous aimerions tendre vers un « méta-modèle » qui pourrait nous aider dans l'appréhension simultanée de l'individu et de sa communauté, afin d'observer, *dans un même temps, les processus à l'œuvre à chaque niveau.*

### La proposition d'E. Dessoy

E. Dessoy (1991) amorce la connexion des vecteurs et des foyers. Il associe le vecteur du Contact au foyer de l'Ambiance ; Le vecteur Sexuel au foyer de l'Éthique, par son code iconique ; Le vecteur Paroxysmal au foyer de l'Éthique, par son code normatif ; Le vecteur du Moi au foyer des Croyances. Il propose ensuite une boucle alliant ambiance et contact.



**Le circuit du contact de Schotte**

**La boucle du contact de Dessoy**

Cette boucle ne suit pas exactement le même schéma que celui de Schotte ; celui-ci proposait un circuit m+ d- d+ m-, tandis que Dessoy propose un passage m+ d- m- d+. Ces deux conceptions offrent à la fois des similitudes et des différences. Similitudes tout d'abord, car bien

<sup>12</sup>Dessoy, E., Comperol, C. & Pauss, V. (1994).

que l'alternance de facteurs ne soit pas la même, *au final le facteur d se retrouve facteur médiateur* sur le circuit comme sur la boucle. C'est en d que le travail s'opère et que la question posée en m se médiatise et cherche une réponse. Quelles sont alors les différences ?

Selon E. Dessoy (1991), la différence principale entre le circuit du Contact et le cycle de l'Ambiance est que le premier reste ouvert alors que le second est fermé sur lui-même, ce qu'il attribue à une différence de niveau logique ; quittant le plan individuel, nous passons sur un plan familial/groupal. Ceci évoque la *distinction même entre l'humeur et l'ambiance*, le circuit traitant de la première, et la boucle de la seconde.

Dans l'humeur, l'environnement n'est pas spécifié. L'individu, au gré de ses besoins et de ses désirs, prend contact ou se détache. Ainsi, bien que l'individu soit considéré comme un être en relation, l'éclairage n'est pas porté sur son environnement, et c'est en cela qu'il n'est pas *spécifié*. Dans l'ambiance, au contraire, « *l'environnement est quasi constant, il est principalement fait de la présence des autres présujets. (...) A la différence du circuit, le cycle semble se fermer sur lui-même, puisque c'est avec le même environnement que les sujets ont à reprendre contact* »<sup>13</sup>. Ainsi, si le sujet initie et communique un type d'émotion à sa communauté, celle-ci a également une influence sur le sujet et lui fait des propositions constantes de contact, qu'il soit proche, distant ou intermédiaire. Le sujet appelle et est appelé par les membres de sa communauté à circuler sur le cycle, leur environnement étant relativement constant, bien qu'ils n'expérimentent jamais deux fois la même ambiance.

Selon E. Dessoy, l'invitation à parcourir le cycle est d'abord et avant tout initiée par les parents. C'est bien le parent, et derrière lui la communauté toute entière, qui entraîne l'enfant à voyager sur le cycle, dans un processus de co-construction de l'ambiance familiale.

Dès lors, Dessoy considère que c'est le milieu qui pousse à imaginer une boucle, car nous nous construisons autant que nos proches nous construisent. Nous prenons l'initiative autant que **nous acceptons leurs propositions** (de contact, d'interaction, de représentations). En cela, nous sommes interdépendants les uns des autres et interconnectés, spécialement au sein d'un système familial.

La spécification du milieu est sans conteste une des différences majeures entre le circuit du contact et la boucle de l'ambiance. Néanmoins, il ne nous semble pas que cette spécification soit ce qui ferme le circuit et explique la différence d'alternance des positions chez Schotte (m+ d- d+ m) et chez Dessoy (m+ d- m- d+). En effet, pour Szondi comme pour Schotte, les circuits sont en réalité fermés sur eux-mêmes comme l'est la boucle. Lorsque le sujet arrive à la dernière position d'un circuit, il se produit un retour à la première position, sous l'influence des exigences pulsionnelles, et ce jusqu'à la mort. Cela entraîne un parcours du circuit à la fois toujours le même et toujours différent.

Dès lors, ce qui fait qu'un sujet évolue sur le cycle et repasse par le point d'origine est : la pulsion chez Szondi, le milieu chez Dessoy.

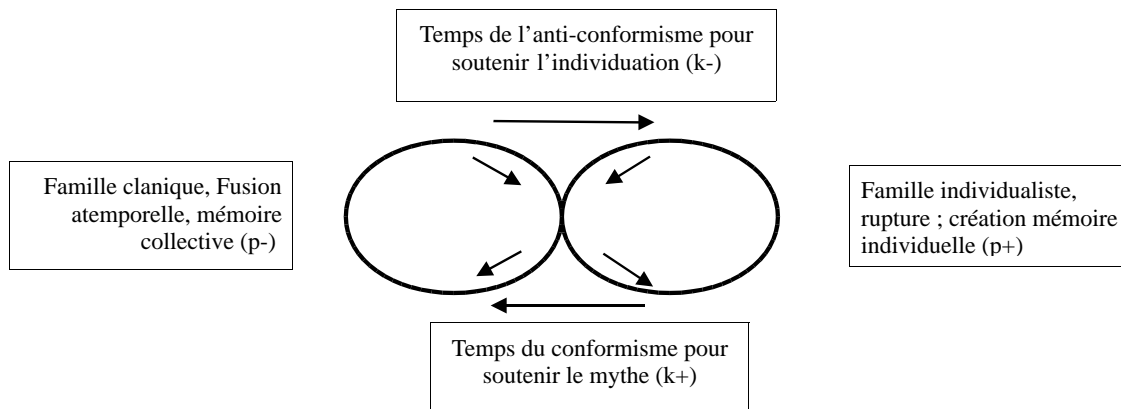
Si les « papillons » de Schotte ne représentent pas cette fermeture, qui donnerait pourtant une meilleure perception d'un cycle, c'est pour montrer *le point d'origine* de chaque circuit. Ceci nous donne la clé d'une autre différence majeure entre le circuit du contact et le cycle de l'ambiance : le concept d'**évolution**.

Il existe en effet chez Szondi et chez Schotte une idée d'évolution et de complexification de l'individu. Au fur et à mesure de son parcours sur le circuit, l'individu montre des positions pulsionnelles de plus en plus évoluées, l'évolution étant synonyme d'individuation et d'autonomie.

<sup>13</sup> Dessoy, E. (1991), p. 178-179.

Pour Dessoy au contraire, il y a bien un aller-retour permanent sur la boucle, **sans moment plus évolué sur le parcours**. De ce fait, si l'accèsion des membres à leur autonomie est signe de dynamisme du système, le passage par les moments d'appartenance ou de fusion le sont tout autant, et vont permettre à chaque fois que se construise un nouveau cycle, une nouvelle boucle, avec des temps vécus plus ou moins longs dans l'une ou l'autre région, en fonction du cycle de vie de la famille et du *style* familial. Ceci n'empêche pas la prise en compte du caractère évolutif de la boucle, car Dessoy prend également le temps comme variable d'analyse et imagine des boucles différentes selon les différentes étapes du cycle de vie d'une communauté.

### Apport de G. Nyssens : la boucle des croyances



#### La boucle des Croyances proposée par Grégoire Nyssens.

G. Nyssens (2006) conceptualise une boucle qui connecte le foyer des croyances au vecteur szondien du moi. Pour le même type de raisons que celles invoquées par E. Dessoy concernant le cycle du contact, les positions se succèdent ici dans un ordre différent de celui proposé par Schotte dans le circuit du moi. Néanmoins, comme pour le contact, le facteur directeur et le facteur médiateur restent les mêmes, ce dernier étant toujours le lieu où le travail s'opère ; sur le circuit du moi comme sur la boucle des croyances, le travail se fait en k. G. Nyssens propose en k- un mouvement soutenant l'individuation, tandis que le k+ soutiendrait le mythe, l'appartenance et la cohésion.

Les positions extrêmes de la boucle sont les croyances qui sous-tiennent les thèmes spatiaux d'unité et d'écart, à savoir les croyances claniques et les croyances individualistes, la communauté opérant un va-et-vient permanent entre ces deux thèmes, ce que G. Nyssens nomme la *circulation dans les temps collectifs et individuels*. En effet, le p- signe la tendance du sujet à la participation, à l'adhésion aux croyances collectives, ce qui convient parfaitement à la famille clanique, tandis que le p+ est la position de création, d'inflation, d'autonomisation, qui correspond mieux à un temps et à de valeurs familiales plus individualistes.

Ainsi, l'aller-retour entre les extrêmes correspond à la double nécessité de l'individu qui doit s'autonomiser afin de mener sa propre existence, mais qui ne peut le faire qu'en prenant appui sur son système d'appartenance.



## Et l'éthique ?

Il nous reste à présent à voir si le foyer de l'Éthique peut être connecté aux vecteurs Paroxysmal et Sexuel.

Comme nous l'avons vu, entre le monde du sentir et celui du connaître se situe le monde du percevoir. L'Éthique se situe en quelque sorte à l'interface de l'Ambiance et des Croyances et semble même en être le *médiateur*. En effet, ce qui s'éprouve dans l'Ambiance et se conceptualise dans les Croyances, se *joue*, s'actualise et se montre dans l'Éthique.

E. Dessoy proposera que le Vecteur Sexuel se rapproche du code iconique, tandis que le Vecteur Paroxysmal serait lié au code normatif, mais ne développera pas cette intuition. Voyons si, pour notre part, nous pouvons tenter un travail d'élaboration de cette proposition.

Le Vecteur S est le Vecteur de *l'objet* ; il y est question du rapport à l'autre et de la création progressive d'un espace duel. Le monde des sensations propres à l'ambiance a laissé place à celui des perceptions. Pour Schotte, ce vecteur renvoie à la dimension **pratique** de l'existence, Szondi lui-même le mettant en lien avec les notions de technique et de civilisation. Chez E. Dessoy, le code iconique concerne aussi le rapport à l'autre, nous sommes dans l'espace *objectal* de l'Éthique (aux côtés des espaces vécu et représenté de l'ambiance et des croyances). Le code iconique renvoie aux interactions, à la mise en actes, au faire, ce qui correspond assez bien à la dimension pratique de Schotte.

En outre, le code iconique s'exprime sur un mode analogique, le corps est son média, tout comme dans le vecteur S.

Le Vecteur P, lui, introduit du tiers dans la dualité du vecteur S par l'apparition de la loi, de la règle et de l'interdit. Le positionnement du sujet est alors lié à la révolte et/ou au conformisme. Ce vecteur est également appelé par Szondi « vecteur de l'éthique et de la morale ». Parallèlement, le code normatif de Dessoy est le lieu de l'énonciation explicite et verbale des lois familiales, des normes et des règles. Au travers de la famille, le code normatif connecte les membres aux règles et interdits sociétaux ; le vecteur P réalise ce travail à l'échelle individuelle, en confrontant le sujet aux lois qui régissent les hommes.

Néanmoins, ce découpage code iconique/code normatif paraît un peu artificiel, et plus encore leur association à l'un ou à l'autre vecteur. En effet, comme nous l'avons vu, codes iconique et normatif sont intimement associés, se complètent et se répondent.

Ainsi, il semblerait plus juste de dire que le Vecteur P tout comme le Vecteur S contiennent à la fois un code iconique et un code normatif.

Le Vecteur P, par exemple, contient aussi bien l'énonciation des règles que la position du sujet face à ces règles, et les manifestations qui en découlent. Outre l'énonciation de la norme, le vecteur P indique aussi un type de rapport à la norme : est-elle acceptée ou rejetée ? Selon Dessoy, les interactions sont corrélées à la norme et disent comment elle est prise. Par exemple, au sein d'une famille, une interaction complémentaire correspond à la pleine acceptation de la norme (relation parent/enfant par exemple) alors qu'une interaction antagoniste correspond au rejet de la norme. De la même manière, e- signifie à la fois qu'une loi a été *énoncée* ET que cela met le sujet en rage ; reste à savoir ce que le sujet va faire de cette rage en hy, que va-t-il *manifeste* ?

Pareillement, le Vecteur S n'est pas uniquement analogique, il contient aussi des règles. J. Kinable (2004) explique comment la thématique de la loi n'est pas seulement l'affaire du vecteur paroxysmal, elle est aussi présente dans le vecteur sexuel mais **il ne s'agit pas de la même loi**. Dans le vecteur sexuel règne la loi du « change et de l'échange » entre deux personnes (loi du marché), tandis que dans le vecteur paroxysmal règne la loi venant du tiers, qui introduit une

nouvelle donnée dans l'échange précédent (héritage, introduction d'autres générations). En quelque sorte, dans le premier se joue la différence des sexes et dans le second la différence des générations. La même nuance peut se faire dans le modèle du milieu humain car les normes ne sont pas uniquement liées aux Croyances, elles sont également issues de valeurs fondamentales (ambiance) et s'expriment également sur le mode analogique (en venant dire, par exemple, comment on entre en contact dans telle ou telle famille).

Dès lors, dans la rencontre des modèles de Szondi et de Dessoy, et donc dans la connexion du sujet et de sa communauté, nous préférons l'idée selon laquelle les codes iconique et normatif sont présents dans les deux vecteurs S et P et que ces vecteurs, ainsi que leurs codes, organisent des *thèmes* différents et néanmoins complémentaires de la vie familiale (communautaire, sociétale), notamment *le rapport à l'autre et le rapport à la loi*.

Ainsi, dans le modèle du milieu humain, l'Éthique semble comprendre ces deux thèmes (et donc ces deux vecteurs) en son sein et une grande variété de règles familiales en découlent. Le positionnement toujours unique d'une famille face au Sexuel et à la Loi lui confère son originalité et son style, qu'elle va offrir en observation et en communication avec le reste de la société.

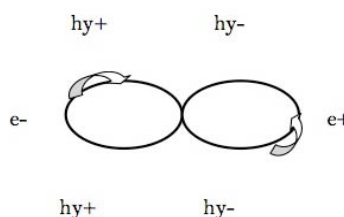
En outre, il paraît plus pertinent de conserver trois composantes plutôt que de tenter une division du foyer de l'Éthique en ses deux entités (normatif/iconique) qui correspondraient aux deux Vecteurs intermédiaires S et P.

J. Schotte a d'ailleurs associé les Vecteurs S et P dans une lecture triadique du schéma szondien : I=C ; IIa=S, IIb=P ; III=Sch. Cette lecture postule une complexité croissante de C à Sch, en passant par S et P qui sont associés tous deux comme vecteurs de travail. Le dualisme sujet-objet (S-P) est ainsi précédé d'un registre plus simple (C) et suivi d'un registre plus complexe (Sch). Schotte commente : « *Je ne crois pas qu'il y ait une quatrième discipline olympique dans une même série ; il n'y en a que trois. Et il n'y a que cette série de modes d'être-au-monde : en deçà de l'objet et du sujet, à travers l'objet et le sujet et au-delà. Il n'y en a pas plus* »<sup>14</sup>. Cette lecture en trois registres évoque sans trop de difficultés une connexion avec les trois foyers du milieu humain, comprenant l'Éthique comme foyer médiateur avec ses deux codes.

Cependant, il ne s'agit pas non plus de fondre les deux vecteurs S et P en une seule boucle qui correspondrait à l'Éthique. Chacun ayant sa spécificité et son existence propre, il s'agit bien sûr d'établir une distinction. Ainsi, au foyer de l'Éthique correspondrait deux vecteurs, et donc deux « boucles szondiennes », selon la thématique/problématique familiale en question.

### La boucle des affects

La boucle ici proposée a une particularité et se distingue de celles d'E. Dessoy et de G.



Nyssens, par l'introduction, dans les passages intermédiaires entre les facteurs directeurs, non pas d'un seul facteur médiateur (hy+ en haut de la boucle et hy- en bas, par exemple) mais bien des deux à la suite l'un de l'autre (hy+ hy- en haut, hy- hy+ en bas). Ainsi, la boucle suit cet ordre : e- hy+ hy- e+ hy- hy+ e-. Pourquoi cette modification ?

Tout d'abord parce que cela nous semble mieux correspondre à la fois au circuit de Schotte ET au milieu humain de Dessoy. En effet, de cette façon, l'idée d'évolution de Szondi est mieux

<sup>14</sup> Schotte, J. (1993), p. 19.

rendue, dans le passage par certaines étapes de développement qui pouvaient sembler court-circuitées si un seul facteur médiateur était mentionné ; le circuit e- hy+ hy- e+ de Schotte est ainsi conservé.

D'autre part, comme nous l'avons déjà évoqué, la force du modèle d'E. Dessoy est de montrer que l'évolution d'un **milieu** humain ne se fait pas de façon linéaire mais par cycles, avec remaniements successifs, de sorte **qu'aucune position sur le cycle n'est à rechercher préférentiellement** mais qu'il est par contre essentiel de toujours circuler. Dans cette perspective, le moment du e+ n'est pas plus intéressant pour la famille que celui du e-, ils sont par contre tous les deux nécessaires. Dès lors, repartir progressivement du e+ vers e- (via hy- et hy+), n'est pas le signe d'une régression familiale, mais au contraire du dynamisme familial qui est capable d'intégrer les changements et de toujours se réajuster.

La seconde raison de la modification proposée est liée à la perspective auto-organisationnelle dont nous avons montré qu'elle traverse les deux modèles. La ré-introduction de la différence étant ce qui permet à tout système de rester organisé, sur la boucle ici proposée chaque tendance suit sa polarité contraire ; une valence positive est toujours suivie et précédée d'une négative et inversement. Nous pensons que cette alternance permet le mouvement et **initie le passage** à une autre position sur la boucle.

Tentons de décrire *le parcours d'un sujet et de sa communauté sur la boucle des affects*. L'enfant ressent la rage (e-) issue de la frustration provoquée par un interdit, une règle, une loi familiale qu'il refuse, puis l'exprime, le manifeste et fait valoir ses griefs à un tiers (hy+, introduction de l'autre, de la relation). Si la rage est contenue par les parents (hy-), voire même symbolisée par eux, elle peut se muer en autre chose (e+), l'enfant intègre alors la règle et la fait sienne (correspond à la pleine acceptation de la norme décrite par Dessoy dans la complémentarité). En accord avec cette règle (hy-), il pourra même exprimer des regrets et une envie d'être à nouveau dans la proximité (hy+). De retour à l'unité familiale, celle-ci se maintiendra jusqu'à la prochaine confrontation autour d'une norme ou règle, et ainsi de suite<sup>15</sup>. L'enfant va donc progressivement intégrer les lois intra et extra-familiales, avec l'aide de ses parents et de son entourage, et va remanier cette question encore et encore, tout au long de son cycle de vie et de celui de sa famille (avec des périodes charnières comme celle du « non », la latence ou encore l'adolescence).

La boucle des affects place la position e- du côté de l'espace Unitaire. Il peut paraître surprenant que la rage soit associée à l'unité voire à la fusion. Néanmoins, peut-être n'est-ce pas aussi étonnant car, comme nous allons le voir au travers du Vecteur S, la rage naît d'une privation qui survient dans un univers fusionnel. L'espace associé à e- semble donc davantage un espace *indifférencié*, là où l'objet n'existe pas encore. L'objet apparaîtra avec hy (dans le vecteur P), de même qu'avec s (dans le vecteur S).

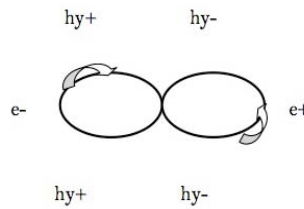
Voyons maintenant comment nous pouvons imaginer une boucle pour le vecteur sexuel.

<sup>15</sup> Une forme d'illustration en est donnée par les protocoles issus de notre recherche de deuxième cycle. (Haxhe, S. 2002). Dans les fratries séparées par un écart d'âge inférieur à deux ans, la tendance e- est partout présente chez les aînées (aucune cadette ne montre cette position) et exprime une frustration, une rage liée à l'arrivée de la cadette, rage non symbolisée car elles étaient trop jeunes. Dès lors, l'agressivité est soit exprimée, soit retournée contre elles. Lorsque l'écart est de trois ou quatre années, l'agressivité est symbolisée ou sublimée.

Dans les deux cas, ce sont l'écart d'âge de même que l'attitude parentale qui orientent le destin de l'agressivité de l'enfant.

D'ailleurs, e- est considéré comme la position de Caïn, la position rageuse et meurtrière. Mais quel est l'impact de l'attitude de Dieu sur le geste de Caïn ? J. Kinable (2004) montre bien comment le silence et l'injustice de Dieu face aux offrandes des deux frères va mettre Caïn en rage. L'agressivité fraternelle est donc indissociable de l'attitude parentale.

## La boucle du sexuel



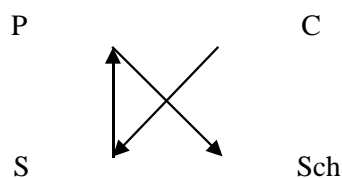
L'enfant est dans la demande d'amour h+. Selon Lekeuche et Mélon (1999), la position h+ exprime « l'idéal d'un amour exclusif ». Au niveau du contact, ceci correspond à un moment très unitaire de la famille, avec des croyances ainsi que des normes et comportements qui mettent en scène le désir Unitaire (rassemblement, rites d'union, etc. Ce moment pourrait être celui de l'arrivée de l'enfant, dans le cycle de vie d'une famille). Avec le s- apparaît l'objet, mais l'objet principal d'investissement est soi-même : le sujet se propose comme objet pour l'autre (« aime-moi »). En s+, la démarche vers l'autre est plus active, le sujet prend les commandes. Ensuite, il va prendre progressivement distance par rapport à la demande d'amour et à la *dépendance* que cela implique (h-). Il est dans une sorte de retrait, et donc une tentative d'indépendance, pour investir d'autres objets, plus conceptuels et abstraits. Au niveau de l'Éthique, cela correspond aux normes et mises en scène de comportements qui soutiennent l'espace d'Ecart de la famille (chacun a ses activités de son côté, on ne prend pas tous les repas ensemble, etc.). La position h- de la boucle du sexuel correspond donc à la fois : à l'espace de distanciation dans l'Ambiance, à l'acquisition d'une pensée autonome dans les Croyances, à l'intériorisation de la règle au niveau du code normatif de l'Éthique et à l'autonomie qui en découle.

Ensuite, le désir et la recherche de l'autre en tant qu'initiateur (s+) de la relation se fait sentir (suivant le mouvement anticipé dans l'ambiance), ce qui correspond au moment du réaccordement dans le contact, et introduit un nouveau mouvement vers une proximité familiale.

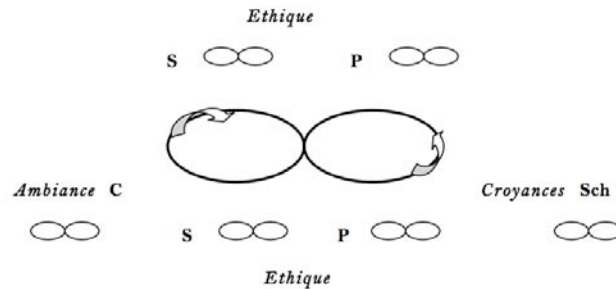
## La boucle des vecteurs et foyers

Pour ponctuer la connexion des modèles et à l'instar de J. Schotte, dont la démarche « méta » a été de proposer un circuit des vecteurs, peut-on imaginer une *boucle* des *vecteurs* et *foyers* ?

### Le circuit des vecteurs de J. Schotte



## La boucle des vecteurs et foyers



Pour Schotte, le passage d'un vecteur à l'autre ne se fait qu'après le parcours entier du circuit de chaque vecteur, ce pourquoi nous avons représenté de petites boucles sur la boucle. Ce passage est initié par un manque, une question irrésolue au sein d'un vecteur et qui pousse le sujet à trouver une réponse dans le vecteur qui suit.

Ainsi, pour un individu et sa famille, le parcours sur la boucle connectant les vecteurs et les foyers se fait sous une **double impulsion** : un processus **interne** (une question restée en suspens) et une **offre externe** venant des autres membres, qui invitent au passage et proposent éventuellement leur aide pour traiter cette question.

Dans la même logique que les deux autres boucles que nous avons proposées, celle-ci suit un circuit C S P Sch P S C. Nous allons tenter de décrire ce que pourrait être **ce parcours liant l'individu et sa communauté**, tout en situant à chaque passage les questions qui restent en suspens en termes individuels.

\* **Ambiance C** : indifférenciation, monde préobjectal. Monde du sentir. Registre de l'esthétique. La question de la différenciation (posée en m-) ne peut pas être tout à fait résolue dans le vecteur C et initie le passage au vecteur suivant.

\* **Éthique S** : apparaissent l'objet et la différenciation, faisant naître l'interaction et ses codes. Monde du percevoir. Registre du pratique. Ce qui reste en suspens est ici la recherche du tiers qui permettra de départager dans une relation duelle de change et d'échange.

\* **Éthique P** : introduction de la loi et de normes organisant les interactions. Registre de l'éthique. Mais l'accès à la responsabilité et à ses propres lois (auto-nomie) ne se fera pour le sujet que dans le vecteur du Moi.

\* **Croyances Sch** : création de valeurs personnelles en fonction des valeurs héritées. Monde du connaître. Registre de l'historique/dialogique. On peut alors imaginer que le sujet qui accède progressivement à son autonomie a le désir de la mettre en normes et en actes, puis de retrouver peu à peu le contact à son monde, à sa communauté, ce qui initie un nouveau cycle, chaque fois différent et à la fois semblable au cours de la vie du sujet au sein de son environnement.

\* **Éthique P** : mise en normes, en règles, des nouvelles croyances et des nouveaux apprentissages. Éthique.

\* **Éthique S** : mise en actes dans les interactions, théâtralisation. Pratique.

\* **Ambiance C** : retour au monde du sentir, mais avec l'expérience acquise des autres mondes.

Comme annoncé plus haut, la position médiatrice de l'Éthique justifie sa position intermédiaire sur la boucle des foyers. L'Éthique nous semble bien un **foyer médiateur** au sens où l'entend Schotte pour les facteurs, car il s'y opère un travail analogue à celui qui a lieu dans les facteurs médiateurs à un niveau individuel. En effet, c'est par le truchement de l'Éthique que les Croyances ont l'opportunité de modifier l'Ambiance, et inversement. Par exemple, de nouvelles

valeurs peuvent s'énoncer par le code normatif et se jouer dans le code iconique. Cette nouvelle mise en actes aura alors nécessairement un impact sur le ressenti des membres et donc sur l'Ambiance familiale. De même, un nouveau vécu familial, lié à une période particulière du cycle de la famille, actualisera de nouveaux comportements qui, s'ils se répètent, verront l'apparition de nouvelles règles et éventuellement de nouvelles valeurs ou croyances familiales.

On voit combien les codes normatif et iconique sont liés au sein de l'Éthique. La norme énoncée au sein du code normatif sera actualisée ou mise en question dans le code iconique. De façon semblable, les Vecteurs P et S sont aussi intrinsèquement liés. En effet, le travail décrit au sein des *facteurs* médiateurs est applicable aux *vecteurs* médiateurs, à savoir que la tension ou la question posée dans les facteurs appelés « directeurs » (ici vecteurs C et Sch) ne peut trouver réponse et satisfaction que par l'intermédiaire d'un objet (ici S) dont l'accès est soumis à certaines conditions (ici P).

## Conclusion

Le principal objet de ce travail de mise en perspective des modèles était de relier le *processus évolutif d'un individu*, ses différentes étapes et ce dont il est question à chacune d'elle, à ce qui se passe simultanément sur le plan familial, communautaire, qui a ses *propres* questions *mais* doit aussi traiter celles de ses membres.

Ainsi, ce que la connexion des modèles rend évident est que *l'évolution d'un individu au sein de sa famille* se fait grâce à une *double impulsion* : un processus **interne** (un besoin, une question chez l'enfant qui demande à être traitée) et une **offre externe** venant des autres membres, qui proposent leur aide pour traiter cette question.

Cela signifie que si la famille, la communauté, n'entend pas la question de l'enfant, ou fait une offre qui ne correspond pas à sa question et/ou son besoin, cela représente un risque pour ce dernier car il peut être bloqué dans son évolution naturelle, ou très seul pour traiter certaines questions, ou encore davantage occupé à répondre aux questions de sa famille qu'aux siennes propres. Toutes ces questions étant au cœur du processus de parentification, le lecteur saisira aisément en quoi la mise en perspective des modèles s'est révélée d'une grande richesse lors de notre thèse de doctorat.

De façon générale, ce type de mise en perspective nous paraît utile et prometteur, dans une recherche scientifique qui est, et devra être, de plus en plus intégrée.

Il en est de même pour le champ de la clinique. La connexion de modèles permet d'envisager des prises en charge thérapeutiques intégrées et cohérentes, qu'elles soient effectuées par un même thérapeute ou par des thérapeutes différents au sein d'une collaboration.

Dans le cas présent, le dialogue des modèles permet d'attirer l'attention du clinicien sur le double processus qui prend place sur les plans individuel et groupal au sein d'une famille, sur les questions inhérentes à chaque plan, et sur la nécessité de considérer ces questions comme interdépendantes. Ainsi, l'accent est mis sur le fait de favoriser dans le suivi thérapeutique un espace pour les questions aussi bien d'ordre individuel que communautaire et de regarder, voire d'évaluer sur base d'outils adaptés à chaque niveau, si une question posée sur tel plan est entendue et fait l'objet d'une réponse sur l'autre plan, et inversement.

Dès lors, la connexion de modèles ici proposée est un exemple d'intégration théorique qui se veut, ou du moins s'espère, utile à la clinique.

## Références

- Bertalanffy, L. (1973). *Théorie Générale des Systèmes*. Paris : Dunod.
- D'Amore, S. & Haxhe, S. (2009). Liens, ruptures et parcours possibles de réconciliation entre recherche et clinique avec la famille selon une approche systémique. *Thérapie Familiale*, 30(2), 195-210.
- Dessoy, E. (1991). *Ambiance, éthique et croyances : les trois foyers organisateurs d'un milieu humain. Une approche psycho-sociogénétique préparatoire à l'abord de l'autisme*. Thèse de doctorat non publiée.
- Soumagne, La « Ferme du soleil », Belgique.
- Dessoy, E., Compagnol, C. & Pauss, V. (1994). Le milieu humain II : Etude de cas. L'impact de l'enfant psychotique sur le milieu familial et le milieu institutionnel : une collaboration entre famille et institution. *Thérapie familiale*, 15(1), 79-89.
- Dessoy, E. (2004-2005). *L'homme et son milieu. Etudes systémiques*. Syllabus de cours, faculté de psychologie, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve et Université de Liège, Liège, Belgique.
- Haxhe, S. (2002). Le complexe de l'intrus, ou l'effet de l'écart d'âge sur le devenir des membres d'une fratrie. *Dialogue*, 157, 107-116.
- Haxhe, S. (2008). La parentification : Etude d'un processus. *Thérapie Familiale*, 29(1), 175-178.
- Kinable, J. (2004). La paroxysmalité de l'affect : reconnaissance et solidarité. *Cahiers du CEP*, 10, 373-383.
- Kinable, J. (2008). Vecteur szondien du Moi et Décomposition Freudienne de la Personnalité Psychique. *Szondiana*, 28, 118-155.
- Mélon, J. (1980). Fantômes originaires selon Freud et système szondien des pulsions. *Psychanalyse à l'Université*, 5(20), 673-680.
- Mélon, J. (1990). Fantômes et pulsions. In Lekeuche, P. & Mélon, J. (Eds.), *Dialectique des pulsions* (33-47). Bruxelles : De Boeck Université.
- Mélon, J. (1999). *Introduction au Szondi et au BBT*. Syllabus de cours, faculté de Psychologie, Université de Liège, Liège, Belgique.
- Miermont, J. (2001). *Dictionnaire des thérapies familiales. Théories et pratiques*. Paris : Payot.
- Nyssens, G. (2006). *Le jeu des croyances et des idéologies : vers une organisation rigide ou dynamique ? Une approche systémique par le récit de vie familiale*. Thèse de doctorat non publiée, Université Catholique de Louvain, Louvain-La-Neuve, Belgique.
- Schotte, J. (1990). Szondi avec Freud : sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle. Bruxelles : De Boeck Université.
- Schotte, J. (1993). De la Schicksalsanalyse à la Pathoanalyse. *Cahiers du CEP*, 3, 03-23.
- Straus, E. (2000). *Du sens des sens, contribution à l'étude des fondements de la psychologie*. Grenoble : Million. (Original work published 1935).

## On the track of the validity of the Szondi-Test

Káplár, Mátyás; Bernáth, László; Kiss, Enikő  
*University of Pécs, Institute of Psychology*

### Résumé

*Bien que les tests de personnalité projectifs soient largement utilisés dans la pratique clinique, plusieurs études scientifiques prétendent qu'il n'est pas ou guère possible de confirmer leur validité statistique. Dans notre étude, nous avons examiné la validité du test de Szondi. Le test a été développé par le psychiatre hongrois Léopold Szondi, pour dresser la carte de la structure pulsionnelle inconsciente de l'individu. Le test a été utilisé dans la pratique clinique depuis des décennies, mais les études portant sur sa validité statistique sont controversées. Notre objectif était de donner la preuve que les résultats du test de 10 profils peuvent être confirmés statistiquement. Nous avons choisi pour notre étude le MMPI comme contrôle standardisée. Notre échantillon se composait de 190 personnes (93 hommes, 97 femmes) sans diagnostic clinique à qui nous avons administré les 10 passations du test de Szondi et qui ont aussi rempli le questionnaire MMPI. Nous avons calculé les classes pulsionnelles des participants et examiné ce genre de regroupement avec l'analyse discriminante basée sur les échelles diagnostiques du questionnaire MMPI. D'après nos résultats des fonctions discriminantes significatives ont été retrouvées. Sur la base des données de classification de l'analyse discriminante 74,1 % de notre échantillon a été classé correctement.*

### Abstract

*Although projective personality tests are widely used in clinical practice, several scientific studies state that it is not or hardly possible to confirm their statistical validity. In our current study we examined the validity of the Szondi test. The test was developed by Leopold Szondi, a Hungarian psychiatrist to map the unconscious drive structure of an individual. The test has been used in clinical practice for decades but the studies examining its statistical validity are controversial. Our goal was to give evidence that the results of the 10 profile test can be confirmed statistically. We chose the MMPI as a standardized control for our study. Our sample consisted of 190 (93 male, 97 female) persons without clinical diagnosis to whom we administered the 10 profile Szondi tests and they also completed the MMPI questionnaire. We computed the drive classes of the participants and examined this kind of grouping with discriminant analysis based on the diagnostic scales of MMPI inquiry. According to our results significant discriminant functions were found. Based on classification data of the discriminant analysis 74.1 % of our sample were correctly classified.*

Keywords: Szondi test, MMPI, statistical validity, projective tests, discriminant analysis

### Introduction

Projective personality tests are widely used in clinical practice. The reason for their popularity is the fact for use in therapy, their results are very effective and reliable. These tests provide information about the unconscious aspects of the client and help to get a global picture



about the personality. The goal of projective techniques is to map the psychodynamic processes underlining the behavior and the presented symptoms. Although these methods are very helpful in the psychodiagnostic process, they have several disadvantages. The main concern about their operation is that the subjectivity of the test taker is highly involved in the evaluation of the results. These tests provide information about unconscious contents of the personality and these data can be in a sharp contrast with the conscious insight of the client. For these reasons several scientific studies state that it is not or hardly possible to confirm statistically the validity of projective methods. The confirmation process is difficult and questionable. It is obvious that although psychotherapists like to use projective methods because of their high ecological validity, in scientific research it is hardly possible to rely on the results of these tests.

In our current study we examined the validity of the Szondi test. The test was developed by Leopold Szondi, a Hungarian psychiatrist, who used the method to map the latent hereditary factors of his client's personality. Szondi based his method on his genotropic theory, which describes that the drives resulting from the latent genes will direct the choices of an individual in love, friendship, occupation, diseases and the form of death. The test itself consists of 48 portraits of mentally ill individuals, representing the overload of the 8 drives (homosexual, sadist, epileptic, hysteric, catatonic, paranoid, depressed, maniac) determining the personality, described by Szondi. The 8 drives build four vectors each containing two of the drives: Sexual (h, s), Paroxysmal (e, hy), Ego (k, p) and Contact (d, m). The portraits are presented in groups of 8 in 6 series. The client has to select among the pictures, first the two most "liked" then the two most "disliked" finally from the remaining the two more "liked" ones. Based on the selections in each factor four different reactions can appear: positive (more liked choices in the factor), negative (more disliked choices), ambivalent (same amount of liked and dislike choices) and zero (less than 2 choices in both directions). To be able to evaluate the test it has to be taken 10 times. Although the Szondi test is clearly a projective method, the subjectivity of the examiner is limited as the evaluation is based on the client choices. The examiner does not have to evaluate and interpret the verbal answers of the subject. As there is no symbolic interpretation during the quantitative evaluation of the test results, the subjective view of the examiner has no effect on them. Another big advantage of the test is that it can be taken more than one time, moreover to be able to evaluate the test appropriately 10 sessions are required. Leopold Szondi himself describes several cases when he administered the test more than a hundred times with one single patient (Szondi, 2007). These features of the Szondi-test gave us the opportunity to examine its operation with objective, statistical methods.

The question emerges, why was it impossible to verify the operation of the test with statistical methods in the past decades and despite of the low subjectivity during the evaluation why was its scientific validity rejected. This problem has two main aspects. The first is that some studies ignored the fact that the choices in the test are affective. The subjects select among the portraits simply by "like" and "dislike" and not by cognitive evaluation. The goal of the test with these kinds of choices is to map unconscious drive expansions in the individual, which are hidden in the familial unconscious, and during the conversations with the therapist the patient cannot recall them. Looking at Szondi's description of the test, he developed this method to help the therapist during the diagnostic and monitoring process. He recognized that the test results reach the same conclusions about the drive structure and personality of the client as analyzing the whole family tree for months. That is why it is impossible to expect good results of the statistical validity with trials which are oriented to any conscious aspects of the test selections. Vargha, A. (1984) in his book about the psychometrics of the Szondi-test collected several of such studies from the United States and Western Europe (Rabin 1950, Dudek and Patterson, 1952; Flament, 1953; Steinberg 1953, Short 1954, Silverstein 1957).

The second reason for the poor results of previous studies on the statistical validity is that the researchers did not use strictly the evaluation procedures described by Szondi but developed new data from the test results and compared these with other statistical indicators, not surprisingly unsuccessfully. In the United States in the 1950's several experiments tried to confirm the validity of the Szondi test, all of these studies arrived to a negative conclusion (David & Rabinowitz 1951, David, Orne & Rabinowitz 1953, Coulter 1959, Cohen 1951, Fosberg 1951). The methods used in these studies were based on the book of Susan Déri (1949). Déri left Europe before the complete development of the test was finished. In the USA, she published her book 'Introduction to the Szondi-test' and later this became the main reference for the control studies. She developed detailed psychodynamic analysis of the different choices and profiles of the test but never described a quantitative method of the evaluation such as Szondi. The lack of reachable quantitative data from the test caused that in the control studies it was necessary to operationalize the results.

Vargha, A. in Hungary, in his book cited above, also tried to provide evidence for the validity of the Szondi test. He used both 2 profile and 10 profile tests. His goal was to measure the reliability and consistency of the test factors. He constructed scale variables based on the picture choices. The scales represented the consistency of directed, non-directed, positive and negative selections. With these data Cronbach's Alpha of each factor was computed, and at the 10 profile tests the inner consistency of the factors was measured. The results showed that the mathematical statistical results of the different factors are not sufficient, their reliability and consistency is not acceptable. Although Vargha's is the most comprehensive work in the topic of the psychometrics of the Szondi test not only in Hungary but on an international level as well, his studies did not have satisfying results. The reason of his conclusions lies on the fact that he changed the quantitative evaluation of the test as all the previous studies. Szondi stated that it is not possible to evaluate the test with the so called puzzle method, factor by factor. The evaluation has to focus on the global profile given by the client's choices. It is not surprising that a method which separates the factors and measures them individually changing the meaning of the selection would not serve for appropriate results. The question emerges: Why was the original evaluation of the test not used for examinations by the different studies? Vargha, A. gives us the clear answer: There are no personality inquires with which the selections of the Szondi test pictures would be comparable. That is why the data were always changed and the scientists tried to approximate the results to other scales.

In our current study we tried to find a way based on the 10 profile method of the Szondi test, to compare the results with other standardized personality inquires. For our research we chose the MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). The MMPI is a forced choice paper-pencil test. The client has to evaluate statements based on his/her attitudes that he/she finds them true or false. The first handbook about the inquiry was issued in 1943 (Hathaway & McKinley, 1943). This period corresponds to the time in which the Szondi-test was also developed. This fact that the two methods were developed in the same period is important not only from a historically but also psychologically. The scales of the MMPI and the different drive structures of Szondi were described by similar diagnostic criteria and psychological view. That is why it is easier to compare their results. For example the diagnosis of hysteria can be found both in the Szondi test and in the MMPI although nowadays its symptoms would not be diagnosed the same way. This fact of diagnostically correspondence explains why MMPI was used for controlling the Szondi test instead of a newer or more modern inquiry. Both assessment methods are based on pathology and although both of them are appropriate to use on a normal population, these instruments approach the personality by pathology. The 566 items and 13 scales of MMPI represent a well differentiated profile of the personality. Its validity is supported by several studies. Most of its scales show high correlational values with other diagnostic scales (Wiggins et al., 1971), its reliability values are mostly sufficient.

Although the objectivity of the MMPI is widely accepted some limitations of the inquiry should be mentioned. The MMPI was controlled with split-half method. Two scales (Ma (Hypomania), Pa (Paranoia)) showed very low values in this test (Taylor, 1951). In another study the inner consistency was examined. On some different samples four scales (Ma, Pa, Pp (Psychopathy), (Sc (Schizophrenia)) showed no or significant negative inner correlations (Horn et al., 1968). These limitations showed that although in our study we mainly rely on the MMPI results, possible distortions in the data has to be considered.

## **Goal and method of the study**

The goal of our study was to give evidence that the results of the 10 profile Szondi test can be confirmed statistically.

The current experiment cannot cover all the aspects of the validity of the Szondi-test but brings us one step closer to a solution of the problem. The basis of our study was the system of drive classes of the test, which can be defined objectively during the test evaluation, and according to Szondi it describes well the character of the client's personality. The drive classes can be computed from the picture choices. The difference between the ambivalent and zero choices in a factor will give the tendency tension of the drive. We can compute the tendency tension differences in each vector. The vector with the highest tendency tension difference will determine the drive class, which consist of the vector, the factor in the vector with smaller tendency tension and the main direction of choices in the specified factor (+ or -).

In the study 190 persons participated (94 male, 96 female), mean age 23,04 (SD 3,74), all of them were university students or graduated. The sample consisted of normal population, none having a clinical diagnosis. Our goal was to have a homogenous sample in age and socioeconomic class, to be able to exclude differences coming from the effect of external variables, which could distort our data.

During the experimental process in the spring and autumn 2011 we administered 10 profile Szondi tests with each participant and asked them to complete the MMPI questionnaire as well. The 3<sup>rd</sup> academic year psychology students of the University of Pécs assisted us in this work.

## **Analysis of the data and results**

The 10 profile Szondi tests were evaluated by software developed for group evaluation of the Szondi test in the Psychological Institute of the University of Pécs. The software is able to compute the quantitative indicators and the most frequent vector reactions in each test. Based on the determination of the drive classes we divided the participants into 16 groups.

We summarized the data from the MMPI questionnaire on a spreadsheet and computed the raw points of the different scales. As we needed only the patterns of the scales for our analysis we used this kind of scores.

After this we used the drive classes obtained from the Szondi tests as grouping variables and the diagnostic scale scores acquired from the MMPI as patterns of the personality. We used Discriminant Analysis to decide if the grouping defined by the Szondi-test corresponds with the patterns given by the MMPI. Discriminant Analysis is a mathematical statistical method which is appropriate to examine grouping in a sample. In the sample to each participant belongs a grouping variable given by the main drive class of the Szondi-test, and based on this variable the participant belongs to a group. In addition, the scores of the diagnostic scales of the MMPI were assigned and

used to decide if there is a correspondence between the grouping and the patterns of the scales. This can be understood, as the drawn profile sheets of each participant MMPI data would have been taken, and it would have been expected that the personality curve of the participants in a special group, in a special drive class would have similar shape.

Based on this method the comparison of the Szondi test and MMPI data gave us the following results below. We analyzed the results of the male and female participants separately because the MMPI scale computation differs based on sex. In the tables below the results of grouping can be seen. In the first column there is the name of the main drive class, in the second the number of cases belonging to that group based on the Szondi test results. The third and fourth column contains the results of the discriminant analysis. The third column represents the cases which belonged to the given group based on MMPI scale data, the fourth column is for the misclassified cases. The last column tells the rate of corresponding cases in the given drive class. Because of the personality dynamics a few drive classes were overrepresented in the sample while others contained only a few or no members. These differences could have strongly distorted the results of the analysis. We wanted to maximize both the strength of the statistics and the number of groups involved in the study. We involved the groups containing 4 or more members. Groups with fewer members would have had low statistical validity but if we would have chosen only larger groups, then more than half of the drive classes should have been excluded.

In the table below the results of female participants is presented. Only the included drive classes are shown. The conducted Discriminant analysis showed that the discriminant functions together are able to describe the differences among groups (Wilk's  $\lambda=0.257$   $p<0,05$ ), the Box's M test indicated that the variances of the discriminant function's covariance matrices are equal. The 78,2 % of overall cases were correctly classified.

Group	Cases	Correct Grouping	Other	Rate
Sh+	7	7	0	100 %
Ss+	4	4	0	100 %
Ss-	12	11	1	91.4 %
Pe+	4	4	0	100 %
Pe-	4	3	1	75.0 %
Phy-	15	13	2	86.7 %
Schk-	7	7	0	100 %
Schp+	15	7	8	46.7 %
Cm+	19	12	7	63.2 %
<b>Sum</b>	<b>87</b>	<b>68</b>	<b>19</b>	<b>78.2 %</b>

Table 1. Discriminant analysis results of female participants

The Discriminant Analysis of the male participants showed also a good classification rate of 66.3 % but the discriminant function was not significant (Wilk's  $\lambda=0.373$   $p>0.05$ ) and the Box's M test indicated that the equality of variances of the discriminant functions' covariance matrices was also violated. Based on the previous studies describing the limitations of some scales of the MMPI inquiry (Taylor, 1951; Horn et al. 1968) we conducted another Discriminant Analysis on the male subjects excluding the four questionable scales (Ma, Pa, Pp, Sc). Although with fewer independent variables the classification rate became lower (65.1 %), and the discriminant function had less

power, it provided significant results (Wilk's  $\lambda=0.454$   $p<0.05$ ), and the Box's M test indicated the equality of the variances of the discriminant functions' covariance matrices. In the table below the results of male participants is presented. Only the included drive classes are shown.

Group	Cases	Correct Grouping	Other	Rate
Sh+	11	5	6	45.5 %
Ss+	5	5	0	100 %
Ss-	8	5	3	62.1 %
Pe-	5	5	0	100 %
Phy-	13	7	6	53.8 %
Schk-	7	6	1	85.7 %
Schp+	10	6	4	60.0 %
Cm+	24	15	9	62.5 %
<b>Sum</b>	<b>83</b>	<b>54</b>	<b>29</b>	<b>65.1 %</b>

Table 2. Discriminant analysis results of male participants

From the overall sample 170 participants (83 male, 87 female) were included in the statistical tests. With significant discriminant functions 126 participants were correctly classified that is the 74.1 % of the sample.

## Discussion

In our study we wanted to give evidence that it is possible to confirm the validity of the Szondi test with statistical methods. 10 profile tests were taken and the drive classes of the participants were determined. These data were compared with the personality profiles derived from the MMPI inquiry. However, although the grouping based on drive classes refers only to one aspect of the personality, it describes the character of the personality of the individual well. As this is a determining cue of the personality, the goal was to find other data which is comparable with the drive classes and differentiates the personality precisely. The personality profile given by the diagnostic scales of MMPI inquiry was chosen for this purpose as in a global view it describes the personality well. To compare these two types of data, the mathematical statistical method of discriminant analysis was used.

Comparing the data from drive classes and the personality patterns given by the MMPI inquiry the correspondence between the two types of data in the overall sample is 74.1 % which is a significantly high value, showing strong correlation.

In the statistical analysis some of the drive classes had to be excluded because of their underrepresentation in the sample. This inequality of the data corresponds with Szondi's description of the drive classes. He states that some of the classes are highly overrepresented in the society, mainly the edge classes (Sh+, Cm+). These classes representing the individuals focus on personal relationships and that is why these classes contain many individuals in each sample. Other classes, which mainly representing serious psychological problems in the personality are always underrepresented (Szondi, 2007). In the table below the distribution of the drive classes in the sample is presented.

Drive Class	Cases		Drive Class	Cases	
	M	F		M	F
Sh+	11	7	Sh-	2	2
Ss+	5	4	Ss-	8	12
Pe+	2	4	Pe-	5	4
Phy+	2	1	Phy-	13	15
Schk+	3	3	Schk-	7	7
Schp+	10	15	Schp-	0	1
Cd+	1	2	Cd-	0	1
Cm+	24	19	Cm-	0	0

Table 3. Frequencies of drive class distribution

In our sample over the frequent drive classes described by Szondi Phy- and Schp+ classes and among females Ss- class was over represented. Without a personal interview with each participant it is not possible to declare a definitive explanation of these results but the characteristics of our sample provide an indication of the answers. The participants were mainly university students in their early twenties. The Phy- and Schp+ classes among healthy persons describe characteristics which are specific for adolescent life period, and young adulthood. The dominance of Ss- class among female participants could be a result of the fact these participants were mainly psychology students. The description of this class determines that here psychologists, or other helping professions can be overrepresented. The male sample consisted mainly of students of other professions.

The classification results also showed differences among drive classes. Some of the classes are 100 % well classified, but some of them have quite low classification rates. To refer on these results we have to consider Szondi's theory about the dynamics of the personality. He describes the psychological changes in an individual as a revolving stage (Szondi, 1996). This means that depending on the actual life period and the needs of the individual, different elements of the drive structure, following three rules, can appear in the foreground of the personality (Szondi 2007). These changes on the surface of the personality will not change the drive structure, they only effect the actual behavior and attitudes of the individual. In our further study we would like involve these changing rules in the analysis to have more precise results of the Discriminant Analysis.

With our results we got one step closer to the statistical verification of the Szondi test. The fact that we found strong correspondence between the results of the Szondi test and the results of MMPI which is internationally standardized and widely accepted showed us that this is a possible way to reach our goal of validating the Szondi test. To have a final result on this question we have to conduct more studies in this topic. The consistency and reliability of MMPI scales has to be controlled on a bigger sample to eliminate the distortions coming from the inquiry data. The other goal is to represent the psychodynamic changes of the personality described by Szondi in our results. Besides the statistical verification of the test, behavioral data collection is also needed to support our results. The choices and attitudes of individuals having similar test results, the events of their lives can provide important information for further researches.

The possibility to verify our results with other standardized personality tests or methods is very important. Using modern brain imaging techniques the activations during the portrait selections could be mapped. The results of such studies could help us to understand more the brain processes of the genotropic choices, providing information also for clinical therapists in their work.

Researches on choices based on like or dislike could help to understand the preattentive processes of cognitive evaluation, related to affective factors.

Finally we would like to thank the students, whose fast and accurate work was indispensable for our successful research: Amir Al-Gharati, Kata Facskó, Krisztina Gödöny, Béla Jr. Palotás, Helga Láposi, Adrienn Nagy, László Potyondi, Anett Sándor, Kinga Sipos, Eszter Terenyi.

## References

- Cohen, J. (1951). The chance distribution of Szondi valences. *Journal of Consulting Psychology*, 15(2), 130-133.
- Coulter, W. M. (1959). The Szondi Test and the Prediction of Antisocial Behavior. *Journal of Projective Techniques*, 23, Iss. 1.
- David, H. P., Orne, M., Rabinowitz W. (1953). Qualitative and Quantitative Szondi Diagnosis. *Journal of Projective Techniques*, 17, Iss. 1
- David, H. P., Rabinowitz, W. (1951). The development of a Szondi instability score. *Journal of Consulting Psychology*, 15(4), 334-336.
- Deri, S. (1949). Introduction to the Szondi-teszt: theory and practice. Grune & Stratton, New York
- Dudek, F. S. és Patterson H. O. (1952). Relationships among the Szondi Test items. *Jorna of Consulting Psychology*, 16, 389-394.
- Flament, J. (1953). Contribution á l'étude expérimentale du test de Szondi. *Acta Neurologica Belgica*, 53, 675-689.
- Fosberg, I. A. (1951). Four experiments with the Szondi Test. *Journal of Consulting Psychology*, 15(1), 39-44.
- Horn, J. L., Adams, D. K., Levy, G. (1968). On the concept validity of MMPI scales. *JEM* 5, 79-90
- Rabin, A. I. (1950). Szondi's pictures: Identification of diagnoses. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 45, 392-395.
- Short, P. L. (1954). Experiments on the rationale of the Szondi test. *J. ment. Sci.*, 100, 384-392.
- Silverstein, A. B. (1957). „Diagnosing” Szondi's pictures. *Journal of Projective Techniques*, 21, 396-398.
- Steinberg, A. (1953). Szondi's pictures: discrimination of diagnoses as a function of psychiatric experience and of internal consistency. *Journal of Projective Techiques*, 17, 340-348.
- Szondi L. (2007). A Szondi-teszt – A kísérleti öszöndiagnosztika tankönyve. ÚMK, Budapest
- Vargha A. (1984). A Szondi-teszt pszichometriája. Universitas, Budapest

## The role of belief function in clinical health psychology

Kiss, Enikő

*University of Pécs, Department of Personality and Health Psychology*

### Résumé

*En psychologie analytique du destin de Szondi le moi Pontifex joue un rôle important dans l'humanisation de pulsions. La voie du devenir un « être humain humanisé » est toujours ouverte aux hommes, pour autant qu'ils soient sur ce chemin capables de rendre consciente – à partir des différentes possibilités d'existence – cette voie humanisée et ensuite de la choisir librement. En psychologie du destin ce sont la socialisation, la sublimation, et l'humanisation des pulsions qui mènent au plus haut niveau de développement humain. Pour atteindre ce niveau de développement les individus ont besoin de l'aide de fonctions du moi telles que la transcendance, l'intégration et la participation. La transcendance permet aux individus de passer à un niveau plus élevé de développement ; l'intégration signifie l'établissement d'une personnalité totale, avec ses aspects conscients et inconscients, et la participation prend en charge la capacité de réinsertion, qui nous permet de participer aux relations humaines, au monde et à l'esprit.*

*Notre contribution souligne l'importance de la « fonction de croyance » schicksals-analytique et la rattache au domaine de la psychologie clinique de la santé. Récemment, l'intérêt dans les recherches scientifiques pour les relations entre religion et santé physique et mentale s'est considérablement accru. La présentation fait état des résultats les plus importants concernant les effets de religion sur la santé et sur les processus de guérison.*

### Abstract

*In Szondi's fate analytical psychology the Pontifex ego plays a significant role in the humanization of drives. The way of becoming a 'humane human being' is always open for people, however they can only proceed on this way if – from the various possibilities of existence – they are able to make the humanized direction conscious, and then choose freely. In fate psychology it is the socialization, sublimation, and humanization of drives that lead to the highest level of human development. To reach this level of development individuals need the assistance of such ego-functions as transcendence, integration and participation. Transcendence enables individuals to step further to a higher level of development; integration means the formation of a whole personality together with its conscious and unconscious aspects; and participation supports the ability of reintegration, which helps us to participate in human relationships, the world and the spirit.*

*The paper emphasizes the importance of fate analytical 'belief function' and connects it to the field of clinical health psychology. Recently the interest has considerably increased towards the relationships of religion and mental, physical health in scientific researches. The presentation mentions the most important results about the religious effects on health and process of recovery.*

**Keywords:** fate-analysis, the belief function of the Pontifex ego, clinical health psychology, religion and health



## Ego-functioning and personality in depth psychologies

The ego-concept of fate analysis differs from both that of psychoanalysis and analytical psychology. In Freudian psychoanalysis the ego develops from a part of the id and after its formation it functions as a mediator between the id and the outer world. Ego-functioning needs to harness the id, and to adjust the outer world to fit the desires of the id. In order to divert the unfeasible desires of the id, the ego develops various defense mechanisms, such as suppression, negation or sublimation. Besides the id and the ego, the third sphere of the psychic apparatus is the super-ego, which is formed through the internalization of parental requirements and prohibitions. The super-ego serves to prevent the realization of the drive tendencies disapproved by society, to direct the ego from rationality towards moral goals, to elevate the ego to the realm of ideas. The three instances are in conflicts: instead of the pleasure principle of the id, the ego focuses on the reality principle, whereas the super-ego with its ideals directs the ego away from the reality principle towards irreality. A healthy personality is able to form a relative balance between the three instances of the psychic apparatus, thus ego-functioning is not destroyed by either id drives or the strivings of the super-ego. Beyond describing the general structure of the psychic apparatus, the unique personality can also be grasped in Freudian psychoanalysis. This unique personality is an individual pattern, based on the interaction of drive forces and defense mechanisms operated by the ego (Freud, 1940).

In Jungian analytical psychology personality is a complex notion, involving various partial complexes, and it has both conscious and unconscious aspects. Personality contains psychic structures as the ego, persona, shadow, anima and animus, and the *Selbst* (Self or the deep core). The ego is the center of the field of consciousness, and as it involves the empiric personality, and it is the subject of all conscious personal acts of the ego. As it could be seen earlier, the ego, or the ego-complex is only a part of the whole personality. The ego serves to maintain the functioning and the continuity of the personality, it is through the ego that we can experience identity. Testing reality is a further task for the ego. By this we are able to assess our inner processes, as well as the outside world. It is also the ego that perceives oppositions, conflicts between conscious and unconscious. The ego constantly intends to assimilate certain contents of mind, and strives to elevate them into the experience field of conscious functioning.

Another important aspect of the Jungian psychology is the description of complexes, as becoming familiar with them will also lead individuals further on the way of acquiring and comprehending their unique personalities. Complexes are autonomous parts of the psyche, with strong emotional charging, which can have positive, motivating effects; and negative ones, originating from an (often childhood-) psychic trauma and influencing later psychic development. Complexes are unconscious, thus making them conscious and affectively elaborating them helps the rearrangement of formerly engaged energies, which will result in the restoration of the psychic balance and the wholeness of the personality, as well as the reintegration of the dissociated parts of the psyche. In his analytical psychology Jung emphasizes the significance of individuation in the process when individual existence evolves. In the individuation process the first step of psychic development is making the shadow conscious, then understanding the anima and animus follows, finally people need to reach their deep real self, and find the inner core of their psyche (Jung, et al. 1968).

In Szondi's fate analytical approach, the development of the personality is determined not only by genetic factors, but also by the mental- and social milieu, the stand-taking, decision making ego and its transcendent values. The term decision-making (stand-taking) ego is used by Szondi, and it denotes the function of our ego that makes decisions concerning ourselves. Szondi supposes

that individual life as well as the development of the whole human race is based on a structure of oppositions. Such oppositions are the previously discussed opposing drive needs, or counterparts as conscious and unconscious, masculinity and femininity, body and mind, being awake and dreaming, the material and the transcendent world. The question remains, however, how, by whom or by what these oppositions are resolved. For the individual the ideal solution would be the integration of the oppositions, i.e. creating a new wholeness from the oppositions. This solution would be the most beneficial both for the individual and the society. Because if individuals try to eliminate the state of oppositions by preferring one pole and neglecting or suppressing the other, it is not only harmful for themselves but also undesirable for their environment, as they will pose a constant menace for society owing to their unsatisfied drives. (The counterparts of masculinity and femininity may be set as an example, as choosing only one extreme and rejecting the other would not be beneficial. Men need to learn to be tender, and women proactive. People need to find the right balance of masculinity and femininity according to their gender roles, and they need to be able to integrate these opposing forces in their personalities.) The process of resolving oppositions is executed by a higher instance in the central control of the psyche, which Szondi calls *Pontifex oppositorum*. Beyond the task of resolving oppositions, this Pontifex ego plays the role of assigning power and organization in the psyche, it serves to bridge oppositions and create wholeness, the integrated personality. In his drive psychology Szondi describes four drives, each of them consisting of two opposing drive needs, which contain two opposing drive tendencies each. The dynamics of psychic life is based on this opposing nature of drive forces. It is the Pontifex ego that decides how the individual will integrate the drive structure constituted of oppositions, which drive needs it will gratify in a natural way, or which of them it will render to socialize or humanize (Szondi, 1956, 1980, 1984).

In Szondi's fate analytical psychology, the choice directed by the Pontifex ego is of utmost importance, which will also play a significant role in the humanization of drives. The way of becoming a 'humane human being' is always open for people, however they can only proceed on this way if – from the various possibilities of existence – they are able to make the humanized direction conscious, and then choose freely. In fate psychology it is the socialization-, sublimation- and humanization of drives that lead to the highest level of human development. As it is also manifested in his study of *Cain and Moses*, from these three important processes it is mainly the recognition and description of the role of humanization that we can attribute to Szondi (Szondi, 1969, 1973).

In Szondi's definition humanism is an intellectual, spiritual movement striving for the spread of love and humane attitudes. According to fate analysis, humanistic people will choose the humane way from the opposing drives (humanistic and non-humanistic manifestation); further they are able 'to extend humanistic needs not only to themselves, their family members, their fellow-churchmen, social cast, race, and nation, but to all human 'objects' of the world' (Szondi, 1963; Gyöngyösiné Kiss, 1995, 1999 a, b, 2007). To reach this level of development individuals need the assistance of such ego-functions as transcendence, integration and participation. Transcendence enables individuals to step further to a higher level of development; integration means the formation of a whole personality together with its conscious and unconscious aspects; and participation supports the ability of reintegration, which helps us to participate in human relationships, the world and the spirit.

### **Six forces which are forming fate, the role of belief function in fate-analysis**

According to Szondi in the life of the individual there is a definite plan. This plan comprises 6 forces. These are: 1. heredity, 2. the character of drives, 3. the social milieu (environment), 4. the

mental milieu (environment), 5. the ego and 6. the spirit which is the highest tribunal of the fate. (Heredity, the character of drives, the social and mental milieu are the factors of compulsive fate, while the ego and the spirit are the factors of selective fate).

The conception of a transformation of fate occurring in the course of time is based upon the fact that of these 6 fate-determining forces of the individual, at one time has placed in the foreground the compulsive power of heredity, drive nature, social or mental milieu but at another time on the contrary, the freedom of the ego and the spirit. The fate of the individual is neither compulsively predetermined entirely by internal and external factors nor yet absolutely free (Szondi, 1954).

So, in Szondi's model of fate compulsive fate is composed of the system of drives formed by genetic inheritance, the mental and the social milieu, while freely chosen fate consists of the decision-making (stand-taking) ego and the spirit. The system of drives built upon the genetic background creates the features of the personality, whereas the mental- (or world-view) and social environment is the very milieu the individual is born into. People are not free to choose these aspects, i.e. these are the compulsive components of one's fate. The factors of the freely chosen fate are the decision-making (stand-taking) ego and the spirit supporting it. The latter contains all the ideas that belong to the person's value system and enable the individual to experience supra-personal transcendence Szondi, 1956, 1968).

Szondi describes the *belief function* as an ego function which could lead to religious experience (Szondi, 1963, 1968). Refer to Szondi the Ego-vector has two opposite drive-needs: the ego-diastrale (p-factor) and the ego-systole (k-factor). The ego-diastrale's two drive tendencies are the projection and inflation. These drive-needs are the basis of participation and dual union, which is the origin of religious belief as well (being in participation with God).

As a spiritual function faith involves the transfer of one's own power to God and in this participated union achieves the experience of the integrated wholeness, the full nature of being. In this case the pontifical ego exalts the "p" function, the projective-participatory power of being and gain wholeness (Szondi, 1956; Hughes, 1992).

## Introduction to clinical health psychology

Health and illness have long been the object of scientific and clinical interest for psychologists, but the term „health psychology” was first used in a book title in 1979 (Stone, Cohen & Adler). Matarazzo defined health psychology (1980) as the „aggregate of the specific educational, scientific, and professional contributions of the discipline of psychology to the promotion and maintenance of health, the prevention and treatment of illness, and the identification of etiologic and diagnostic correlates of health, illness and related dysfunction” (p. 815).

Nowadays we distinguish four main fields of health psychology which are: 1. promotion and maintenance of health, 2. prevention and treatments of illness, 3. finding the aetiological and diagnostic correlates of health and illness, and 4. the questions of health care system and health policy.

*Clinical health psychology* is a term for a division of health psychology that reflects the fact that the field was originally a branch of clinical psychology. Defining clinical health psychology, “(it) has evolved as a specialty area of knowledge and practice with foundations in the health sciences, requires a broad understanding of biology, pharmacology, anatomy, human physiology, pathophysiology and psychoneuroimmunology. Clinical health psychology has already impacted an array of major chronic diseases including, for example, AIDS, cancer, heart disease, chronic pain and diabetes.” (APA, 2012).

As we see in the definition above, clinical health psychology deals with the chronic and life-threatening health problems: analyses the causes of the illness, finds methods for psychosocial intervention and reinforces the patient’s coping strategies.

As a theoretical background the biopsychosocial model of health psychology expands the earlier biomedical view by adding the psychological and social factors to the biological factors of treatment (Engel, 1977, 1980). This biopsychosocial model is a holistic perspective about man, a system in which components are continuously interrelated (the elements of the biological, psychological and the social factors). (See Figure1.)

Health psychology uses the results of the research on the risk factors and the protective factors of personality in coping with stressful situations. Self-regulation is one of the most investigated topics of the field. The researchers invented among the protective personality factors for example the primary and secondary control, the learned resourcefulness, the hardy personality, the self-consciousness, the self-efficacy, the sense of coherence, the dispositional optimism and the constructive thinking, etc.

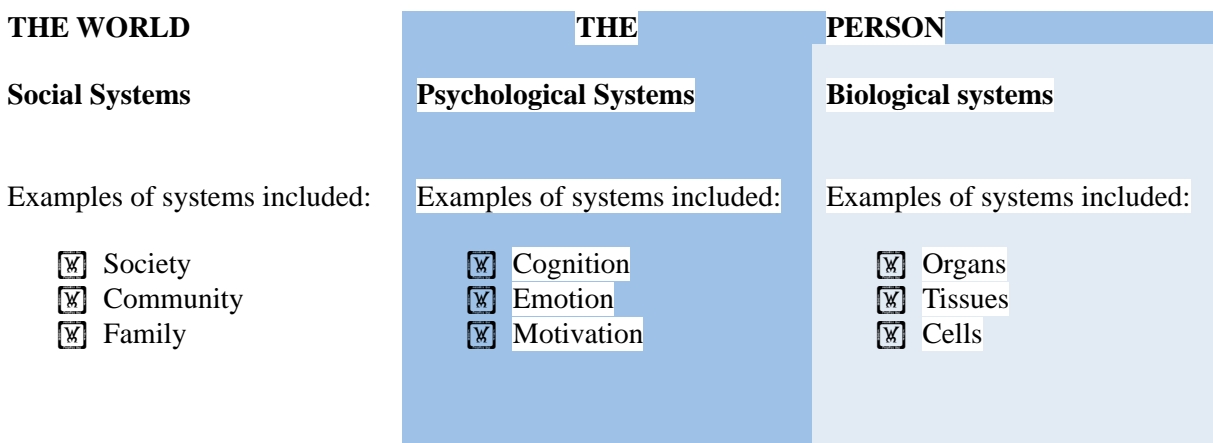


Figure 1. A diagram of the interplay of systems in the biopsychosocial model (Sarafino & Smith, 2012, p. 14)

### Religion and health

Recent studies confirmed that religion and spirituality have an important influence on human health and behaviour. Lee & Newberg (2005) made a list in their critical review about the most familiar topics which were examined by different international studies.

1. *Disease Incidence and Prevalence.* Systematic reviews and meta-analyses demonstrate that religious involvement correlates with decreased morbidity and mortality and high levels of religious involvement may be associated with up to seven years of longer life expectancy.

2. *Disease and Surgical Outcomes.* Several studies’ results present that religiousness correlates with better outcomes after major illnesses and medical procedures.

3. *Behaviour and Lifestyles.* Other studies support that religion has an effect on people’s lifestyles and behaviour. Refer to these results for example religious people take less risk in their life, use less alcohol or other substances, and use preventive services more frequently.

4. *Access to Health-care Resources.* Along with their healthy lifestyles religious people may promote or provide access to better health care and sponsor health-improvement programs (e.g. blood pressure and other medical screening, etc.)

5. *General Well-Being.* Some authors pointed out that religiosity positively associated with the feelings of well-being, and other studies found that religious service attendance was predictive of higher life satisfaction. Hope and optimism seemed to be higher among religious individuals than nonreligious ones.

6. *Depression.* A number of articles deal with the effect of religion on depression. Prospective studies have shown religious activity to be associated with remission of depression, and other studies confirmed that religious activity is strongly protective against depression. Another result was that the researchers found inverse correlation between religiosity and suicide.

7. *Coping with Medical Problems.* Religious belief may provide greater meaning in people's lives and help to better cope with diseases. The social network and support provided by others may be associated with lower pain levels. Religious belief may improve self-esteem and sense of purpose. Several studies show that religiosity reduces the effects of stress on mental health.

The authors - Lee & Newberg (2005) – remark in their critical approach that there are several methodological problems in these studies and there are not enough data to generate final conclusions.

### **Religious coping mechanisms, the human complex emotions**

The perspective of positive psychology emphasizes the significance of positive human feelings and emotions (Seligman & Csíkszentmihályi, 2000) which are part of normal and healthy living. Several studies confirm that positive affectivity promote adaptation to stressful situations and enhance health (e.g. Carver, C. (2003); Moskowitz J. T, Epel E. S & Acree M. (2008); Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005), etc.)

Other researchers in health psychology deal with the relationship of religiosity as coping mechanism and well-being in different chronic and terminal diseases. , Miller, J. F. & Find all citations by this author (default). Shaw, C. Fehring, R., J (1997) examined elderly people coping with cancer and in their results consistent positive correlation was found among intrinsic religiosity, spiritual well-being, hope, and other positive mood states.

Kulcsár, Zs. (2009) emphasises 3 positive religious emotions which operate as coping mechanisms in severe chronic diseases: *acceptance*, *thankfulness* and *forgiveness*.

*Acceptance* is a person's agreement to experience a situation, to follow a process or condition (often a negative or uncomfortable situation) without attempting to change it, protest, or exit. Religions and psychological treatments often suggest the path of acceptance when a situation is both disliked and unchangeable, or when change may be possible only at great cost or risk. Acceptance means a positive attitude to a situation which is otherwise unalterable, or which we can't keep under control. Keeping under control by any means (instead of accepting the situation) in certain cases worsen psychic and somatic health. There are more life events and existential problems in our lives that we can't control, for example aging, the questions of health, diseases, dying or extremely traumatic situations - in these cases only the acceptance may help us. This is the way which enables to reach personal wisdom and inner peacefulness. Acceptance is a trustful experience, which helps us to overcome fear and anxiety in crucial states. Besides this attitude beliefs, faith and the social support of the relatives or other helper persons play a significant role in these situations.

Researchers found this phenomenon in their empirical studies as well. Refer to McCracken (2005) acceptance proved to be useful in epilepsy, and severe chronic kidney diseases as well; acceptance could defeat negative emotions, and giving up the control relieved the patient from serious depression. Eitel et al (1995) also found that high control correlates significantly with heavy state of depression in terminal kidney diseases.

McCracken & Eccleston (2005) affirmed that acceptance significantly reduces pain's intensity or unpleasantness in different chronic diseases.

*Thankfulness* is another complex human religious emotion, when one gives positive meanings to things, meanwhile the individual's happiness experience is beyond the ego's boundary and becomes wholly independent. He/she banishes loneliness, have connects with others, and exists in the circulation of the world.

*Forgiveness* is connected with altruism, selflessness and warm-heartedness as personality features, and has an important role in positive recovery from a traumatic situation (e.g. instead of anger the feeling of sympathy, appreciation and goodwill towards the other people).

The researchers in health psychology confirmed that religiosity may protect the patient from negative effects of traumatic events (e.g. the negative influence on the nervous system and the psyche) meanwhile the patient is freed from the absolute defenselessness, fear, and depression and feels the positive emotions of thankfulness and unconditioned love.

In summary positive religious feelings promote positive psychic and biological response and well-being, which even may lead to the posttraumatic growth of personality. Acceptance, forgiveness and thankfulness are those religious complex human emotions, which can be experienced by the feeling of being participation with a higher unit – as Szondi described it as the belief function of the ego.

## Conclusion

The purpose of this review was to connect Szondi's fate analysis to modern clinical health psychology. The belief function of the ego has an important role in the theory fate analysis as well as in Szondi's personal life and his oral history. The Pontifex ego divides the power in the psyche, bridges the oppositions, and creates the integrated personality. Additionally the Pontifex ego plays a significant role in the humanization of drives and in transcendence, integration and participation. Szondi describes the *belief function* as an ego function which could lead to religious experience. As a spiritual function faith involves the transfer of one's own power to God and in this participated union achieves the experience of the integrated wholeness, the full nature of being.

Recently religiosity has become the subject of several scientific researches in clinical health psychology. The authors perceive it as a coping mechanism against stressful situations, anxiety and depression and consider it as a protective factor of personality and social support.

The article shows the *belief function* in patients with chronic or terminal diseases and presents the complex human positive emotions which may appear in this experience. Acceptance, thankfulness, forgiveness and unconditional love could be the highest feelings of human existence.

## References

- Carver, C. (2003). Pleasure as a sign you can attend to something else: Placing positive feelings within a general model of affect. *Cognition & Emotion*, 17, 241-261.
- Eitel, P., Hatchett, L., Friend, R., Griffin K. W. & Wadhwa, N. K. (1995). Burden of self-care in seriously ill patients: impact on adjustment. *Health Psychology*, 14, 457-463.

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Fehring, R. J., Find all citations by this author (default). Miller, J. F. & Find all citations by this author (default). Shaw, C. (1997) Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24. 663-671.
- Freud, S. (1938/1940). *Abriss der Psychoanalyse*. Gesammelte Werke, Band 17. Frankfurt a.M: Fischer Verlag.
- French, D., Vedhara, K., Kaptein, A. & Weinman, J. (Eds.) (2010). *Health Psychology*. BPS Blackwell. Second edition.
- Gyöngyösiné Kiss, E. (1995). Schicksal Analysis and Jewish Faith In: *Szondiana, Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Beiträge zur Schicksalsanalyse*. 14. 27-34.
- Gyöngyösiné Kiss, E. (1999a). Szondi Lipót sorsanalízise (The fate-analysis of Lipót Szondi). Ph.D Thesis, Pécs: University of Pécs.
- Gyöngyösiné Kiss, E. (1999b). *Szondi Lipót*. (Lipót Szondi) Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó.
- Gyöngyösiné Kiss, E. (2007). Mélylélektan és emberkép. (Depth Psychology and becoming human) In: Péley, B. – Révész, (Eds.): *Autonómia és identitás*. Pécs: Pro Pannonia Kiadói Alapítvány, 59-69.
- Hughes, Richard A. (1992). *Return of the Ancestor*. American University Studies, Series 7., Vol. 129., New York: Peter Lang Publishing.
- Jung, C. G., von Franz, M.-L., Henderson, J. L., Jacobi, J. & Jaffé, A. (1968). *Man and his symbols*. New York: Dell Publishing Group, Inc.
- Kulcsár, Zsuzsanna (2009). *Traumafeldolgozás és vallás*. (Trauma and Religion) Budapest: Trefort Kiadó.
- Lee, B. Y. & Newberg, A. B. (2005). Religion and Health: A review and critical analysis. *Zygon: Journal of Religion and science*, 40, 443-468.
- Matarazzo, J. D. (1980) Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American psychologist*, 35, 807-817.
- McCracken, L. M. (2005). Contextual cognitive-behavioural therapy for chronic pain. Seattle, WA. IASP Press.
- McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164-169.
- Moskowitz J. T, Epel E. S & Acree M. (2008). Positive affect uniquely predicts lower risk of mortality in people with diabetes. *Health Psychol.* 27. (1 Suppl),73-82.
- Public description of clinical health psychology - American Psychological Association <http://www.apa.org/ed/graduate/specialize/health.aspx> (31.03. 2012)
- Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health Psychol.* 24. 422-429.
- Sarafino, E. P. & Smith, T. W. (Eds) (2012) *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. John Wiley & Sons (Asia) Pte Ltd. Seventh Edition.
- Seligman, M. E. P.; Csikszentmihályi, Mihály (2000). "Positive Psychology: An Introduction". *American Psychologist* 55 (1): 5–14
- Stone, G. C., Cohen, F. & Adler, N. E. (Eds) (1979). *Health Psychology – A Handbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Szondi, L. (1956). *Ich-Analyse*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Szondi, L. (1963). Der Weg zur Menschwerdung. In: *Szondiana IV. Beiheft zur Schweizerischen Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendungen*, Bern: Verlag Hans Huber.

Szondiana

- Szondi, L. (1968). *Freiheit und zwang im Schicksal des Einzelnen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Szondi, L. (1969). *Kain. Gestalten des Bösen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Szondi, L. (1973). *Moses. Antwort auf Kain*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Szondi, L. (1980). *Die Triebentmischten*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Szondi, L. (1984). *Integration der Triebe. Die Triebvermischten*. Bern: Verlag Hans Huber.



## **A projective study on meditation: comparison of a meditation group and a Hungarian control group by Szondi Test**

Máté, Viktória; Káplár, Mátyás; Kiss, Enikő  
University of Pécs, Institute of Psychology

### **Résumé**

*Cette étude examine l'aspect de la personnalité et de l'inconscient de la méditation. Avant et après une séance de méditation le test Szondi de 8 Profils (comme une technique de groupe) a été administré aux participants (n = 20, âge moyen = 31,3 ans, écart = 5,7) et les résultats ont été comparés à un groupe témoin hongrois (n = 126, âge moyen = 27,4 ans, écart = 8,9), un échantillon prélevé dans une étude antérieure (Gonçalves et al., 2010). Une différence a été constatée entre le groupe de méditation et le groupe témoin hongrois dans l'analyse intravectorielle du vecteur P. Le groupe de méditation a montré une forte attitude éthique alors que dans le cas du groupe contrôle hongrois l'éthique était relativement plus faible. Les réactions chargées dans les facteurs m +! et p +! étaient relativement moins nombreuses dans le groupe de méditation indiquant que la crainte de perdre le partenaire et le désir de transcender l'ego personnel étaient moins prononcés. Aucune différence n'a été observée dans l'analyse de l'effet de la méditation à partir des réactions inter- et intravectorielles, mais les réactions chargées étaient différentes dans le facteur h. Avant la méditation les réactions h +! indiquaient la présence et l'importance de l'amour personnel, alors qu'après la méditation la réaction h-! révélait l'apparition de l'amour pour l'humanité relié aux valeurs religieuses. Après la méditation les réactions chargées en p+! et s-! avaient diminué en raison de l'effet de relaxation de la méditation.*

### **Abstract**

*This study examines the personality and unconscious aspect of meditation. Before and after a meditation session the 8 profile Szondi test (as a group technique) was administered to the participants (n = 20, mean age = 31.3 years, scatter = 5.7) and the results were compared with a Hungarian control group (n = 126, mean age = 27,4 years, scatter = 8,9), a sample taken from a previous study (Gonçalves et al., 2010). A difference was found between meditation the group and the Hungarian control group in intravectorial analysis in P vector. The meditation group showed strong ethical behaviour while in the case of the Hungarian group, ethical control was relatively weaker. Loaded reactions were relatively lower in the meditation group in m+! and p+! factors indicating that the fear of losing the partner and the wish to transcend the personal ego are weaker. No difference was found analysing the effect of meditation with inter- and intravectorial analysis, but loaded reactions were different in the h factor. Before meditation h+! reaction was found indicating the presence and importance of one-person love, while after meditation h-! reaction shows the appearance of humanistic love connected to religious values. After meditation loaded reactions in p+! and s-! were decreasing due to the relaxing effect of meditation.*

**Keywords:** meditation, Szondi projective Test, buddhism

## Introduction

In western psychology three types of altered states of consciousness are distinguished: sleep, dream (REM-period) and wakefulness, in addition the dysfunctional delirious state (Rubia, 2009; Walsh and Shapiro, 2006). In clinical psychology several methods appeared using an altered state of consciousness as a manner of therapy, for example hypnosis and imagination techniques (Sheehan, 1979). In eastern philosophies and several western religious traditions there is also another state of consciousness, a „higher” consciousness, „mindfulness without thoughts”. In this state, thinking processions typical of normal vigilance cease. The practitioner lives through a „deep mental silence”. This state can be reached by meditation techniques. Nowadays, a broad variety of meditation techniques are relevant, some do not go beyond simple relaxation, but the original aim is to ease up or cease the thinking process, the „inner dialogue”. This leads to physical and mental calmness while consciousness rises, perception comes clear. Although variant techniques differ especially, the common factor is the practice of concentration of attention (Rubia, 2009).

The practice of meditation is central to Buddhist tradition. Buddhist teachings provide a specific system of beliefs about reality (philosophy), special theory about the human mind and behaviour (psychology) and a specific set of recommendations for appropriate conduct (ethics). From the point of view of Buddhist psychology the most important teachings are the ‘four truths’ and the ‘eightfold path’. The four truths are concerned with human suffering and the way to overcome suffering. Briefly it contains the followings: (1) there is suffering, (2) suffering is a result of craving, hatred and delusion (3) the individual can achieve the cessation of suffering, (4) there is a way to overcome suffering. This noble truth refers to the eightfold path, based on the three key principles of wisdom, moral virtue and meditation. The components: right view, right intention, right speech, right action, right livelihood, right effort, right mindfulness, right concentration (Kelly, 2008).

### *Research of meditation*

Lately, interest in Buddhism and meditation has increased in western science especially in the field of neuroscience (Kelly, 2008). As an example, several studies investigated brain functioning during meditation by brain imaging techniques. The EEG studies all reported increased attendance of low frequency theta and alpha waves connected to introspective attention (Cahn and Polich, 2006; Travis, 2001). Several studies (in Rubia, 2009, p. 5) reported an increased level of melatonin and serotonin in experienced meditators or immediately following the meditation. Both hormones are associated with emotion regulation, positive emotions and protection against stress. These outcomes support the idea of reduced stress-reactivity. Lazar et al. (2005, in Rubia, 2009) examined the long-term effect of meditation concerning the plasticity of the brain structures. The cortex of the long-time practitioners thickened in the right and the upper frontal lobes. These areas correlated negatively with age in case of non-meditators.

### *Meditation-based methods in clinical psychology*

The interest of western science was raised also by the effects of meditation that can have therapeutic value. These are the following: (1) physically: a deep, relaxed state, stress-reducing, (2) cognitively: raised concentration and attention capacities, better self-control and self-monitoring, (3) emotionally: positive mood, emotional stability and resilience, (4) psychologically: change in personality, better emotional balance (Rubia, 2009).

One of the meditation-based methods used in psychotherapies and supportive therapies is Mindfulness developed by Jon Kabat-Zinn. Kabat-Zinn's definition of: Mindfulness means "paying attention in a particular way; on purpose, in the present moment, and nonjudgmentally." (Kabat - Zinn, 2003). The concept of Mindfulness was strengthened in the last thirty years due to the work of Kabat-Zinn who developed the Mindfulness-based stress reduction program (Malinowski, 2008). Several studies were conducted on the efficacy of the method. In the case of panic disorder (Kim et al., 2010), hypochondria disorder (Lovas and Barsky, 2010) and insomnia (Ong et al., 2008) decrease of the symptoms was found after a MBSR program. Similarly positive changes were found in chronic major depressive disorder (Godfrin and Heeringen, 2010), where the chance of relapse decreased. The use of the MBSR in various pain-syndromes (chronic back-, neck-, head-pain and arthritis) (Rosenzweig et al., 2010) decreased the seriousness of pain as well as functional problems caused by pain with a resultant improvement in the quality of life. In the case of autism (Singh et al., 2011,1) and Asperger syndrome (Singh et al., 2011,2) children's aggressive behavior was decreased after an MBSR program.

Not many studies have been conducted on the effect of meditation on the personality although traditionally this is one of the most important aspects of meditation practice. Using the Szondi test this study examined the personality and the unconscious aspect of meditation on a meditation group compared to general population. Our hypothesis was that ethical values would appear more powerfully in the case of a meditation group compared to an average group. As the topic is new, possible differences before and after a meditation session are open research questions.

## Method

### 1. Participants

None of the participants in the study had a clinical diagnosis.

The meditation group consisted of 20 persons (45 % men and 55 % women). The age of the participants was between 22 and 42 years with the average of 31,3 years and scatter of 5,7. All participants had a meditation practice of minimum 1 year, the longest one was 7 years, the average duration was 3,25 years. Education level: all the participants had at least 12 years of schooling (8 persons had 17 years, 6 persons had 16 years and 6 persons had 12 years of schooling). All the participants were practitioners of the Diamond Way Buddhist Centre which practices Tibetan buddhist methods.

The Hungarian control group consisted of the Hungarian sample of a Portugese-Hungarian study using the Szondi test. (Gonçalves et al., 2010). Of 126 participants, women were 62,7 %, men were 37,3 %; age was between 17 and 65 years with the mean of 27,4 years, and scatter of 8,9 years. Education level: 98,5 % of the participants had at least 12 years of schooling.

### 2. Measures

In our research the Szondi projective test was used. The test consists of 48 pictures (six series, and in every serie 8 pictures), representing the faces of patients with diagnosis. In a clinical setting, the Szondi test normally includes 10 different profiles, obtained on 10 different days (Szondi, 2002). However, for our research's purposes a group technic of the 8-profile form was used before and after a 45 minute guided meditation session.

The meditation session consisted of several stages: a preliminary relaxation, concentration on the four basic thoughts of Buddhism, the building-up phase of a visualization of a lama, the

repetition of a mantra (15 minutes), the union with the lama and a closing phase where there is an emphasis that all the good impressions one reached by meditation are offered for the benefit for all beings.

A Szondi test evaluation software developed by Káplár, M. was used to analyze the data of the meditation group.

## Results

For the qualitative analysis the most frequent vectorial constellations and loaded reactions were used. The most frequent vectorial constellations of the meditation group were the same before and after the meditation session, in this way comparison with the Hungarian control group was easy. The results of both the Hungarian (Gonçalves et al, 2010) and the meditation group are shown in the following table (Table 1).

	S		P		Sch		C	
Meditation group	+ -	33,33 %	+ -	28,57 %	- +	35,71 %	0 +	35,29 %
Hungarian control group	+ -	14,00 %	0 -	22,00 %	- +	32,00 %	0 +	28,00%

*Table 1: The most frequent vectorial constellations of the meditation group and the Hungarian control group*

In the case of the Hungarian control group intervectorial S (+ -) and C (0 +) constellations were found. According to Szondi, generally this constellation means a stable attachment characterized by passive monogamous love, in which the individual play the role of the receiver and the relationship is flexible.

Intravectorial analysis showed P (0 -) and Sch (- +) constellations implicating weak ethical control: moral considerations don not prevent these individuals from fulfilling their interests. In ego-functioning the dominating mechanism are intelligence, denial and inhibition. Average people hide their emotions, fearing negative judgment by others and subsequently they sacrifice their aspirations avoiding confrontation.

Loaded reactions were also analyzed for more detailed results. In the case of the Hungarian control group (Table 2) the most frequent loaded reaction was m+! showing symbiotic relationships without the ability of separation. The second most frequent loaded reaction was p+!, indicating that the individual has the wish of ego dilatation and transcending the personal ego. The need for self-actualization is inhibited by the Pontifex-Ego (k-!). The hy-! reaction means elusive, shy behaviour, hiding emotions, fearing negative judgment. The s-! reaction indicates passivity and the h +! reaction refers to the importance of personal love.

S				P				Sch				C			
h	%	s	%	e	%	hy	%	k	%	p	%	d	%	m	%
h+!	4,2	S+!	1,7	e+!	1,1	hy+!	0,0	k+!	0,0	p+!	14,9	d+!	0,9	m+!	24,0
h-!	2,3	s-!	8,8	e-!	1,3	hy-!	13,0	k-!	5,6	p-!	0,1	d-!	2,5	m-!	0,3

Table 2: Loaded reactions of the Hungarian control group

In the cases of both the meditation and Hungarian control group (Table 1) intervectorial analysis showed S (+ -) C (0 +) reactions indicating stable attachment with passive and devoted personal love. The intravectorial P (+ -) Sch (- +) reactions show strong ethical and moral behaviour derived from the values of the Super Ego. Simultaneously with the wish to transcend the personal ego, and kept in check realistic by the inhibiting function of the Ego.

Loaded reactions in both situations differed before (Table 3) and after (Table 4) the meditation session. In both situations the most frequent reaction was m+!, showing powerful attachment and the fear of losing the partner. This tendency was also characteristic of the Hungarian control group however it is lower than in the case of meditation group. This difference can be explained by Buddhist thinking where insistence is relatively less explicit.

The second most frequent loaded reactions were s-! and p+!. S-! means strong passivity, lack of aggression, the degree being similar to that of the control group. P+! indicates the wish of ego dilatation and the wish of transcendence but in the case of meditators this reaction is weaker compared to the control group.

S				P				Sch				C			
h	%	S	%	e	%	hy	%	k	%	p	%	d	%	m	%
h+!	5,62	s+!	0,62	e+!	1,25	hy+!	0,62	k+!	0,62	p+!	6,88	d+!!	0,62	m+!	6,25
h+!!	1,25									p+!!	1,25			m+!!	6,25
h-!	4,38	s-!	6,25	e-!	1,25	hy-!	2,50	k-!	7,50	p-!	1,25	d-!	1,25	m-!	1,25
h-!!	0,62	s-!!	1,88												

Table 3: Loaded reactions before meditation

Before the meditation session h+! reaction was found showing the importance of one-person love. However, after meditation h-! reaction appeared as the second most frequent: it means collective, humanistic love. The h-! reaction is in coincidence with the aspect of Buddhism and meditation that the achieved development is offered for the benefit of all beings, facilitating empathy and compassion, the equal love of all beings. After meditation the tendency of occurrence of p+! and s-! reactions decreased.

S				P				Sch				C			
h	%	s	%	e	%	hy	%	k	%	p	%	d	%	m	%
h+!	5,00	s+!	1,25	e+!	1,25					p+!	6,25	d+!!	0,62	m+!	6,25
h+!!	0,62													m+!!	4,38
h-!	5,00	s-!	5,00	e-!	1,25	hy-!	0,62	k-!	3,75	p-!	0,62	d-!	1,88		
h-!!	1,88	s-!!	1,25									d-!!	0,62		

Table 4: Loaded reactions after meditation

## Discussion

In this study a meditation group was administered the Szondi test focusing on the questions of the difference in instinctual dynamic of the Hungarian control group and of the difference in test results before and after the meditation. Qualitative, namely dialectical intra- and intervectorial analysis and quantitative analysis (loaded reactions) were used.

Intervectorial results show healthy, flexible and stable relationship in both Hungarian and meditation groups. Intravectorial results differ between the two groups. In the case of Hungarian control group ethical control was relatively weak, while the meditation group showed strength in ethical behavior and thinking that is based on religious values.

Analyzing the direct effect of meditation no difference was found in the case of most frequent vectorial reactions. However minor variances were found between the quantitative data of the two situations. The incidences of loaded reactions were different: before meditation h+! reaction was found, but after meditation the frequency of h-! reaction was stronger. The occurrence of h-! reaction can be explained by the effect of meditation when the collective, humanistic love intensifies instead of specific personal love.

Other loaded reactions decreased: in the case of m+!, p+!, k-! and s-!. This result shows the relaxing effect of meditation mentioned by several authors (Rubia, 2009; Cahn and Polich, 2006). Compared to the Hungarian control group the meditation group shows relatively lower frequency of loaded reactions in m+! factor, indicating that fear of losing the partner and powerful attachment is lower in the case of the meditation group.

One main limitation of this study is the small sample-size due to difficulties in locating subjects who meditate. Therefore the generalization of the results is limited. The size of the Hungarian control group was also too small to be interpreted as a general population. Thus a bigger sample size for research is recommended to gain more general statements about the Hungarian general profile and effect of meditation.

The research of meditation in the field of personality psychology is not extensive. Hopefully in the future there will be more research focusing on the effect of meditation on personality traits and the unconscious. More longitudinal research is needed to understand the effects of meditation more properly. These explorations would make an important contribution to meditation based psychotherapies in clinical psychology as Mindfulness meditation.

## References

- Cahn, B. R.; Polich, J. (2006): Meditation States and Traits: EEG, ERP, and Neuroimaging Studies. *Psychological Bulletin*. 132/2, 180-211.
- Godfrin, K. A.; Heeringen, C. (2010): The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*. 48, 738-746.
- Gonçalves, B.; Ferreira, A.; Káplár, M.; Kiss, E. (2010): Comparing Szondi test results from Hungarian and Portuguese community samples. *Empirical Text and Culture Research*. 4, 81-89.
- Kabat-Zinn, J. (2003): Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 10/2, 144–156.
- Kelly, B. D. (2008): Buddhist Psychology, Psychotherapy and the Brain: A Critical Introduction. *Transcultural Psychiatry*. 45/1, 5-30.

- Kim, B.; Lee, S. H.; Kim, Y. W.; Choi, T. K.; M. J., Yook; Suh, S. Y.; Cho, S. J.; Yook, K. H. (2010): Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 24, 590–595.
- Lovas, D. A.; Barsky, A. J. (2010): Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*. 24, 931–935.
- Malinowski, P. (2008): Mindfulness as psychological dimension: Concepts and applications. *The Irish Journal of Psychology*. 29, 155-166.
- Ong, J. C.; Shapiro, S. L.; Manber, R. (2008): Combining mindfulness meditation with cognitive-behavior therapy for insomnia: a treatment-development study. *Behaviour Research and Therapy*. 39/2, 171–182.
- Rosenzweig, S.; Greeson, J. M.; Reibel, D. K.; Green, J. S.; Jasser, S. A.; Beasley, D. (2010): Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*. 68, 29–36.
- Rubia, K. (2009): The neurobiology of Meditation and its clinical effectiveness in psychiatric disorders. *Biological Psychology*. 82/1, 1-11.
- Sheehan, P.W. (1979): Hypnosis and the Process of Imagination. In *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives* (Eds: Fromm, E.; Shor, R. E.). Transaction Publishers. New York.
- Singh, N. N.; Lancioni, G. E.; Manikam, R.; Winton, A. S. W.; Singh, A. N. A.; Singh, J.; Singh, A. D. A. (2011): (1) A mindfulness-based strategy for self-management of aggressive behavior in adolescents with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 5, 1153–1158.
- Singh, N. N.; Lancioni, G. E.; Winton, A. S. W.; Singh, A. N. A.; Singh, J.; Singh, A. D. A. (2011): (2) Adolescents with Asperger syndrome can use a mindfulness-based strategy to control their aggressive behavior. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 5, 1103–1109.
- Szondi L. (2002). *A Szondi teszt: A kísérleti ösztöndiagnosztika tankönyve*. Új Mandátum, Budapest.
- Travis, F. (2001): Autonomic and EEG patterns distinguish transcending from other experiences during Transcendental Meditation practice. *International Journal of Psychophysiology*. 42, 1-9.
- Walsh, R.; Shapiro, S. L. (2006): The Meeting of Meditative Disciplines and Western Psychology. *American Psychologist*. 61/3, 227–239.

## Analysis of Szondi Tests of Alcoholic Patients

Nagy, László\*; Tóth, Réka\*\*; Szücs, Marianna\*\*\*

*\*University of Pécs, Department of Personality and Health Psychology, \*\*Municipal Hospital of Szigetvár, \*\*\*Psychiatric Welfare Centre of Komló*

### Résumé

*Nous nous sommes posé trois objectifs de notre recherche. Nous avons recherché 1) quelles étaient les différences entre les protocoles (10 profils) du test de Szondi d'alcooliques qui participent à un traitement et un e réhabilitation de plusieurs mois et ceux issus de la population générale, 2) si, pour cet aspect, il y avait des différences attribuables au sexe; 3) si le traitement de 4-5 mois permettait un changement dans les traits de personnalité des participants.*

*Nous avons effectué notre étude chez les patients hospitalisés pour le traitement de réhabilitation dans le département d'alcoologie de l'hôpital municipal de Szigetvár. L'échantillon était composé de 55 personnes (36 hommes et 19 femmes) parmi lesquels 31 personnes (18 hommes et 13 femmes) ont achevé le traitement ce qui nous a permis d'obtenir les 10 profils suivants.*

*Selon nos résultats les choix de s- et m+ dans les vecteurs périphériques correspondent à la moyenne dans les deux sexes. Chez les femmes h- et d+ vont dans le même sens tandis que chez les hommes h+ et d- sont typiques. Dans les vecteurs du milieu les choix hy-, k- et p- prévalent dans les deux sexes dans toutes les variations. Nous avons trouvé comme seule différence les résultats dans le facteurs (e): en contraste avec les choix équilibrés (+, -, 0, + / -) du groupe de contrôle, chez les patients dépendants de l'alcool le choix e+ était prévalent, ce qui venait confirmer l'effet du traitement.*

### Abstract

*We set three objectives for our research. We researched 1) what differences there were between the 10 profiled Szondi test results of alcoholics taking part in a several months long rehabilitative treatment and people from the average population; 2) if in this aspect there were any differences according to genders; 3) whether the 4-5 months long treatment provoked any change in the personality traits of participants.*

*We performed our examination among patients who entered for rehabilitative treatment in the Alcoholology Department of Municipal Hospital of Szigetvár. The sample consisted of 55 people (36 men and 19 women) among whom 31 people (18 men and 13 women) have completed the therapy so we could accomplish the second 10 profiles only with them.*

*According to our results within the peripheral vectors the choices of s- and m+ were peculiar to the majority of both sexes. Among women h- and d+ joined the above mentioned results while among men h+ and d- were typical. Within the middle vectors the choices of hy-, k- and p- prevailed in both sexes in all variations. We found change only in the (e) factor results: in contrast to the balanced choices (+, -, 0, +/-) of control people, among alcohol addict patients e+ choices became prevalent which intensified owing to the effect of therapy.*



## Introduction

*Alcohol abuse, alcohol dependence and the effective treatment of them still constitute severe problems throughout the world.* According to data of World Health Organization 4 % of all morbidity and mortality globally was related to alcohol use in 2000 (WHO 2004). Within European countries the life prevalence of alcohol dependence is estimated to be 3-5 % among men and 0.1-1 % among women. The different surveys mediate rather different data regarding the frequency of alcohol dependent people, owing mainly to the variable terminology (problematic drinking, alcohol dependence, alcoholism) but the estimated number of alcoholic patients (classified by DSM.IV 2000) in Hungary is approximately 1 million (Környei 2001).

Several psychodiagnostic instruments are in use to discriminate alcoholic patients from non alcoholists and data are controversial about the reliability of them. In Miller and Streiner's study (1990) two instruments has been widely employed in the discrimination of alcoholic patients with psychiatric diagnosis from other psychiatric patients. These instruments are: MacAndrew Alcoholism Scale (MAC; MacAndrew 1965) a subscale of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and scale B of Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI, Millon 1983). Later due to controversial results Graham and Strenger (1988), Preng and Clopton (1986) and MacAndrew (1981) all suggested that the MAC – originally designed for discriminating alcoholists from non alcoholists - assesses characteristics that may not be exclusive to alcoholism but are associated with it. Scale B of MCMI – originally developed for clinical population - may be more useful in confirming the absence of alcohol (Miller and Streiner 1991). Birt et al (2008) used Obsessive Compulsive Drinking Scale in their research to evaluate alcohol use and abstinence.

The relationship between personality and alcoholism is complex, as relationships exist between personality, other psychiatric disorders, culture, time and place (Eksilius et al, 1994). Several biological, physiological, and psychosocial factors have been put forward as potential risk factors in the relapse process (Witkiewitz & Masyn 2008). Most research in this field has been done on clinical samples and mostly low self esteem and anxiety has been associated with alcoholism in both men and women (Benson and Wilsnack 1983).

In the study conducted by Östlund et al (2004) personality traits of alcohol dependent women were assessed by Karolinska Scale of Personality. Alcoholic women without additional psychiatric diagnoses reported more impulsiveness and monotony avoidance while alcohol dependent women with additional psychiatric diagnoses reported more anxiety related traits. Whether this correspondence is present in men as well is still unknown.

According to De Rick and Vanheule et al (2007) study that surveyed *the attachment styles of alcoholic inpatients*: two third (66 %) of alcoholic inpatients showed insecure attachment – In exploring the most common psychiatric symptoms in alcoholic inpatients - anxiety, depression, alexithymia – they found that in comparison to the securely attached group, insecurely attached alcoholic inpatients perceived their mother as more controlling, showed more schizotypal and depressive personality traits and had more difficulties with verbalizing/communicating emotions. Birt et al (2008) also confirm the role of alexithymia as a risk factor of alcohol dependence. He differentiated alcoholic patients according to Cloninger's classification (1988): type I alcoholism (onset after the age or 20, more favorable evolution) and type II alcoholism (onset before the age of 20, genetic load and unfavorable evolution). The prevalence of alexithymia in their group of alcoholic inpatients was 63.33 % at baseline, and it predominated in the type II alcoholism group.

Szondi was thinking of alcoholics in a deductive way, in his view alcoholics could be characterized by the middle drives typical of addicts. In this constellation e, hy, k and p (namely the epileptic, hysteric, catatonic and paranoid) factors become empty. Their drive class is C m+ ( m+

subclass in the Contact drive class) that is the subclass of perpetual clingers, neurotics for acceptance and drunkards (Szondi, 1972).

Noszlopi (1989) described several alcoholics constellations based on empirical researches. According to his examinations, within the middle drives also e-, hy+ or hy- might appear beside the open choices, and in the k and p factors +/- choices proved to be the most frequent reactions. Within the peripheral drives + or +! choices prevail, with the exception of the 's' factor. In s factor minus reactions are given most frequently, perhaps ambivalent reactions might also appear.

## **Treatment of alcoholics**

The most commonly applied medical approaches to alcoholism include psychodynamic therapies (Comer 1998), behavior-therapies (Frawley and Smith 1992), cognitive-behaviour therapies (Miller et al. 1992; Miller 1983), biological treatment (Cornish et al. 1995; Kleber 1995) social-cultural therapies (Alcoholics Anonymous, Twenty-four Hours a Day 1975.), and social-behaviour therapies (Sobell, 1973).

During the 1990s several attempts were made to evaluate the moderators and mediators of change in post treatment substance use. Project MATCH (matching alcohol treatments to client heterogeneity) was a large multi-site study on Alcohol abuse and Alcoholism. The purpose of this study was to see whether it was true in practice that treatment outcomes can be improved by matching the treatment approach to the patients' characteristic. Patients were randomly assigned to one of three treatments: Twelve Step Facilitation (TSF) focusing on Alcoholics Anonymous (AA) activities, Cognitive-behavioral Therapy (CBT) and Motivational Enhancement Therapy (MET) (Babor, 2008).

Although the found patient-treatment matching interactions were not significant the following moderator effects predicted good outcomes: motivational readiness to change, high self efficacy, and low social support for drinking.

Mediating variables were investigated included therapist characteristics and treatment participation. Personality characteristics or gender of therapist did not influence significantly the outcomes. Regarding treatment participation, significant but modest relationships were found for CBT and TSF: the more treatment received, the better outcomes produced. However the strength of these relationships declined over time.

The study showed that matching to therapeutic orientation is not an essential ingredient to substantially enhanced outcome. Project MATCH also showed that AA may be particularly effective with alcoholics because it helps them to avoid social pressures to drink, rather than increasing their spirituality.

The second study was conducted during the same period by the US Department of Veteran Affairs (VA). The VA Effectiveness Study compared 12-Step and CBT treatments in a broad range of patients (Quimette et al, 1999a, 1999b). The study was designed to investigate patient-treatment matching within 10 programs within the national system of health services for US war veterans so it was conducted under more naturalistic conditions than MATCH (Quimette et al., 1999a, 1999b; Donovan, 1999). In general, patients high or low in the matching attributes improved equally in proximal outcomes after treatment (e.g. coping, 12-Step participation). Moreover, proximal outcomes were only weakly associated with one-year drinking outcomes.

An important conclusion of the findings was: post-treatment environmental variables such as social resources have a strong influence on outcomes. These variables override everything else and may interact with the kinds of therapy received.

In the interpretation of Project MATCH findings (Cooney et al., 2003), a key ingredient of the success of any therapy may be its ability to attract clients and generate enthusiasm among therapists. Thus, access to treatment may be as important as the type of treatment provided. These findings suggest that it is important to engage alcoholics in treatment as soon as possible, and that most patients improve regardless of the type of treatment they receive. Instead of distinct, non-overlapping elements, therapy may work through common mechanisms, such as empathy, an effective therapist–client alliance, a desire to change, inner resources, a supportive social network, and the provision of a culturally appropriate solution to a socially defined problem (Cooney et al., 2003).

### **The Minnesota Model**

The patients of present study were treated in the spirit of Minnesota-model, which treatment seems to integrate the criteria of recovery from alcoholism mentioned above. Minnesota-model was started in the late 1940's in Minneapolis by four A.A. members and a banker. It alloys the view of life and mental program of A.A. with various psychotherapeutic methods. According to efficiency researches its efficaciousness proved to be of 70 % (Szikszai-Tóth 1999). The four key elements of the philosophy of Minnesota model are as follows (Cook 1988):

- It regards addiction a primary chronic, progressive illness.
- It believes in the possibility that addicts can change their beliefs, attitudes and behavior.
- The aim of the treatment is abstinence and change in former lifestyle. During this process the patient needs help in the acknowledgement of his or her illness, and that she or he needs help. The patients needs to learn how to live together with this illness and how to live in a constructive way, how to form a new lifestyle.
- Self aiding groups such as Alcoholics Anonymous, summarize the principals of recovery from an illness in 12 steps. These steps are filtered by spiritual content and emphasize the necessity to reorganize their relationships and also give helping hand to other alcoholists and addicts. These steps trigger the prompting that all addicts are able to decide to change.

The program usually consists of 12 elements. The most important of these are the various therapeutic groups and didactic lectures where patients can learn everything about their illness. Colleagues being in their recovery process add their experiences and serve as models to other patients. The personage of the system is usually multi-professional: it consists of doctors, social workers, nurses, vicars and psychologists. Minnesota-model works in a family therapeutic spirit. According to the theory, alcoholism is an illness of the family, and the family members also need to change. During the therapy the patients start to elaborate on the *12 steps*, participate in *reading teams*, write down their *autobiographies*, and attend at *A.A meetings*. Beside, they do some *daily work* and *physical activities*. And most importantly, all these take place in the atmosphere of a therapeutic community (Cook, 1988).

### **Hypotheses**

In our research we examined the personality traits of alcoholics via Szondi test, in comparison with the average population.

In forming our own hypotheses we relied mainly on Solms' (1972) theory about alcoholism. In his view this group of patients is characterized by a narcissistic wound and the consequent traits of unsuitable need for love and safety, self-destructive and masochistic tendencies and unbearable inner emptiness.

Accordingly, our hypotheses were the following: we expected alcoholics to show higher scores in the fields of

insatiable need for love (h+!)  
self destruction, masochism (s-!)  
narcissistic tendencies (k+ p+ )  
need for clinging (m+!)

Additionally we were looking for the answers to the following questions:

- whether we could find any differences according to genders,
- whether the 4-5 months long therapy would bring about any change in the personalities of participants.

## **Method**

### *Participants*

We carried out our examination in the Alcoholology Department of Municipal Hospital of Szigetvár among patients who entered for rehabilitative treatment.

Our sample consisted of 55 people altogether (36 men and 19 women) among whom 31 people (18 men és 13 women) completed the treatment, so we could take the second set of 10 profiles only with these people.

We selected control people adjusted in gender, age and educational level, from the database of University of Pécs, Institute of Psychology.

The total sample consisted of 563 participants. The participants were 41.2 % female and 58.8 % male, ranged in age from 18 to 64 years old ( $M = 34.33$ ,  $SD = 8.72$ ),

The recruited individuals needed to meet the following criteria: be at least 18 years of age, meet diagnostic interview survey criteria for alcohol abuse or dependence within the past 6 months without more severe concurrent drug diagnoses, not have major comorbid psychiatric diagnoses, and provide informed consent to participate.

### *Measures*

We completed the 10 profiled Szondi test with the participants twice: first time within two weeks after the beginning of therapy and the second time during the last weeks before the end of treatment. There was about a half year long interval between the two completions of tests, depending on the individual lengths of treatment, which may take 4 months at the minimum but lasts usually for half a year.

## Data analyses

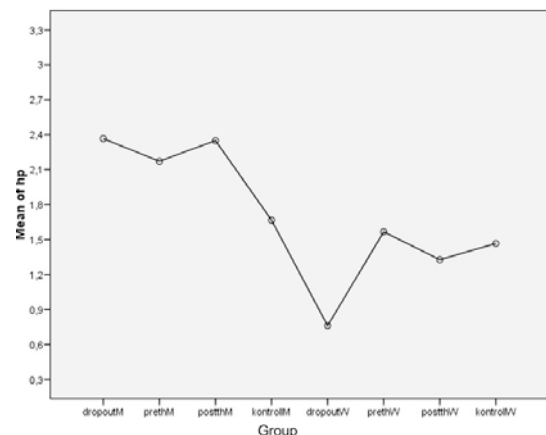
Taking the 10 profiles of Szondi tests as our basis, first we derived relative frequencies for each factor according to the method elaborated by G. Petz (1953) and compared the such resulting continuous data gained from the groups of patients and control people, by variance analysis. Under groups of patients we mean the people just having started the therapy, and the same patients - but in less number - just having finished the therapy. Because of the possible differences between genders we treated the data of women and men separately.

Secondly, after applying Szondi's traditional notations along the 10 profiles (that are plus, minus, ambivalent and open) we compared the groups by chi-square test. We analyzed the results by SPSS 15.0 statistical software kit.

## Results

### *Sexual vector:*

Within factor h we found significant differences between the results of men and women. Control people and women who completed the therapy chose the pictures of homosexuals to be positive 1.5 times on the average, while alcoholic men found them pleasant significantly more frequently, that is 2.5 times. The number of h+ reactions that was already high before the therapy, increased by the end of it. Women staying out from the therapy chose these pictures to be positive not more than 0.5 times (Figure 1).



*Figure 1: mean of factor h positive chose: dropoutM = men, who drop out from therapy before the end, prethM = men before the therapy, postthM = men after the therapy, kontrollM = control men, dropoutW = women, who drop out from therapy before the end, prethW = women before the therapy, postthW = women after the therapy, kontrollW = control women.*

All groups of men chose these pictures to be unpleasant once on the average, the control women did so somewhat more frequently, and all alcoholic groups chose them unpleasant twice as many times.

According to the above mentioned, among men h+ reactions proved to be most frequent, but control men produced comparatively many h 0 reactions as well. In case of control women + and 0 choices are given by the same frequency and the other two types of reactions: minus and ambivalent are nearly just as common. Among alcoholic women before the therapy all types of reactions could be found by nearly the same frequency, however after the therapy h – reactions became prevalent (Figure 2).

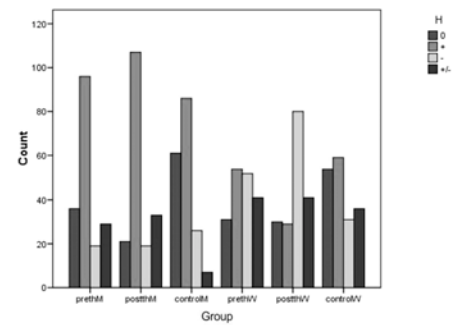


Figure 2: count of all factor h chose: *prethM = men before the therapy, postthM = men after the therapy, controlM = control men, prethW = women before the therapy, postthW = women after the therapy, controlW = control women.*

Regarding the loaded reactions (the ones provided with exclamation marks) significant difference could be found only in factor h. Alcoholic men gave such reactions significantly more often before and also after the therapy, but as this follows from the results of only a few persons, this might be only an accidental difference.

Regarding s factor only women staying out from the therapy gave significantly less positive and significantly more negative reactions in comparison with the other groups. So our hypothesis referring to the tendency of s- proved to be true only in their case. In compliance with this, in the Sexual vector the constellation of feminine passivity occurs most frequently in both sexes.

**Paroxysmal vector:**

In factor e all groups produced a little more positive than negative choices. However, the proportions surprised us a bit: alcoholics gave positive reactions more likely while in controls men produced somewhat more negative and women gave a little higher numbers of open reactions.

In case of the hy factor negative choices dominate considerably. This means that all groups chose them unpleasant at least 2.5 times, while only control men chose them pleasant more than once.

Accordingly, in the P or Paroxysmal vector the most frequent choice proved to be the Abel like constellation that is P + - or the same reaction with some ambivalence P +/- -

**Schizophrenic vector or Ego vector:**

In the k factor control people gave somewhat more than one positive reaction and nearly two negative reactions on the average. We found significant differences only in case of alcoholic women, who produced more positive choices and less negative choices than the average.

In the p factor only those women’s choices differed from the average, who stayed out from therapy. They gave nearly twice as much positive reactions than women completing the therapy: so the therapy-leavers produced significantly more and the stayers gave significantly less positive choices in p factor. The number of paranoia indicator p- reactions was unusually low in all groups, on the average all groups scored less than one.

Accordingly, in the Schizophrenic or Ego vector the most frequent reactions proved to be the - + and - 0. The constellation of - + was peculiar rather to men, while women were characterized by - 0.

**Contact vector:**

Within the Contact vector there are no significant differences regarding the d factor: among men 0 and – choices prevail, while among alcoholists we can find at least the same amount of + reactions. In case of women, control women gave a little bit more positive reactions but in case of alcoholic women 0 [open] reactions proved to be the most frequent.

In m factor positive reactions dominate prominently in all groups. Most loaded reactions are given here, but there is no significant difference between addicts and controls.

Accordingly, in the Contact vector alcohol addicts produce predominantly - +, while control men show 0+, and control women give the constellation of ++ most frequently.

**Discussion**

Among our hypotheses the one regarding *the insatiable need for love* seems to be justified only in case of men, while in woman h - seem to be characteristic. In the Contact drive the tendency of strong dependence proved to be typical in all groups. However, while in case of control women this dependence might be directed toward more than one people ( ++ in the C vector referring to simultaneous contacts), and in control men this result may indicate their satisfaction with their relationships, in case of treated patients mainly incestuous adherences are typical.

Our hypothesis regarding *self destruction, masochism, and narcissistic tendencies* was not justified. We found differences between genders in h and d factors, however the *alcoholic men's* massively feminine nature with insatiable need of love was remarkable (+ - in the Sexual vector). This was less typical of control men (we found the dominance of S + +/- or S 0 - ).

We did not find significant differences to the effect of treatment, however earlier tendencies intensified. To all probability, during the successful behavior-therapy the patients have learnt efficiently how to accept and deal with their extraordinary needs.

According to our results in the border vectors the choices of s- and m+ were peculiar to the majority of both sexes. Among women h- and d+ joined the above mentioned results while among men h+ and d 0 or d - were typical, which choices intensified to the effect of therapy. Within the middle vectors, the choices of hy-, k- and p- prevailed in both sexes in all variations. We found change only in the results of the e factor: in contrast to the balanced choices of control people (that is equal distribution of +, -, 0, +/-), among alcohol addict patients e+ choices became prevalent which also intensified owing to the effect of therapy.

**Implications and Limitations**

The possibility of generalizing the results of our research is limited mainly by the low number of people in the sample.

**Future directions**

Our further plan is to perform the analysis on a larger sample, including the data of other drug addicts as well.

## References

- Babor TF, Del Boca FK (eds). (2003): Treatment Matching in Alcoholism. Cambridge: Cambridge University Press.
- Benson, C., Wilsnack, S. (1983). Gender differences in alcoholic personality characteristics and life experiences. In: Cox, W. M., ed. Identifying and Measuring Alcoholics Personality Characteristics. San Francisco: Jossey-Bass, 53-69.
- Birt M. A., Sandor V., Vaida A., Birt M. E. (2008) Alexithymia, a risk factor in alcohol addiction? A brief research report on romanian population. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, vol.8, No. 2, 217-225.
- Cloninger, C. R, Sigvardsson, S., & Rohman, M. (1988). Childhood Personality Predicts Alcohol Abuse in Young Adults. *Alcoholism*, 12, 494-504.
- Comer R. J. (1998) Abnormal Psychology. W.H. Freeman and Company, New York.
- Comer R. J. (2000): A lélek betegségei. Osiris Kiadó, Budapest
- Cook, C. H. (1988): The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? The philosophy and the programme. Part. I. *British Journal of Addiction* 83:624-634.
- Cooney NL, Babor TF, DiClemente CC, Del Boca FK. (2003). Clinical and scientific implications of Project MATCH. In Babor TF, Del Boca FK (eds) Treatment Matching in Alcoholism. Cambridge: Cambridge University Press, 222–37.
- Cornish J. W. McNicholas L.F, O'Brien C.P. (1995). Treatment of substance-related disorders. In: Schatzberg A.F. and Nemeroff C.B. (eds) The American Psychiatric Press Test Book of Psychopharmacology, American Psychiatric Press, Washington DC.
- De Rick A., Vanheule S. (2007) Attachment Styles in Alcoholic Inpatients. Research Report *European Addict Research*; 13:101-108
- DSM-IV Text Revision (2000) Animula Kiadó, Budapest
- Ekselius, L., Hetta, J., Von Knorring, L. (1994). Relationship between personality traits as determined by means of the Karolinska scales of personality (KSP) and personality disorders according to DSM-III-R. *Person. Individ. Diff.* 16(4): 589-595.
- Frawley and Smith (1992): One-year follow-up after multimodal inpatient treatment for cocaine and methamphetamine dependencies. *J. Substance Abuse Treatment*, 9271-286
- Graham, J.R., Strenger, V.E. (1988). MMPI characteristics of alcoholics: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 197-205.
- Kleber D. H. (1995) Substance Abuse. In: Oldham J. M. and Riba M.B. (eds) American Psychiatric Press Review of Psychiatry (Vol. 14) American Psychiatric Press
- Környei E. (2001) Alkohol okozta mentális és viselkedési zavarok. A pszichiátia magyar kézikönyve. (Szerk: Füredi J., Németh A, Tariska Z.) Medicina Könyvkiadó, 313-325.
- Lima Maria C.P., Kerr-Correa F., Tucci A.M., Simao M. O., Oliveira J. B., Cavariani M. B., Fantazia M.M. (2007). Gender differences in heavy alcohol use: A general population survey (The Genacis Project) of Sao Paulo City, Brazil, *Contemporary Drug Problems* 34/Fall
- MacAndrew, C. (1965). The differentiation of male alcoholic outpatients from nonalcoholic psychiatric outpatients by means of the MMPI. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 238-246.
- MacAndrew, C. (1981). What the MAC scale tells us about men alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 604-625.
- Máttyássy A. Dr, Szűcs A. Dr. (2005). Alkoholfüggőség-társuló hangulat-szorongásos zavarok. *Addiktológia*, IV. évfolyam, 3. szám
- Miller W. R. (1983). Controlled drinking, *QuartJ Stud. Alcohol.*, 44, 68-83



- Miller H.R., Streiner D.L. (1990). Using the Millon Clinical Multiaxial Inventory's Scale B and the MacAndrew Alcoholism Scale to Identify Alcoholics With Concurrent Psychiatric Diagnoses. *Journal of Personality Assessment*.
- Miller W. R. et al (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *J. Stud. Alc.*, 51, 108-115.
- Millon, T. (1983), Millon Clinical Multiaxial Inventory. Minneapolis, MN: Interpretive Scoring Systems
- Noszlopi L. (1989): Sorselemzés és kísérleti ösztöndiagnosztika: A Szondi-féle ösztönlélektan teljes ismertetése: Noszlopi László egyetemi magántanár szemináriumi előadásai 1947, Akadémiai Kiadó, Budapest
- Östlund A, Spak, F, Sundh V. (2004). Personality Traits in Relation to Alcohol Dependence and Abuse and Psychiatric Comorbidity Among Women: A Population Based Study. *Substance use and misuse*. Vol 39 No 9, 1301-1318.
- Preng, K.W., Clopton, J.R. (1986). The MacAndrew scale: Clinical applications and theoretical issues. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 228-236.
- Project MATCH Research Group. (1997a) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post treatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*; 58: 7–29.
- Project MATCH Research Group. (1997b) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: tests of the Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*; 92: 1671–98.
- Quimette PC, Finney JW, Gima K, Moos RH. (1999a). A comparative evaluation of substance abuse treatment III. Examining mechanisms underlying patient-treatment matching hypotheses for 12-step and cognitive behavioral treatments for substance abuse. *Alcohol Clin Exp Res*; 23: 545–51.
- Quimette PC, Gima K, Moos RH, Finney JW. (1999b). A comparative evaluation of substance abuse treatment: IV. The effect of comorbid psychiatric diagnoses on amount of treatment, continuing care, and 1-year outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*; 23: 552–7.
- Sobell (1973) In Kelemen G. - Gál B. (1990): *A kontrollvesztő alkoholizmus kettős leírása*. OAI, Alkoholológiai Füzetek, Budapest.
- Solms, H. (1972). Az alkoholizmus pszichodinamikája. In: Szerk. Buda B.-Bonta M.: *Viselkedés?-Betegség?-Társadalmi probléma?* (Alkoholológiai Kiskönyvtár) Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1985.
- Szikszay P.-Tóth M. (1999). *Deviáns Alkoholológia. Szőlőtő Alapítvány, Györköny.*
- Szondi L. (1972). *Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik*. Verlag Hans Huber, Bern-Studgart-Wien.
- Twenty-Four Hours a Day (1975) Hazelden, Center City M. N.
- WHO (2002) *World Health Report 2002*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Witkiewitz K. – Masyn K. E. (2008) : Drinking Trajectories Following an Initial Lapse, *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 22, No. 2, 157–167.

## Psychometrical investigations on Szondi's pictures

Révész, György

University of Pécs, Institute of Psychology

### Résumé

*Le visage humain révèle beaucoup d'informations sur le sexe d'un individu, son âge, sa familiarité, son état émotionnel, etc. Nous pouvons décider si la personne est «jolie» ou non. Dans le test de Szondi, les photos « transmettent » les tensions pulsionnelles originelles d'une manière insoupçonnée auparavant, et la réaction de la personne est un choix rapide sympathique ou antipathique. Dans cette recherche, nous avons essayé de «traduire» le processus de choix déterminés par la pulsion dans le langage de la psychologie expérimentale: les proportions des régions de la face, la symétrie du visage pouvant jouer un rôle dans la décision de savoir si un visage est sympathique ou antipathique. Nous avons trouvé des différences significatives entre les groupes sympathiques et antipathiques par le degré de correspondance avec les règles du nombre d'or ( $x/y = y/z$ ) sur un profil moyen (Fischer et Koch, 1985) Ce résultat démontre que l'analyse faite à partir données métriques peut offrir un moyen d'examiner les photos de test de Szondi.*

### Abstract

*The human face reveals a lot of social information about an individual's gender, age, familiarity, emotional state etc. We can decide whether the person is „good-looking” or not. In Szondi's Test, the photos “mediate” instinct-original tensions in an unrevealed way up to now, and the person's reaction is a fast sympathetic or antipathetic choice. In this research we made an attempt to try to “translate” the process of choice determined by instinct into the language of experimental psychology: the proportions of face's regions, the symmetry of face which may play a role in the decision whether a face is sympathetic or antipathetic. We found significant difference between the sympathetic and antipathetic groups by the degree of correspondence to the rules of golden section ( $x/y=y/z$ ) on an average profile (Fischer and Koch, 1985) This result proves that the analysis made with metrical data can be a possible way to examine the pictures of Szondi test.*

### Keywords:

Face processing, character, metrical data of face, golden section

### Introduction

The human face provides a rich source of information as how to identify persons, to feel emotions, in social contacts, having chats and in judging sex and age (Shepherd, 1989, Révész, 2010.a.b.).

The processing of face recognition involves three stages: 1. face detection, 2. holistic processing, and 3. face discrimination based on the holistic representation. Particular features of face recognition is supported by YIN's examination in 1969 in which identification of well-known

persons' upside-down faces proved to be more difficult task for subjects than to identify objects in a upside-down position (see also Taubert et al., 2011). According to Rhodes (1988) the recognition of faces in the normal position is holistic while the recognition of faces in the upside-down position begins from the details. According to other research during identification of faces the "little templates" (e.g.: eyes, mouth, nose) play similar role to independent, individual features. The process of recognition is: detection of eyes → matching with the eye "prototype" → eye-eyebrow template then from the feature-based detection of the nose and mouth more and more combined pattern-matching processes occur (Brunelli, Poggip, 1993). The localization of part-templates (like distance of eyes, length or width of nose, etc.) could play important role not only in simple identification (known – not known) but in identification of emotional states and also in decision of sympathy-antipathy.

According to the latest best known approach – Bruce's and Young's (1998) model of information elaboration – the elaboration of a given stimulus class is possible by a more or less independent system or module.

### Human face and character

Personality impressions and faces are strongly related. The process that leads to the extraction of physiognomic data and to the use of that information has some of the characteristics of an automatic process. Second, people use available personality data as a source of information about the face. These two functions are reciprocal: "Faces may change personality impressions, and personality impressions may change the perception of faces" (Hassin and Trope, 2000, p. 840).

Revealing the connection between human face and other psychological characteristics can be traced back to Aristoteles's *Physiognomica*. Most of the physiognomical examinations of face examine the global impression on different scales. Examining the connection between different regions of the face (Brunswik and Reiter, 1953; Brunswik, 1956) made simple, schematic faces in their experiment. The whole series consisted of 189 schematic faces which were valued with a help of a scale of 7 grades: happy-sad, young-old, good-bad, real-unreal, ugly-beautiful, intelligent-primitive, energetic-weak. The signal stimuli of face perception were the following ones in order of importance:

- forehead height
- mouth height, distance of eyes

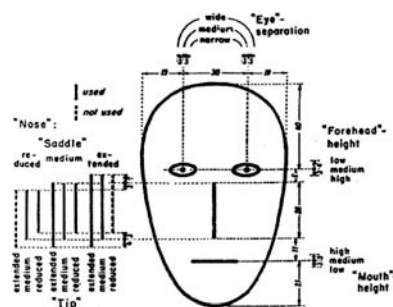


Figure 1.: Variation of a schematized face in Brunswik's (1956) work

According to their results the higher the mouth the happier and younger the face looks like (and inversely) in the subjects' opinions but the mouth in low position gives the impression of intelligence. The long nose made unfavorable impression while generally the high forehead was considered more favorably.

Gordon (1989) and his colleagues repeated the examination of the Brunswik-Reiter pictures with English, African and Chinese children and they got very similar answers which mean that the given stereotypical answers are universal.

### The attractiveness of face

The "ideal" (therefore attractive) face's earliest known proportion shows the regularity of golden section. According to that the whole face (x) is to the distance of chin-eye (y) as the distance of chin-eye (y) is to the size of forehead (z); above that it can be divided into 7 equal parts (see: Figure 3.). In the pictures made by Leonardo da Vinci and Dürer the ideal face is: 1.) symmetrical; 2.) the distance of eyes is equal with the width of an eye or the nose; 3.) the tip of the nose just halves the distance between the chin and eyebrow.

The attractiveness of face is universal: the judgment of attractiveness shows high intercultural similarity: (Alley, 1988, Cunningham et al. 1995, Zebrowitz, 1997). In this fact biological evidences could be the reasons rather than cultural effects: two-month old babies prefer the more attractive one from two pictures (Lalglois et al. 1990, 1991, 1994), Slater et al. 1991.) proved that even newborn babies can prefer the attractive face.



Figure 2.: The ideal face - Botticelli: Venus - divided into seven equal parts

The examination of the connection between the face's general shape and the attractiveness is an honored field of evolutionary psychology as well (Berezkei, 1999; Penton-Voak, Perrett, 2000.). According to the evolutionary psychologists' opinions the "average" face shows the owner's heterozygote characteristics opposite to the extreme (not average) face shape and its less adaptive features. According to Langlois's and Roggman's (1990) opinion the preference of "average" obviously can be compared to the idea of "prototype" from cognitive psychology.

The symmetry of face is the source of attractiveness - independent of the average face physiognomy – the higher the grade of symmetry the stronger the attractiveness. However if the constructed face is a reflection of a real face's one side ("chimerical" face) unnatural features can appear (e.g.: if the mouth is on one side longer the mouth on the chimerical face will be too small or too big). The face, which was constructed this way is undoubtedly symmetrical but its

attractiveness is weaker than the original face's (Penton-Voak, Perrett, 2000.). If the experimental face is put together from not average faces but from those ones which earlier were said to be attractive that can increase the measure of attractiveness moreover this constructed "superface" is given the highest score considering attractiveness (Bereczkei, 1999). However Langlois, Roggman and Musselman (1994) didn't find significant correlation between the measure of symmetry and attractiveness; Swaddle and Cuthill (1995) experienced decrease of attractiveness in case of "very" symmetrical faces.

## The pictures of Szondi Test

As known the test consists of mental disordered patients' photos (Szondi, 1959, 1972). Szondi brought great care to bear upon choosing "clear types". The clinical validity was the proof of the photos' validity.

There are few reports which examine the visual features of the Szondi test's photos. One of the possible reasons is the test's nearly absolute restriction to diagnostical aims and another reason could be the very weak phototechnical execution of the pictures. The basic question of Szakács's and Münnich's examination was about the essential facts of sympathy-antipathy. They divided the Szondi pictures according to the Identikit scheme (forehead, eyebrow, eye, nose, mouth, chin etc.) then they made a theoretical sympathy-model from the mostly preferred details. The order of preferred face details' in the case of intellectual group: eye → mouth → ear → nose etc.; in the case of alcoholic group: neck/ear → forehead → chin → mouth etc.

Fischer and Koch (1985) made an attempt to value the photos along different categories according to the following: details, contrast, sharpness, etc. According to their results 1.) sharpness, exposure and details can influence the frequency of choices; 2.) raster and look are useful indicators to distinguish between factors and vectors. Summing up they state that these effects "weakly influence" the frequency of choosing.

## Experiment

The Szondi photos "mediate" instinct-original tensions in an unrevealed way up to now. The subjects react to these with very quick sympathy-antipathy answers. The objects of our experiment were the (collective favorite) photos of Fischer's and Koch's (1985) "average-profile" which were decided to be sympathetic or antipathetic from 1839 profiles on  $p < 0.01$  level by the subjects. The aim of the experiment was to examine the possible connections among face attractiveness, proportion of certain parts of the face and attraction-rejection.

1. table: The average profile of the Szondi test's photos (Source: Fischer and Koch, 1985).

	h	s	e	hy	k	p	d	m
sympathetic	5, 6	3, 4	1	-	-	4	-	1, 2, 3
antipathetic	1	1, 6	5	2, 3	1, 3	6	4	4

## Procedure

The photos were scanned, enlarged to ten times so as to mark exact verges of certain face's regions (see below). It was made by graphic art students of Faculty of Arts, University of Pécs, according to

our instructions. The participants in the study had not seen the photos previously and also they didn't know anything about their origin. The photos for further work were the following ones: sympathetic: h5, h6, s3, s4, e1, m1, m2, m3; antipathetic: h1, s1, s6, e6, hy2, hy3, k1, k3, p6, d4; altogether: 17 photos (left out: e1, m4). In marking of certain regions we used as a base Grammar and Thornhill (1994) and also Johnston and Franklin (1993) works:

- d1 : the distance of temporal canthus of eyes (mm)
- d2 : the distance of nasal canthus of eyes (mm)
- d3 : the distance of cheekbones (the width of face at the height of cheekbones) (mm)
- d4 : the width of the nose's root (mm)
- d5 : the width of the mouth (mm)
- f1 : the length of the face (the distance of chintip – forehead line) (mm)
- f2 : the distance of the eyes' middle line and forehead line (mm)
- f3 : the distance of the eyes' middle line and the root of nose (mm)
- f4 : the distance of the mouth's middle line and chintip (mm)
- x (=f1): the length of head, y: the distance of the eyes' middle line and chintip, z (=f2)
- symmetry: at the height of eye, cheekbone, nose and mouth measuring from the middle line (mm).



Figure 3.: A Szondi photo's metrical data

Analysis of the measured data:

1. Because of the different starting photosize the metrical data couldn't have been compared therefore we used proportional numbers:  $d2/d3$ ,  $d1/d3$ ,  $d4/d3$ ,  $d4/d5$ ,  $d5/d3$ ,  $f2/f1$ ,  $f3/f1$ ,  $f4/f1$ ,  $f2/f3+f4$ ;
2. We examined how certain faces have corresponded to the rules of golden section ( $x/y=y/z$ ) using the metrical data of distance of the faces' certain regions;
3. We calculated the proportions of symmetry indicators.

## Results

We got tendency-like difference from the data of the 9 proportion numbers in the case of the following proportions:

- I.
  1.  $d4/d3$ ,  $t=1,89$  (15),  $p<0.07$ , in the antipathetic group the nose is wider compare to the width of face;
  2.  $f3/f1$ ,  $t=1,96$  (15),  $p<0.06$ , in the antipathetic group the nose is longer to the whole length of face;
  3.  $d3/f1$ ,  $t=1,73$  (15),  $p<0.1$ , in the antipathetic group the face is wider to the whole length of face;
  4.  $f2/f1$ ,  $t=1,73$  (15),  $p<0.1$ , in the sympathetic group the forehead is higher to the whole length of face;
- II. The proportion of the face: the pictures of the sympathetic group don't differ significantly from the rule of golden section ( $t=0.29$  (6)  $p<0.7$ ); in the case of the antipathetic group this difference is significant ( $t=3.42$  (9),  $p<0.008$ ).
- III. According to the results of discriminant analysis the sympathetic and antipathetic groups are separated from each other mostly by the degree of correspondance to the rules of golden section and the  $d4/d3$  proportion.
- IV. There is no difference between the sympathetic and antipathetic groups' pictures considering symmetry.
- V. The cluster analysis accomplished with all the proportions and it resulted in a larger antipathetic group (1k, 6p, 2hy, 6s, 4d, 3k, 1h), a comparatively big sympathetic group (6h, 3s, 3m) and a mixed group (1m, 5h, 5e, 4s, 2m, 1s) which are – as we can see – independent of the Szondi factors.

## Discussion

The photographs in the Szondi test were taken of persons having mental illnesses and these pictures were chosen on the basis of "genetic connection". The fate analytic theory states that the examined person makes choice from the series of photographs according to his/her own genetical inclination with that person's "mediation" of whom the photograph was taken. For example a manifest or latent epileptic will be influenced positively or negatively by a photograph from the Szondi test which was taken of an epileptic and the choice will depend on the person's actual epileptoid phase. Whether the Szondi test is correct or it is not, the photographs used for "languages of choice" passed the clinical validity test.

In our research we made an attempt to try to "translate" the process of choice determined by instinct into the language of experimental psychology: to reveal metrical data, proportions of face's regions, the symmetry of face which may play role – beyond chance – whether we consider a face to be sympathetic or antipathetic.

According to our results the pictures of the two groups of average profile tendency-likely differ from each other in some measurable standpoints. The significant difference between the two groups by the golden section and the discriminant analysis prove that the analysis made with metrical data can be a possible way to examine the photographs of Szondi test.

It's important to realize that these results can't be attached to the certain factors of Szondi test and it's clear that our report takes only a little step forward in that effort which tries to find a connection between the two approaches.

## References

- Alley, T.R. (1988). Physiognomy and Social Perception. In: Alley, T.R. (Ed.) *Social and applied aspects of perceiving faces*. Hillsdale: Erlbaum
- Bereczkei T. (1999). Szimmetria, párválasztás, szaporodás - új perspektívák az evolúciós pszichológiában. In: Balogh T. (Szerk.) *Szimmetria II*. Szeged
- Bruce, V. - Young, A. (1998). *In the eye of the beholder: The science of face perception*. Oxford: Oxford University Press
- Brunelli, R. - Poggio, T. (1993). Face Recognition: Features versus Templates. *Pattern Analysis and Machine Intelligence Group*, 15, 10., 1042-1052.
- Brunswik, E. (1956). *Perception and the representative design of psychological experiments*. Berkeley: University of California Press
- Cunningham, M.R. - Roberts, A.R. - Barbee, A.P. - Druen, P.B. (1995). "The Ideas Of Beauty Are, On The Whole, The Same As OURS": Consistency And Variability In The Cross-Cultural Perception Of Female Attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 2., 261-279.
- Fischer, M. - Koch, B. (1985). Szonditest. Portraits und Alltagsmensch. Eine Untersuchung der Bilder und des Bildwahlverhalten. *Szondiana*, 5., 1., 63-108.
- Gordon, I.E. 1989. *Theories of visual perception*. New York: Wiley. Chapter 4.: Brunswik's probabilistic functionalism, 76-92.
- Grammer, K. - Thornhill, R. (1994). Human facial attractiveness and sexual selection: the role of averageness and symmetry. *Journal of Comparative Psychology*, 108., 233-242.
- Hassin, R., Trope, Y. (2000). Facing Faces: Studies on the Cognitive Aspects of Physiognomy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 5, pp. 837-852
- Johnston, V.S. - Franklin, M. (1993). Is beauty in the eye of the beholder? *Ethology and Sociobiology* 14., 3., 183-199.
- Langlois, J.H. - Ritter, J.M. - Roggman, L.A. - Vaughn, L.S. (1991). Facial diversity and infant preferences for attractive faces. *Developmental Psychology*, 27., 1., 79-84.
- Langlois, J.H. - Roggmann, L.A. (1990). Attractive faces are only average. *Psychological Science*, 1., 1., 115-121.
- Langlois, J.H. - Roggmann, L.A. - Musselman, L. (1994). What is average and what is not average about attractive faces? *Psychological Science*, 5., 214-220.
- Penton-Voak, I. - Perrett, D. (2000). Consistency and individual differences in facial attractiveness judgements: an evolutionary perspective. *Social Research*, 67., 1., 219-245.
- Révész, Gy. (2010). a. "From Face Recognition to Contemporary Physiognomic Theories". 9th Alps-Adria Psychology Conference. Klagenfurt, 2010. Sept. 15-18. Abstract: 129
- Révész, GY. Arc és személyiség. In: Révész GY. (Szerk.) 2010. *Az emberi arc. Tanulmányok a pszichológia, orvostudomány, mesterséges intelligencia és a képzőművészet területeiről*. Pécs: Pro Pannónia Kiadó. 181-198.
- Rhodes, G. (1988). Looking at faces: First order and second order features as determinants of facial appearance. *Perception*, 17, 43-63.
- Sshepherd, J. (1989). The face and social attribution. In: Young, A.W. - Ellis, H.D. (Eds.) *Handbook of Research on Face Processing*. North Holland: Elsevier



- Slater, A. - Schulenberg, C. - Brown, E. - Badenoch, M. - Buuterworth, G. - Parsons, S. - Samulels, C. (1991). Newborn babies prefer attractive faces. *Infant Behavior and Development*. 21., 2., 345-354.
- Swaddle, J.P. - Cuthill, I.C. (1995). Asymmetry and facial attractiveness: Symmetry may not be always beautiful. *Proceedings of the Royal Society of London*, 261., 111-116.
- Szakács F. - Münnich I. (1972). Szimpátia-modellek kutatása Szondi-képekkel. In: Lénárd F. (Szerk.) *Környezet és tevékenység. Pszichológiai Tanulmányok*. XIII. Budapest: Akadémiai Kiadó. 575-593.
- Szondi, L. 1972. *Lehrbuch der experimentellen triebdiagnostik*. Berlin - Stuttgart - Wien: Hans Huber
- Szondi, L. - Moser, U. - Webb, M.W. (1959). *The Szondi Test*. Philadelphia, Montreal: J.B. Lippincott Company
- Taubert, J. Apthorp, Aagted-Murphy, D., Alais D. (2011). The role of holistic processing in face perception: Evidence from the face inversion effect. *Vision Research* 51. 1273–1278.
- Zebrowitz, L. A. (1997). *Reading Faces. Window to the Soul?* Oxford: Westview Press
- Yin, R.K. (1969). Looking at upside-down faces. *Journal of Experimental Psychology*, 81, 141-145.

## **L'influence du sexe dans la Schizophrénie: Étude descriptive et Szondienne d'un groupe de malades chroniques**

Andrés García Siso  
*Hôpital Universitaire de Tarragona Joan XXIII*

### **Abstract**

*The goal of this work is to study the influence of sex in schizophrenia. We make a review of the epidemiological and psychopathological literature, and of genetic and environmental risk factors.*

*This research uses the Szondi test to examine a sample of 63 chronic schizophrenics, with a 30 years long illness evolution. In this homogenous and representative sample of chronic schizophrenics, we encounter two styles of chronic schizophrenia, with two ego reactions: Sch (++ , -+) and Sch (-- , +-), representing two kinds of ego evolution linked to sex, the first one with the male, the second one with the female. Other differences are encountered in the contact, sexual and paroxysmal vectors. These data are interpreted to shed a new light on the szondian psychopathology of schizophrenia, consistent with others non-szondian psychopathological studies, in relation to illness evolution, subtypes, psychopathological factor analyses and others syndromes, in which sex has shown an influence.*

### **Résumé**

*L'objectif de ce travail est d'étudier l'influence du sexe dans la schizophrénie. Nous passerons d'abord en revue la littérature concernant l'épidémiologie, les facteurs de risque biologiques, neuroendocriniens et environnementaux, pour essayer de décrire et d'expliquer les différences psychopathologiques entre les sexes. Après cette revue bibliographique, nous examinerons un groupe de 63 malades porteurs d'un diagnostic de psychose schizophrénique chronique, afin d'apprécier les différences liées au sexe, dans le but de confirmer certaines des hypothèses rencontrées et de pouvoir définir, par conséquent, cet échantillon comme représentatif d'une population de malades schizophrènes chroniques. Cela nous permettra d'étudier, en fonction du sexe, l'organisation pulsionnelle des schizophrènes chroniques avec le test de Szondi.*

### **Introduction**

L'objectif de ce travail est d'étudier l'influence du sexe dans la schizophrénie.

Nous ferons d'abord une revue de la littérature concernant l'épidémiologie, les facteurs de risque biologiques, neuroendocriniens et environnementaux, pour essayer de décrire et d'expliquer les différences psychopathologiques entre les sexes.

Après cette revue bibliographique, nous examinerons un groupe de 63 malades porteurs d'un diagnostic de psychose schizophrénique chronique, afin d'apprécier les différences liées au sexe, dans le but de confirmer certaines des hypothèses revues et de pouvoir définir, par conséquent, cet

échantillon comme représentatif d'une population de malades schizophrènes chroniques. Cela nous permettra d'étudier, en fonction du sexe, l'organisation pulsionnelle des schizophrènes chroniques avec le test de Szondi.

Citons avant de commencer un travail (Flor-Henry P., 1990) qui *résume l'influence du sexe dans la schizophrénie*, disant que les hommes ont un début précoce avec plus de tendance à la chronicité, une prédisposition familiale moindre à la psychose et une pathologie majeure de la structure cérébrale concernant surtout l'hémisphère dominant. La femme présente plus de symptômes affectifs, une meilleure évolution, une prédisposition familiale plus marquée et peu d'altérations cérébrales. On pense que les différences d'organisation des hémisphères cérébraux expliquent les différences cliniques. Il faut ajouter, encore pour introduire le thème, un autre travail (McGlashan, T.H., 1990) qui nous dit que le sexe est un facteur d'influence dans la schizophrénie par comparaison à *d'autres maladies graves*, telles que les troubles schizo-affectifs et les dépressions unipolaires. Les femmes schizophréniques montrent une adaptation pré-morbide sociale, sexuelle et maritale, meilleure que les hommes. Lors de l'hospitalisation, elles sont plus dépressives, ont plus de conduites auto destructives et entretiennent de moins bonnes relations interpersonnelles, leur évolution à long terme est meilleure concernant l'activité sociale, la compétence au travail et les abus de substances.

## 1 – Influence du sexe des schizophrènes dans leur psychopathologie et leur qualité de vie.

Le sexe dans la schizophrénie a une influence sur:

la prévalence,

l'âge de début,

l'expression clinique des symptômes, spécifiques ou non de la schizophrénie,

le fonctionnement mental mesuré neuropsychologiquement,

l'adaptation à l'environnement mesuré comme qualité de vie.

La **prévalence** de la schizophrénie semble devoir abandonner l'ancien chiffre magique de 1 %, présumé fixe quel que soient les contextes socioculturels, et sans différence entre les sexes. Plusieurs recherches (NiNullain M, O'Hare A, Walsh D. 1987) montrent une prévalence de 1,5 % pour les hommes, et de 1 % pour les femmes.

Diverses études, directes et indirectes, démontrent que **l'âge de début** de la schizophrénie diffère selon le sexe. Ainsi, la première hospitalisation psychiatrique (Angermeyer & Khün, 1984) se produit, pour les hommes 4-5 ans avant celle des femmes. Ces résultats se confirment ailleurs en Europe. Ainsi le début de la schizophrénie est plus précoce parmi les hommes de la région de Cantabria (Espagne) (Vázquez Barquero JL, Cuesta Núñez MJ et al. ; 1995), et d'autres auteurs (Hambrecht M, et al. ; 1992) généralisent cette observation à l'Europe occidentale. On trouve (Gureje O. ; 1992) que 83 % des hommes débutent leur maladie avant 30 ans, contre 66 % des femmes, et que lors de la première hospitalisation il y a plus de femmes mariées.

D'autre part, l'âge du début de la maladie semble avoir une influence dans la psychopathologie. Si le début est tardif, après les 40 ans, on pourrait penser (Vahia, I. V et al. ; 2010) qu'il s'agit d'un sous-type particulier de la maladie (avec des symptômes moins forts et des altérations cognitives mineures, de mémoire, de langage ou d'attention), mais si ce facteur est indépendant du sexe, le climatère correspond pourtant au deuxième pique d'incidence de la maladie. Dans la schizophrénie, plus l'âge du début est tardif, plus la psychopathologie est systématisée et moins désorganisée (Hafner,H. Loffler,W. Riecher-Rossler,A. Hafner-Ranabauer,W. ; 2001). L'âge du début de la maladie semble donc important pour le pronostic et la psychopathologie. Or la femme tend à développer la maladie un peu plus tard.

L'examen **neuropsychologique** (Bozikas et al. 2010) des schizophrènes ayant débuté précocement la maladie, ne met pas en lumière de différence selon le sexe. Peut-être les épreuves neuropsychologiques ne sont-elles pas suffisamment sensibles pour déterminer des différences entre les sexes, puisque d'autres auteurs (Gogos, A; Joshua, N; Rossell, SL. ; 2010) ne trouvent pas non plus de différences à ces épreuves entre les hommes et les femmes schizophrènes après 10 ans d'évolution, dont l'âge de début différaient. La différence entre les sexes semble passer inaperçue dans des opérations purement intellectuelles, mais des différences apparaissent lorsqu'on mesure des **opérations affectives**, comme la reconnaissance des expressions faciales (Weiss, Elisabeth, Kohler C. et al. ; 2007), ce qu'on appelle l'intelligence émotionnelle, le langage non verbal et la perception émotionnelle, tant par la voie prosodique auditive que par la voie visuelle expressive de la face (Vaskinn A. et al. ; 2007). Par contre, ces différences ne sont pas significatives chez les patients bipolaires, elles sont donc spécifiques de la schizophrénie et, de plus, liées au sexe, mais sans lien avec l'âge de début.

La **forme de début** de la schizophrénie, depuis les études classiques, peut être insidieuse ou aiguë. On considère le début aigu comme de meilleur pronostic et il est plus fréquent chez les femmes.

On constate des différences **psychopathologiques** chez les schizophrènes selon le sexe, non pas dans les symptômes dissociatifs nucléaires, mais quant à l'irritabilité et l'apathie chez les femmes et les conduites inadaptées, quant aux abus d'alcool et à l'autisme, chez les hommes.

Il y aurait (Goldstein JM, et al. ; 1990) des syndromes plus fréquents chez les hommes schizophrènes, comme la pauvreté pré-morbide et l'émoussement affectif, alors que chez les femmes se rencontrent plus souvent la dysphorie et les idées de persécution. Les troubles dépressifs, chez la femme, sont plus fréquents dans la pré-psychose, tandis qu'ils s'observent plutôt lors de la post-psychose chez l'homme (Bustamante S, Maurer K, Loffler W, Hafner H. ; 1994). Le syndrome psycho-organique (Mayer C, Kelterborn G, Naber D. 1990) chez l'homme est plus fréquent, et ils présentent plus de symptômes d'agressivité et de toxicomanie. Aussi, le taux de suicide est plus grand chez eux (Black D.W., Fisher R. ; 1992) et avec des méthodes plus violentes (Breier A, Astrachan B ; 1984). Les hommes présentent une plus grande altération du moi, telle que mesurée par le EII (Ego Impairment Index) que les femmes, tandis qu'il n'y a pas de différence aux échelles SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms) et BPRS (Subscales of the Brief Psychiatric Rating Scale) (Perry W, Moore D, Braff D. ; 1995). Les femmes montrent une psychopathologie schizophrénique plus productive et affective (Plocka M, Rybakowsk J. ; 1992), avec plus de symptômes positifs et répondant plutôt aux critères des sous-types désorganisé et paranoïde (Andia AM, Zisook S, Heaton RK et al. ; 1995). La fréquence de rechutes, dans les deux ans, chez les jeunes schizophrènes, est majeure parmi les hommes (Test MA, et al. ; 1990). Les travaux de Kirkpatrick B. and Galderisi S. ; 2008, sur le Syndrome Déficitaire dans la schizophrénie (portant sur les symptômes négatifs d'Andreasen et éclairants pour comprendre l'anhédonie et la différence entre symptômes négatifs primaires et secondaires) démontrent que le sexe masculin est un facteur de risque.

La différence de sexe peut s'évaluer à partir de l'étude du cours et l'évolution de la maladie, mesurés par des échelles de **qualité de vie** qui démontrent, de façon indirecte, le degré de développement ou d'invalidité du sujet schizophrène.

La qualité de vie des femmes schizophrènes est meilleure que celle de l'homme. Ainsi, (Salokangas RKR, et al. ; 1990) pendant deux ans de traitement, les mesures des rapports de couple, des tendances autistiques, des symptômes négatifs, de la capacité de travail et des habiletés sociales,

aboutissent toutes à de moins bons résultats chez les hommes. Il semble que la symptomatologie et les capacités sociales (Mueser KT, et al.1990) sont moins bonnes chez les hommes dès le début de la maladie et que cette différence se maintient tout au long de la maladie, c'est-à-dire, qu'il y a une corrélation entre le dysfonctionnement initial et final (Childers SE, et al; 1990). Suivant un groupe de schizophrènes pendant huit ans (Anjermeyer MC, et al.1990), on trouve que les femmes présentent une meilleure réponse au traitement en milieu hospitalier et une meilleure évolution psychopathologique et sociale que les hommes. La réponse et l'effectivité du traitement familial à l'hôpital et de l'adaptation familiale et occupationnelle est supérieure chez les femmes (Haas GL, et al.1.990). Les femmes schizophrènes présentent un niveau éducatif supérieur, se marient plus, mènent une vie plus indépendante avec une meilleure situation professionnelle (Andia et al. 1995). Une étude sur l'activité professionnelle, après 18 mois à partir du début de l'affection, décrit trois facteurs de bonne évolution: sexe féminin, bon ajustement pré-morbide et identifications de marqueurs biologiques de maladie (maladie biologiquement typique) (Beiser et al. 1994).

Si le sexe a de l'influence sur l'expression de la maladie schizophrénique, notamment ses manifestations symptomatiques, le fonctionnement affectif, l'adaptation sociale ou la qualité de vie, plus notablement que dans d'autres maladies mentales graves, un autre facteur peut moduler la dite expression de la maladie, à savoir le **temps d'évolution**, avec son cours et les diverses nuances qu'il peut introduire sur l'expression du sous-type diagnostique.

L'organisation du sujet schizophrène, évoluant de nombreuses années, va subir des changements, autant de l'ordre du fonctionnement intellectuel et de la qualité de vie, que dans l'expression clinique ; ainsi quoique les sous-types catatoniques, paranoïdes, désorganisés ou hébéphréniques, indifférenciés ou résiduels soient les mêmes que dans un cas de courte durée, parce qu'ils représentent la description du cadre d'état prédominant dans un moment transversal, le même sujet, avec le même sous-type diagnostique, aura une organisation clinique différente après 30 ans de maladie, bien qu'il existe un rapport entre l'organisation du début et le pronostic. À l'extrême, après les années, nous pouvons nous trouver avec différentes formes terminales, multiples selon Kleist et Leonhard, mais que H. Ey regroupe comme catatonique, schizophasique et délirante, sans oublier la rémission. L'hétérogénéité commence dès le début de la maladie schizophrénique, avec 40 % de débuts aigus par rapport aux débuts insidieux, et elle se poursuit par la diversité des formes évolutives de la maladie, allant de l'évolution chronique à l'évolution par crises, avec une récupération plus ou moins importante, allant jusqu'au changement de sous-type diagnostique.

Le temps qui passe nous met face à l'évolution de la schizophrénie, avec son hétérogénéité qui souligne la transformation du sujet. Cela doit nous faire réfléchir aux transformations de la période pré-schizophrénique, du passage de la personnalité schizoïde ou de troubles pseudo-névrotiques (troubles de la personnalité hystérique ou obsessionnelle, organisations limites de la personnalité), vers la schizophrénie, posant la question de la **continuité psychopathologique**. S'agissant de la schizophrénie, il semble intéressant de travailler avec le concept de continuité psychopathologique pour mieux comprendre les diverses formes de transition au début de la schizophrénie, tout comme ses différentes formes évolutives, leurs sous-types et leur sévérité, parce qu'il rend compte de l'organisation profonde, et en particulier des dimensions de discordance et d'autisme (négativisme, indifférence affective) de la schizophrénie. Enfin, il semble que les symptômes, spécifiques ou non, de la schizophrénie, soient plus graves chez les hommes ( l'âge du début pouvant être considéré comme une marque idiosyncrasique de la schizophrénie).

Il est sûr que le facteur protecteur principal dans l'évolution de la schizophrénie est d'être une femme (Vila-Rodriguez et al.2011).

## **2 – Facteurs génétiques et environnementaux associés au sexe.**

Les facteurs génétiques et environnementaux semblent avoir une influence différente selon le sexe du schizophrène ; le sexe joue un rôle modulateur entre les deux.

Le risque de subir la maladie au sein de la famille d'un malade schizophrène est différent selon l'âge de début et le sexe du malade. Ainsi, si la maladie débute avant 17 ans et si le patient est un homme, il y a plus de possibilités d'avoir d'autres malades dans la famille, que si le début est plus tardif (Pulver AE et al.1990). Parmi les femmes malades il n'y a pas un rapport entre risque familial et âge de début.

Le risque de maladie schizophrénique ou affective unipolaire est majeur dans les familles comportant une femme schizophrène, mais seuls les hommes de la famille sont alors exposés à un risque plus élevé de schizophrénie (Goldestein et al. 1993).

L'âge de début semble être en rapport avec des facteurs génétiques et des facteurs de l'environnement, comme les problèmes périnataux.

Les hommes schizophrènes montrent une prédisposition génétique majeure, p. ex. au MTHFR (méthylentetrahydrofolate reductase) (Sazci, Ali, Ergul E et al.2005) ou pour la COMT (catechol-O-methyl-transferase) (Hoenicka J. et al. 2010).

Les facteurs de l'environnement, comme la saison de l'année ou le stress psychosocial, ont une influence dans la schizophrénie, et ces facteurs, comme les problèmes périnataux, affectent plus le risque chez les garçons. La classe sociale est le meilleur facteur environnemental de protection vis-à-vis du déficit chez les hommes schizophrènes (Gallagher BJ. et al.2008).

Arriver à se marier semble constituer un facteur (ou peut-être un indice) de protection de l'environnement pour la maladie schizophrénique, mais ce facteur est influencé par le sexe. Les hommes et les femmes schizophrènes mariés présentent le même âge de début (Gureje O. ; 1992). Les hommes célibataires présentent 50 fois plus de risque pour la schizophrénie, tandis que le risque n'est augmenté que 14 fois chez les femmes. Les femmes mariées présentent 2,5 fois plus de risque que les hommes mariés (Tien AY, et al.1992).

## **3 – Influence du sexe des schizophrènes quant à leur biologie neuroendocrinienne.**

Le sexe s'associe à des différences cérébrales et endocriniennes, susceptibles d'expliquer les différences cliniques liées au sexe dans la maladie schizophrénique. Il faudrait aussi examiner le rôle du genre comme facteur social capable d'influencer l'évolution de la schizophrénie, mais la littérature scientifique n'a pour l'heure approfondie que les différences cérébrales, tant structurales que fonctionnelles, découlant du rôle des hormones dans le neurodéveloppement.

Les malades schizophrènes montrent diverses altérations structurales du cerveau, différant selon le sexe du malade, mesurées par la technique des potentiels évoqués (Josiassen, Richard C. et al. 1990), ou par les anomalies de l'union aux récepteurs D2 et D3 du striatum chez les hommes mais pas chez les femmes (Glenthøj, B.Y. Mackeprang, T. et al. 2006).

Les effets de la dose, le type de neuroleptique, la pharmacocinétique ou les effets secondaires (neurologiques, agranulocytose..) diffèrent selon le sexe.

Les différences hormonales, concrètement les stéroïdes, vont influencer la structure, la plasticité et la neurotransmission du cerveau. Ces différences dépendent du sexe.

Beaucoup de travaux (Seeman MU, et al.1990) considèrent l'effet protecteur des estrogènes chez la femme dans la schizophrénie, parce qu'ils favorisent un meilleur développement cognitif, notamment pour la myélinisation, les connexions cérébrales et la latéralisation du cerveau. Tout cela exerce un effet protecteur vis-à-vis des traumatismes périnataux, auxquels les hommes restent plus exposés. Les estrogènes favorisent l'union des neuroleptiques aux récepteurs. La masse grasseuse de la femme (en tant que lieu de dépôt) fait que la femme a besoin de doses moindres de neuroleptiques, du moins

jusqu'au climatère (cette différence disparaît si, dès le début, la femme reçoit de fortes doses qui vont inhiber l'axe hypothalamus–hypophyso-gonadique). Les récepteurs dopaminergiques subissent une détérioration majeure chez les hommes. Les hommes, avec l'effet de retard de la testostérone, restent plus exposés au trauma saisonnier de l'hiver. Par contre la femme schizophrène est plus vulnérable au diabète mellitus (Zhou Ming et al.2011).

D'aucuns en arrivent à proposer (Lewine RRJ, et al.1990) qu'on doit établir deux types de schizophrénie, selon le sexe, fondées sur le dimorphisme cérébral et les différences psychologiques correspondantes, pensant que les différences trouvées chez les hommes sont un extrême du dimorphisme normal. Les différentes évolutions (clinique et adaptative) de la schizophrénie, peuvent se représenter par deux types paradigmatiques, le schizophrène précoce du jeune homme décrit par Kraepelin et la schizophrénie qui débute plus tard chez la femme (l'évolution du premier cas est, d'habitude, la plus grave) (Castle & Murray 1991). Les différences entre hommes et femmes schizophrènes partiraient d'un point commun, ou traumatisme initial, qui est modelé postérieurement par des facteurs hormonaux et psychosociaux (Jefrey R, et al. 1991).

La schizophrénie serait un problème neurodéveloppemental combinant des facteurs traumatiques, cérébraux et génétiques, dont le sexe est un médiateur (De Cataldo S,et al.1.992), avec d'autres facteurs de l'environnement. Ainsi, chez l'homme schizophrène il y aurait une addition entre génétique et trouble neurologique, tandis que chez la femme le facteur génétique serait plus important (Nasrallah & Wilcox 1.989). Il semble que les hommes montrent plus d'anomalies du neurodéveloppement, comme l'agnosie olfactive chez 50 % des hommes (Kopale L, et al. 1990), et plus d'altérations cérébrales que la femme. Malgré la controverse, des auteurs insistent sur les différences entre le cerveau de la femme et celui de l'homme schizophrène, en particulier sur le volume des ventricules (Nasrallah HA, et al. 1990. Flaum M, et al.1990)

## Matériel et méthode

Après exclusion de 7 patients, incapables de suivre la consigne du test (p. ex, ils choisissent les photos selon la position symétrique dans l'espace, ou sans les regarder, ou ils parlent projectivement sur les photos...), un échantillon de 63 patients schizophrènes est constitué. Bien qu'ils aient passé en moyenne 30 ans à l'hôpital psychiatrique, la pathologie continue de s'exprimer, mais leur évolution, concernant ses capacités adaptatives au milieu, est très diverse, et représentative des schizophrènes chroniques résidants en milieu de psychothérapie institutionnelle.

Sur cet échantillon nous étudions l'influence du sexe sur le type de début, l'âge du début (âge absolue et regroupé), les sous-types de schizophrénie. Les 63 malades ont passé le test de Szondi (1970) pendant 15 jours et j'examine uniquement le profil de l'avant plan.

Les sous-types diagnostiques les plus fréquents au moment de la passation du test sont de type paranoïde et résiduel ; ils doivent s'entendre plutôt comme un reflet de l'intensité des symptômes, représentant, respectivement, un état plus actif ou plus atténué. Cette forme résiduelle atténuée nous paraît pouvoir être rapprochée de la schizophrénie simple.

Pour étudier les *différences szondiennes* par le sexe, nous essayons d'homogénéiser, au maximum, l'échantillon, de façon qu'on puisse distinguer deux groupes de sexe différent, mais par contre semblables quant au nombre de cas, à l'âge actuel, au temps d'évolution, sachant que le lieu de

vie pendant les dernières années a été l'hôpital psychiatrique. Ainsi, nous avons 40 malades de 55-70 ans, 18 hommes et 22 femmes. La table 1 montre la distribution des sous-types diagnostiques et ne révèle pas de différences significatives entre les sexes, bien que les pourcentages des sous-types ne soient pas égaux ; il y a en effet plus de paranoïdes chez les hommes et de profils désorganisés parmi les femmes.

Mon hypothèse dans cette recherche est que l'organisation pulsionnelle des schizophrènes, mesurée par le test de Szondi, dépend du sexe.

En même temps, comme cette organisation pulsionnelle doit être dépendante des sous-types cliniques, de la durée de l'évolution, de l'âge et de la forme de début, du lieu de vie... j'essai de distribuer, dans mon échantillon, les variables de façon homogène, par âge et durée d'évolution, considérant le lieu de vie comme un facteur homogène pour tous, et ne laissant intervenir ni l'âge, ni forme de début, parce que nous connaissons leur corrélation avec le sexe, de même que le sous-type clinique (au sein de notre échantillon, les différences szondiennes entre les sous-types cliniques sont très petites. L'influence des années d'évolution dans l'organisation pulsionnelle de la schizophrénie sera le but d'une autre recherche, où on montrera que le temps évolutif a beaucoup plus d'influence sur l'organisation pulsionnelle, que les sous-types cliniques).

### **Méthodes statistiques**

Pour analyser l'échantillon de malades, nous appliquons les techniques statistiques suivantes:

Descriptions des pourcentages sur des variables quantitatives, comme l'âge actuel, les années d'évolution, l'âge de début, et sur des variables qualitatives telles que le type de début, le sous-type clinique (de DSM III-R ou d'Andreasen).

Pour des comparaisons bi-variées, nous utilisons pour les variables quantitatives le T-test de Student et pour des variables qualitatives le test du chi-carré.

Nous utilisons la corrélation de Pearson pour démontrer que dans notre échantillon, l'âge actuel des malades et le temps d'évolution de leur maladie, représentent presque une même dimension.

Pour des comparaisons entre divers sous-groupes de malades, lorsque nous utilisons les variables du test de Szondi, et spécifiquement des images vectorielles, nous utilisons la technique non-paramétrique U de Mann Whitney, vu la taille réduite des sous-groupes comparés et la distribution non normale des variables.



## Résultats

### 1 – Résultats descriptifs.

**Table 1 Descriptions et comparaisons.**

Groupe général de PSC* pour l'étude descriptif		Nombre = 63	Hommes = 37	Femmes = 26
Âge actuel		40-85 ans X = 58 ans d.t.= 9,8	X = 54 ans d.t.= 8,17	X = 65 ans d.t.= 8.69 Sig <sup>1</sup> . (bilatéral) p = 0,00
Âge du début		14 – 54 ans X = 24 ans	X = 22,41 ans d.t.= 6,11	X = 26,65 d.t. = 9,04 Sig <sup>1</sup> . (bilatéral) p = 0,03
Groupes par âge de début	14-22 ans	31	23	8
	23-33 ans	25	11	14
	> 34 ans	7	3	4
	Total	63	37	26 Sig <sup>2</sup> . (bilatéral) p = 0,03
Type de début	aigu	24	8	16
	Insidieux	39	29	10 Sig <sup>2</sup> . (bilatéral) p = 0,02
Années d'évolution		21- 48 X = 36 ans	X = 32 ans d.t. = 8,29	X = 38 ans d.t. = 6,46 Sig <sup>1</sup> .(bilatéral) p = 0,002
Années d'internement		8 - 43 X = 34 ans		
Sous-type selon le DSM III- R	Catatonie 1,6 %		0	1
	Désorganisé 11,1 %		1	6
	Paranoïde 44,4 %		21	7
	Indifférencié 11,1 %		5	2
	Résiduel 31,7 %		10	10 Sig <sup>1</sup> .(bilatéral) p = 0,024

\*PSC Psychose schizophrénique chronique de longue durée.

Sig<sup>1</sup>. T-test de Student – Sig<sup>2</sup>. Épreuve chi-carré

Il faut noter que l'âge actuel et le temps d'évolution de la maladie, dans l'échantillon général (n = 63), sont significativement différents selon le sexe, de même que la distribution des sous-types diagnostiques. L'âge actuel et le temps d'évolution de la maladie sont supérieurs chez les femmes, respectivement de 12 et 6 années. Pour obtenir un échantillon plus homogène, il faudra donc égaliser les deux groupes, d'hommes et de femmes, en termes d'effectif, d'âge actuel, de temps d'évolution et d'internement, et, dans la mesure de possible, choisir une distribution plus similaire, telle qu'on la voit à la Table 2.

Table 2

<b>Sous-groupe homogène de PSC, pour l'étude Szondienne</b>	Nombre = 40
Age actuel	Tous 55-70 ans X = 61,5 ans d.t.= 3.6 Hommes = 22 X = 60 ans. d.t. = 3.8 Femmes = 18 X = 63 ans. d.t. = 2.6
Sous-type selon le DSM III-R	Catatonie 2,5 %
	Désorganisé 12,5 %
	Paranoïde 35 %
	Indifférencié 10 %
ANDREASEN	Résiduel 40 %
	Positif 9 %
	Négatif 39 %
	Mixte 52 %

Dans les tables 3 et 4 suivantes, nous voyons les différences par âge (actuel et de début) et par type de début, entre les hommes et les femmes schizophrènes au sein de chaque sous-type diagnostique principal. L'âge de début ne diffère pas selon le type de début, aigu ou insidieux (Le nombre de cas est très petit pour que les résultats deviennent concluants).

Table 3

<b>Le sous-type paranoïde (n=28)</b>		Hommes = 21	Femmes = 7
Âge actuel		X = 52 ans d.t. = 6,8	X = 62 ans d.t. = 11 Sig <sup>1</sup> . (bilatéral) p = 0,011
Âge du début		X = 21,8 ans d.t. = 5,7	X = 23,7 d.t. = 4,4 Sig <sup>1</sup> . (bilatéral) p = 0,44
Type de début	aigu	5	5
	insidieux	16	2 Sig <sup>2</sup> . (bilatéral) p = 0,06

Table 4

<b>Le sous-type résiduel</b>		Hommes = 10	Femmes = 10
Âge actuel		X = 60 ans d.t. = 7	X = 69 ans d.t. = 7 Sig <sup>1</sup> . (bilatéral) p = 0,013
Âge du début		X = 23,7 ans d.t. = 6,3	X = 32,5 d.t. = 11,6 Sig <sup>1</sup> . (bilatéral) p = 0,05
Type de début-	aigu	1	5
	insidieux	9	5 Sig <sup>2</sup> . (bilatéral) p = 0,14

Corrélation.

Âge actuel x Temps d'évolution des schizophrènes	N	Corrélation de Pearson
Hommes	37	,725(**) ,000
Femmes	23	,708(**) ,000

\*\* La corrélation est significative à niveau (<0,01 (bilatéral)).

J'ai éliminé 3 cas masculins, parce que l'âge de début était autour de 40 ans (condition pour obtenir une corrélation significative).

## 2 – Résultats szondiens.

**Comparaison dans le sous-échantillon homogène (n = 40), entre hommes et femmes, avec le même âge, temps d'évolution et lieu de vie.**

	S	P	Sch	C
HOMMES (N = 22)	(- ±)**	(± -)**		
FEMMES (N = 18)	(+ ±)** (+ +)** (± 0)** (0 0)* (0 +)*	(0 ±)** (+ ±)*	(+ -)** (- -)*	(!!)** (+ ±)* (- -)*

U de Mann Whitney

\*p<0,045 (unilatéral) et le reste \*\*p<0,05 (bilatéral)

**Comparaison dans l'échantillon général (n = 63), entre hommes et femmes, schizophrènes chroniques.**

	S	P	Sch	C
HOMMES (N = 37)	(- ±)**	(± -)** (+ -)**	(+ +)* (- +)*	(0 +)*
FEMMES (N = 26)	(0 0)** (+ ±)** (+ +)**	(0 ±)** (+ ±)**	(+ -)** (- -)** (0 0)*	(+ ±)** (!!)**

U de Mann Whitney

\*p<0,045 (unilatéral) et le reste \*\*p<0,05 (bilatéral)

**Comparaison entre sexes des facteurs du moi. (T-test)**

	SEXE	N	Moyenne	Déviatiion typique	Signification bilatérale
Facteur k+	Hommes	37	2,3784	2,45347	n.s
	Femmes	26	2,3077	1,66779	
Facteur k-	Hommes	37	3,5946	2,68183	n.s.
	Femmes	26	3,7308	2,45858	
Facteur p+	Hommes	37	2,8649	2,47389	p = 0.001
	Femmes	26	1,0385	1,53573	
Facteur p-	Hommes	37	3,3514	3,14657	P = 0.001
	Femmes	26	5,5385	3,19037	

**Comparaison au sein du sous-type résiduel.**

	S	P	Sch	C
HOMMES (N = 10)	(+ 0)** (+ +)**	(- +)** (!)**	(+ +)* (- +)*	
FEMMES (N = 10)	(± 0)**	(0 ±)** (0 +)**	(+ -)** (- -)** (0 0)**	

U de Mann Whitney

\*p&lt;0,045 (unilatéral) et le reste \*\*p&lt;0,05 (bilatéral)

**Comparaison au sein du sous-type paranoïde.**

	S	P	Sch	C
HOMMES (N = 7)		(± -)**	(0 +)**	
FEMMES (N = 21)	(+ +)**	(0 ±)** (0 -)** (- +)**	(± -)**	(+ ±)** (- -)**

U de Mann Whitney

\*p&lt;0,045 (unilatéral) et le reste \*\*p&lt;0,05 (bilatéral)

**Comparaison dans le sous-échantillon homogène (n = 40), entre hommes et femmes, avec le même âge, temps d'évolution et lieu de vie.**

	S	P	Sch	C
HOMMES (N = 22)	(- ±)**	(± -)** P		
FEMMES (N = 18)	(+ ±)** (+ +)** P (± 0)** R (0 0)* (0 +)*	(0 ±)** R,P (+ ±)*	(+ -)** R (- -)* R	(!!)** (+ ±)* P (- -)* P

U de Mann Whitney

\*p&lt;0,045 (unilatéral) et le reste \*\*p&lt;0,05 (bilatéral)

P, R : Image vectorielle apportée par le sous-type: R (Résiduel), P (Paranoïde)

## Discussion

### 1 – Interprétation des résultats descriptifs.

Dans ce groupe de 63 cas de psychotiques schizophrènes chroniques de longue évolution et longuement internés, des deux sexes, nous trouvons que ce groupe est représentatif de la maladie schizophrénique de longue durée. Ainsi, les données suivantes sont cohérentes avec celles de la littérature : l'âge de début montre une différence de 4 ans, étant plus précoce chez les hommes ; chez les hommes prédomine également le début insidieux.

Nous pouvons aussi distribuer les 63 cas en 3 groupes selon l'âge de début:  $m_1 = 18,5$  ans (dt. 1, 9),  $m_2 = 26,5$  ans (d.t. 2,59) et  $m_3 = 41$  ans (d.t. 6,9), avec des valeurs médianes de 18, 25 et 40 ans, ce qui rejoint d'autres résultats dans la littérature (20, 30 et 45 ans).

Dans notre échantillon, malgré la difficulté rencontrée pour fixer l'âge de début des cas insidieux, nous ne trouvons pas une différence significative de l'âge de début selon que le mode d'entrée soit insidieux ou aigu.

En rapport à l'âge actuel et la durée de l'évolution de la maladie, dans l'échantillon général ( $n = 63$ ), la femme est plus âgée ; simultanément (parce qu'il y a une corrélation significative de  $r = 0,72$ ), la femme a un temps d'évolution supérieur (autour de 6 ans).

Les sous-types diagnostiques de schizophrénie qui prévalent sont le paranoïde et le résiduel, le premier chez les hommes et le second chez les femmes.

Quand nous étudions, au sein de chaque sous-type clinique, les différences entre hommes et femmes, nous trouvons les mêmes différences que dans l'ensemble des cas, à l'exception de l'âge de début chez les paranoïdes, où il n'y a aucune différence (21-23 ans pour le deux sexes); Il faut toutefois dire qu'il n'y a que 7 femmes parmi les paranoïdes. Dans le sous-type clinique résiduel (où les femmes sont plus représentées) se confirme un âge de début significativement supérieur. Sur les 63 cas, l'âge de début est de 6 ans ( $p = 0,029$ ) inférieur chez les paranoïdes par rapport aux résiduels.

Cela nous fait penser que le sous-type paranoïde, diagnostiqué chez un malade de longue évolution, signifie une mauvaise évolution due à ce que dans ce diagnostique le clinicien veut circonscrire une forte instabilité, parce que quand lui-même fait l'évaluation, à partir des critères d'Andreasen (catégorisant des malades comme positif, mixte ou négatif.), on ne trouve pas de différences entre paranoïdes et résiduels. Dans ce contexte clinique de longue évolution, je crois que le terme paranoïde est employé pour exprimer la fragilité et la fragmentation montrée par des décharges comportementales tissées d'affects et d'idées persécutrices, plutôt que d'une construction délirante, plus ou moins structurée ou encapsulée, maniable par le malade dans ses rapports avec la réalité; il semble que le paranoïde, envers le résiduel, et indiciaire d'une moindre adaptation à la réalité. Si cette appréciation est vraie, nous comprenons l'association, chez les femmes paranoïdes (sous-type peu fréquent parmi les femmes de cet échantillon) d'un âge de début plus précoce. En même temps, le sous-type résiduel de longue évolution, dans ce contexte, semble définir une clinique plus atténué, mais non plus négative. Cela nous fait penser que, le contenu psychopathologique des sous-types cliniques, semble devenir différent selon le temps évolutif; la clinique paranoïde n'est pas la même à 2 ans de début qu'après 30 ans. En fait, dans cet échantillon de longue évolution, il n'y a que 3 cas classifiés Andreasen positif, malgré que les paranoïdes soient au nombre de 28.

Pour examiner, dans le chapitre suivant, les différences szondiennes selon le sexe, nous homogénéisons l'échantillon ( $n = 40$ ) pour neutraliser l'influence due au nombre de cas par sexe, à l'âge, au temps d'évolution, et au pourcentage de cas avec des symptômes négatifs/positifs selon Andreasen.

## 2 – Interprétation des résultats szondiens.

### Le Moi schizophrénique à partir de la différence de sexes.

Dans le vecteur du Moi, il y a une différence entre hommes et femmes, psychotiques schizophrènes chroniques (PSC) : chez la femme la prévalence de l'intro-projection, et chez l'homme, de la mégalomanie, plus ou moins réfrénée. La femme PSC est plus participative, simple, résiduelle et l'homme plus autiste, producteur, dissocié, délirant-hallucinatoire, avec des ruptures du cours de la pensée.

Deux tendances sont présentes dans les deux sexes, et, de fait, les profils principaux des PSC dans l'ensemble sont les Sch (+ -) et (- -), mais la fréquence varie selon le sexe. Ces deux styles représentent donc des organisations défensives opposées contre la dissociation. La femme PSC semble surmonter la dissociation avec la suture des positions 1-2 du circuit pulsionnel et l'homme le fait sur les 3-4.

Est-ce que la récupération de la dissociation est différente selon le sexe? À partir du test de Szondi nous pouvons penser qu'il y a deux sortes de discordance schizophrénique, ayant en commun la rupture des ponts entre les deux facteurs du moi, empêchant la communication entre k et p, entre l'avoir et l'être, aboutissant à dissocier les 4 tendances. Dans son processus évolutif, le malade essaye de reconstruire un pont entre les deux facteurs, certainement à partir de défenses paranoïdes, ou bien la mégalomanie p (+), ou bien la persécution (p-).

Au début de la maladie s'observent deux styles de réactions dans le moi, indépendants du sexe, l'un (k+ p+) et l'autre (k- p-), qui essaient de lutter contre la dissociation, et que nous pouvons interpréter comme correspondant aux mécanismes cliniques de la période aiguë ou subaiguë, d'ordre catatonique-persécutif, ou mégalomane-mélancolique (rappelons H.S. Sullivan, 1974 et le désespoir dépressif du schizophrène). Cette réorganisation pulsionnelle, portant à mon avis sur les 5-10 premières années, va se lier au sexe, très peu au début, et de façon remarquable ensuite.

Après 20-30 ans d'évolution, l'homme semble cicatriser la dissociation à partir de p+, pour reconstruire (k+ p+, et k- p+), tandis que la femme part de k- pour se réorganiser en fixant (k-p-) et en ajoutant (k+ p-). Si l'homme parvient à une organisation narcissique k+ p+, la femme tend à l'adaptation projective. Ces deux configurations du moi sont des clivages horizontaux qui vont se combiner avec les clivages diagonaux, opposés selon le sexe, de préférence k+ p- (femmes) et k- p+ (hommes). Ces résultats empiriques suscitent des questions. Les clivages diagonaux permettent-ils de mieux surmonter la dissociation ? Quelles sont les différences restauratrices ou fonctionnelles et sémantiques, des réorganisations szondiennes contradictoires et complémentaires des vecteurs?

On peut penser que la dissociation schizophrénique, avec un fonctionnement autonome de chaque tendance pulsionnelle du moi, montre une tendance à l'autoguérison, via deux cheminements, que nous avons supposés à partir des résultats, partant du facteur p et de la position 1 p- ou 4 p+. Au cours de l'évolution morbide, ces mécanismes ont tendance à se spécialiser selon le sexe, ajoutant des ponts contradictoires (clivages diagonaux), qui, par leur fréquence vont différencier les hommes des femmes. La clinique hébéphrénique – discordance idéo-affective, affects inappropriés – en tant que paradigme de la dissociation schizophrénique, est stabilisée par les clivages diagonaux et par les horizontaux, parce qu'ils font pont sur le cœur de la dissociation, que nous situons avec Lekeuche (2002) entre les deux facteurs k et p. La réaction « maniaque » chez la femme s'oppose à la réaction « narcissique » de l'homme. La première montre l'omnipotence, le franchissement des limites du moi, l'accélération pour rattraper les fragments dissociés ; le second, narcissique, fait corps avec sa mégalomanie, rigidifiant sa pensée dans le sens délirant.

Nous pouvons penser qu'à partir de la dissociation du moi, se produit une stabilisation qui progresse des formes bi-trivalentes des clivages verticaux, de la dissociation des contraires, vers les clivages horizontaux et diagonaux, correspondants à des positions plus stabilisatrices, opposées selon le sexe. Si les hommes se réorganisent plutôt selon les positions terminales du circuit de J. Schotte

(1975, 1981), soit les positions 4-3, 4-2 (++) (-+), les femmes le font plutôt selon les positions initiales, soit les positions 1-2, 1-3 (- -) (+ -).

La stabilisation de l'homme passe par la clinique catatonique-mégalo-maniaque-déli-rante-hallucinatoire, mais aussi narcissique. L'homme évolue de la dissolution vers le négativisme corporel catatonique et mégalo-maniaque (- +).

Chez les femmes, on relève la schizo-affectivité, la mélancolie projective, l'angoisse persécutrice, ou bien les réactions maniformes. La femme fait un travail d'unification du self de la dissociation corporelle ( $\pm +$ ) vers la schizo-affectivité, le couple persécution-mélancolie, ou le délire mélancolique (comme p.ex. le syndrome de Cotard, plus fréquent chez les femmes) (+ 0) (+ -).

Nous pouvons dès lors penser que la femme montre dès le début une tendance à se réorganiser à partir de p- et l'homme à partir de p+, de telle sorte qu'au fil des années, l'homme augmente (- +) et (+ +), et la femme augmente (+ -) et (- -). Je suis en train d'étudier empiriquement un autre échantillon de schizophrènes de courte évolution pour tester les modifications du moi, chez les hommes et les femmes schizophrènes de façon indépendante, au fil des années.

L'étude empirique des différences dans le moi des schizophrènes, nous suggère qu'il y a deux styles de réorganisation schizophrénique, qui peuvent survenir quel que soit le sexe, mais qui présentent toutefois une distribution préférentielle selon le sexe.

Le vecteur du moi (- +) (+ +) nous suggère que l'homme schizophrène tente de se reconstruire en s'identifiant comme Maître ou Dieu, par une croyance identitaire délirante. Cette prise de position particulière de la conscience, d'inflation narcissique secondaire, peut être complétée par la position (+ +) renvoyant au narcissisme primaire, soit l'ambition de tout être et tout avoir, qui correspond à l'identification au père primitif omnipotent, tyran, auto suffisant, sans manque phallique. Mais, en même temps, le p+ se présente combiné avec la position k- : la mégalo-manie, en tant qu'identification inflative, peut être réfrénée ou désimagée partiellement, améliorant ainsi le contact avec la réalité. Si la position k- augmente, le rapport avec la réalité pratique s'appauvrit : l'énergie vitale, les capacités d'investissement, de penser, de travail, vont diminuant, le ralentissement psychomoteur ou la rétraction catatoniforme vont augmentant. La discordance s'accroît dans la production délirante, plus ou moins extravagante, dans les comportements, l'image du corps, l'expression non verbale.

La femme schizophrène tend à présenter un autre style évolutif de la schizophrénie. Elle commence à partir de la position 1 du circuit du moi, semblant retourner à la fusion avec l'objet originaire, et projetant tous ses objets internes pour être accueillis dans l'Autre. Cette position pure conduit à un état d'insécurité persécutrice, mais le sujet n'est pas seul, il est un contact, lui-même comme tel a disparu, mais il participe des autres. Cette position est le pôle opposé au moi autiste p+ qui méconnaît l'autre. L'Autre ou la réalité externe sont assimilés au propre moi. Si dans la mégalo-manie le moi est le tout, dans la projection le moi disparaît dans l'autre, mélangeant ses objets internes au monde externe. Cette position dissout le moi, mais soutient le contact avec l'objet originaire, ce qui permet d'avancer vers l'objet primaire et de réorganiser le narcissisme primaire, chargeant le corps et les relations d'objet de libido, ce qui rééquilibre la présence destructrice et dissociative de Thanatos. Si la position p- est dominante, alors le monde schizophrénique tend vers un état d'angoisse, de persécution et de confusion, parfois avec dépression, qui peut s'accroître si la position k+ s'y ajoute, comme position d'introjection, d'absorption totale des objets externes dans le moi : tout avoir conduit alors au risque mélancolique de tout perdre. Dans cette dynamique peut sûrement se trouver le syndrome de Cotard, entre la mélancolie anxieuse et le délire de négation des organes ou de l'existence, la perte phallique n'est pas symbolisée, ou bien le moi est perdu en sa totalité (mélancolie), ou bien le moi corporel est perdu (les organes ou le support de leur continuité, la vie).

La position 2 k+ peut aussi exprimer la production hallucinatoire, notamment sous la forme de la réaction Sch (+ 0), plus fréquente chez les hommes au début de la maladie. Elle permet en tous cas, couplée à p-, de renforcer le narcissisme primaire et d'investir la réalité pratique ce que, comme nous le savons, fait davantage la femme schizophrène comparativement à l'homme, parce qu'elle a plus de capacités interpersonnelles et occupationnelles. Avec l'introjection de la projection elle peut essayer de reconstruire son espace transitionnel. D'autre part, la femme peut aussi réfréner sa participation ou projection délirante par la négation, la désimagination (k-), mais si l'équilibre n'est pas réussi, alors peut survenir la réaction maniaque, état d'activité corporelle ou verbale désimagée et en général discordante. Les combinaisons avec k+ ou k- donnent à la schizophrénie une dimension schizo-affective, plus fréquente chez les femmes, parce que, comme nous l'avons examiné, le facteur le plus fréquent dans le moi de la femme est le p-, correspondant à la position première contactuelle, tandis que c'est la position quatrième p+ qui prévaut chez l'homme, correspondant à la conscience de soi. Chez la femme peut également dominer la négation, dans le processus de réorganisation de la dissociation schizophrénique, le corps et les mots expriment alors la pauvreté, la perte de l'élan vital, l'appauvrissement expressif d'ordre psychomoteur ou verbal. S'il y a une dominance hypertensive en k -! apparaîtra la réaction déficitaire et, combinée en ambivalence k ± !, la catatonie, qui, comme nous le savons, est aussi en rapport avec l'humeur dépressive, ou la dépression psychotique. La catatonie est pour H. S. Sullivan (1974) le point de départ commun des schizophrénies.

### **Le profil différentiel dans les autres vecteurs : C, S, P.**

Les tendances différentielles explorées dans le moi, selon le sexe dans cette population de schizophrènes chroniques de longue évolution, s'accompagnent de différences dans les autres vecteurs.

L'homme tend à se rapprocher du profil de la schizophrénie simple :

S (- +)	P (- +)	Sch (- +)	C (- +)
en arrivant jusqu'à :			
S (- ±)	P (± -)	Sch (- +)	C (0 +)

La femme s'avère plus proche de la mélancolie:

Si nous parlons de la position à tendance mélancolique dans le moi, nous la confirmons dans C (+ ±)! et S (+ +) P (+ ±). Si nous examinons le profil proposé par J. Mélon (1975, 1983) sur la mélancolie, nous trouvons que dans les profils différentiels de la femme schizophrène, il y a une ressemblance. Elle montre une hypertension dans le contact, montrant la recherche d'un nouvel objet et l'ambivalence simultanée vis-à-vis de l'objet primaire. Le sujet veut à la fois s'y accrocher et l'abandonner, cette dissociation du contact envers l'objet primaire signale la lutte dans le moi entre la participation p- (se fondre dans l'autre) et l'affirmation de soi k+ (se séparer pour être soi-même). Chez la femme, son effort tend à se concrétiser, à « tisser concrètement », par le nouage conflictuel ambivalent de l'agressivité et du besoin d'amour, par lequel elle essaie de réintriquer la pulsion libidinale avec la thanatique S(+ +), ce qui s'accompagne de troubles des affects, rendus confus et traversés de vécus persécutifs. La femme choisit le dilemme expressif du se montrer / se cacher, le dilemme moral

La différence avec l'homme est qu'il semble récupérer le contact avec l'objet primaire C (0 +), mais nous trouvons que ceci s'accomplit de façon mégalomaniacale dans le moi, confondant l'Autre et le moi propre. S'il satisfait le besoin de contact, améliore la dépression liée à la solitude, le désespoir (Sullivan, H.S. 1974), il établit des relations avec ses objets internes en dehors de la réalité. De là, il



faut sans doute entendre l'expression szondiennne des rapports objectaux S (-±) comme révélateur d'un conflit agressif dirigé sur des objets désincarnés, abstraits, « sublimés », philosophiques, humanitaires. Les affects sont sensitifs, paranoïdes et en même temps chargés du dilemme éthique sur la différence entre le bien et le mal.

## La reconstruction du Moi dans la schizophrénie

La comparaison entre hommes et femmes schizophrènes chroniques, dans l'ensemble et, séparément selon les sous-types résiduels et paranoïdes, nous montrent deux styles de reconstruction du moi éclaté.

1- **L'homme schizophrène** part de la position 4, de la tendance à l'obtention de soi-même, à la prise de conscience de l'image de soi. Par cette position inflative diastolique, le Moi tente de rassembler ses identifications imaginaires, tente de les mettre en cohérence : c'est le sens de l'activité délirante relative à l'identité, à l'origine, et des constructions mythiques auxquelles elle peut donner lieu (archétypes de Jung ou myèmes de Sarró). Cette position 4 est nuancée par le retour vers les positions 3 et 2 du circuit pulsionnel. Avec la position 3, l'inflation est niée, dénotant une tentative de se limiter ou de se contrôler par l'accrochage à la réalité pratique. Ainsi, l'identité inflative irréaliste réussit à reprendre pied sur terre, à s'adapter, à s'assujettir. Cela implique une double négation, portant aussi bien sur une partie délirante du moi que sur une partie de la réalité. L'individu peut soutenir son identité délirante pour autant qu'il évite la confrontation avec la réalité, rejetant le contact avec les autres, se protégeant par le négativisme ou l'autisme. Si la négation porte surtout sur les relations d'objet, alors le cadre identitaire peut devenir moins étrange, moins délirant, mais la dysfonction se manifesterait dans l'expression identitaire, par la pauvreté de l'expression verbale (proche de la schizophasie) et non-verbale (amimie, inexpressivité d'affects dans sa figure ou regard). Le moi de l'homme peut ensuite adopter la position 2. Ce passage 3-2 peut aboutir à des réactions catatoniques où le sujet est écartelé entre un mouvement inflatif culminant dans la dissolution identitaire et une crispation introjective visant le contrôle et l'apaisement de l'expérience hallucinatoire du corps, territoire maintenant envahie. Chez l'homme, la solution Sch (+ +) substitue l'expérience hallucinatoire comme relation d'objet au travail délirant de l'être. Il peut aussi chercher un terrain d'équilibre pour soutenir son narcissisme, affirmant dans ses rapports avec la réalité une partie de son identité délirante.

2- **La femme schizophrène** suit un parcours différent de celui de l'homme. Si l'homme est centré sur les idéaux du moi, sur la conscience de soi, sur être soi-même pour soi-même, la femme débute son parcours identitaire à partir d'une position plus archaïque, depuis le pré-moi (p-) comme pré-conscience de soi, lieu où le soi-même et les autres appartiennent encore à la même catégorie des identités partielles, de l'autoérotisme comme expérience qui va lui permettre d'arriver à l'interaction partielle avec les autres en tant qu'objets partiels, (k+) pour construire un espace potentiel, discordant certes mais fondant une expérience tant relationnelle qu'identitaire.

Si l'homme tente la reconstruction de son moi à partir d'une conscience de soi perdue, la femme le fait à partir de la perte de l'Autre. Si l'être de l'homme a la nostalgie de sa conscience [inflative ou mégalomaniaque], de son unité et de son idéal, de son Dieu monothéiste, l'être de la femme a la nostalgie de sa pluralité introjective, de sa participation de/à l'être de l'Autre, de son Dieu panthéiste.

La femme, gagnant la position 2, montre que son identité se définit moins comme conscience d'elle-même que comme expérience des relations d'objet, elle s'affirme dans ses rapports quoiqu'ils

soient déformés par l'indifférenciation entre le soi et les autres ; la femme va introjecter et assumer en propre le monde environnant, en même temps qu'elle s'y projette ; son identité bascule sur les objets avec un degré élevé de confusion entre le soi et l'autre, entre l'identité et l'objet. L'affectivité oscille entre l'angoisse, la dépression et la persécution. Le vécu corporel, en tant qu'espace pré-transitionnel, est catatoniforme, dans le passage de 2 à 3, lorsque la femme va nier une partie de l'expérience interactionnelle par trop intense ; en même temps elle peut se reconnaître comme « être avec », en diminuant les vécus hallucinatoires. C'est alors une autre façon de se stabiliser Sch (- -), en projetant et en niant, et vice-versa. Nier une partie du monde et de soi-même peut comporter un état d'anergie, de perte d'intérêt, d'anhédonie, de froideur dans le contact, d'asexualité (c'est-à-dire des signes négatifs ou déficitaires). Mais cet équilibre (- -) peut aussi s'exprimer comme la projection de la négation, qui peut comporter un état de gonflement différent de l'inflation, c'est la diastole du moi à travers la manie, un état d'expansion métonymique, où le moi-réalité abandonne ses limites, le soi et le monde retournent à son stade originaire (p-), niant tout obstacle. La femme schizophrène est plus disposée aux sautes d'humeur, parce que, chez elle, le facteur racine est en p-, position contactuelle, tandis qu'il est en p+, position plus moïque, chez l'homme. En ce sens, l'homme est plus schizophrène que la femme.

L'homme présente un fonctionnement plus métaphorique : pour lui du devenir est de se substituer à soi-même. Par contre, la femme présente un fonctionnement plus métonymique, en tant qu'une partie de soi ou de l'autre peuvent se substituer au soi. La négation et l'affirmation sont des mécanismes communs entre hommes et femmes, qui se déploient de façon différente entre eux.

La schizophrénie peut s'interpréter aussi, partant de Sch k, comme un éclatement de l'espace transitionnelle ( $k_{\pm}$ ), ce premier espace non-moi, que le malade essaye de reconstruire, pour rebâtir le moi. Hommes et femmes travaillent cet espace k, tous les deux sur les deux positions ( $k_{+}$ ) et ( $k_{-}$ ), capables de fonder un espace potentiel où la relation d'objet est le primordial, avoir quelque chose qui puisse être détruite, transformée, créée, d'abord pour produire un moi, pour se reconnaître. L'homme semble arriver à s'obtenir, parce qu'il recentre les deux positions de k ( $k_{+}$   $k_{-}$ ) sur p+, la position d'autoconscience, mais cette conscience et celle des identifications secondaires débouchent sur un envahissement imaginaire, dû à son défaut fondamental au niveau du narcissisme primaire et de l'autoérotisme en tant que source de la vitalité, du contact, de l'investissement des objets (p-). La femme semble développer son moi en empruntant un chemin inverse, parce qu'elle n'arrive pas au processus des identifications secondaires, de se reconnaître face aux autres, et surtout en face d'elle-même, d'être quelqu'un de singulier avec une origine et une histoire. Par contre, la femme est capable d'établir les contacts primordiaux, d'avoir de l'énergie et d'investir de libido les relations objectales, qui lui permettront une meilleure adaptation à la réalité pratique. Une absence marquée de la fonction inflative l'empêche toutefois largement de structurer ses rôles de base qui dépendent, en bonne part, des identifications secondaires. Dans les cas de familles avec plusieurs membres psychotiques, nous comprenons l'importance dans l'équilibre familial des rôles liés aux identifications, lesquelles doivent se compléter entre elles. Qu'un déséquilibre survienne dans l'une quelconque de ces identifications et, partant, dans l'un des rôles, les conséquences en retombent sur tous les autres membres. Les rôles et fonctions permettent de soutenir les identifications personnelles des différents membres de la famille de psychotiques, autour d'une histoire mythique commune. Les différents malades de la famille, parfois parents et fils, montrent ces diverses positions du moi.

Afin de confirmer ces deux tendances évolutives de la schizophrénie associées au sexe ainsi que ces considérations sur les différences szondiennes entre les hommes et femmes schizophrènes, et bien que l'échantillon soit représentatif des schizophrènes chroniques institutionnalisés, une réplication de l'étude serait nécessaire en élargissant l'échantillon à d'autres cas d'une durée d'évolution semblable, mais résidant à domicile.

## Références

- Andia AM, Zisook S, Heaton RK et al. (1995). Gender differences in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 183: 522-528.
- Angermeyer MC, Kühn L. (1984). Gender differences in age of onset of schizophrenia: an overview. *Eur Arch Psychiatry* 41: 157-161.
- Angermeyer MC, et al. (1990). Gender and the course of schizophrenia: Differences in treated outcomes. *Schizophr. Bull.* 16,2, 293-307.
- Beiser M, Bean G, Erickson D et al. (1994). Biological and psychosocial predictors of job performance following a first episode of psychosis. *Am J Psychiatry* 151: 857-863.
- Black DW, Fisher R. (1992). Mortality in DSM-III-R schizophrenia. *Schizophr Res*; 7: 109-116.
- Bozikas, Vasilis P.; Kosmidis, Mary H.; Peltekis, Apostolos; Giannakou, Maria; Nimatoudis, Ioannis; Karavatos, Athanasios; Fokas, Kostas; Garyfallos, George. (2010). Sex differences in neuropsychological functioning among schizophrenia patients. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 44 Issue 4, 333-341.
- Breier A, Astrachan B. (1984). Characterization of schizophrenia patients who commit suicide. *Am J Psychiatry* ; 141: 206-209.
- Bustamante S, Maurer K, Loffler W, Hafner H. (1994). Depression in the early course of schizophrenia. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie* 62 (9), 317-29
- Castle DJ, Murray RM. (1991). The neurodevelopmental basis of sex differences in schizophrenia. *Psychol Med* 21(3): 565-575
- Childers SE, et al. (1990). Gender, premorbid social functioning, and long-term outcome in DSM III schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 16,2, 309-318.
- De Cataldo S, et al. (1992) Soft neurological dysfunction and gender in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 160, 423-424..
- Flaum M, et al. (1990). The role of gender in studies of ventricle enlargement in schizophrenia: A predominantly male effect. *Am. J. Psychiatry*, 147, 10, 1327-1332.
- Flor Henry P. (1990). Influence of gender in schizophrenia as related to other. *Schizophr. Bull.*, 16,2, 211-227.
- Gogos, Andrea; Joshua, Nicole; Rossell, Susan L. (2010). Use of the Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS) to investigate group and gender differences in schizophrenia and bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 44 Issue 3, 220-229.
- Goldstein JM, y Cols. (1990). The role of gender in identifying subtypes of schizophrenia: A latent class analytic approach. *Schizophrenia. Bull.*, 16,2, 263-275.
- Gallagher BJ, Bur S A, Jones BJ, McFalls JA, Moss DM, (2008). Deficit schizophrenia, gender and social class of origin. *Journal of Men's Health*; Vol. 5, Number 3. 245-248
- Glenthøj, B.Y. Mackeprang, T. Svarer, C. Rasmussen, H. Pinborg, L.H. Friberg, L. Baare, W. Hemmingsen, R. Videbaek, C. (2006). Frontal Dopamine D<sup>2</sup>/<sub>3</sub> Receptor Binding in Drug-Naive First-Episode Schizophrenic Patients Correlates with Positive Psychotic Symptoms and Gender. *Biological Psychiatry*; Vol. 60, Issue: Number 6. 621-629.
- Goldestein JM, Fraone SV, Che WJ et al. (1993). The role of gender in understanding the familial transmission of schizoaffective disorder. *Br J Psychiatr* 163: 763-768.
- Gur RE, y Cols. (1990). Gender differences in regional cerebral blood flow. *Schizophr. Bull.*, 16,2, 247-254.
- Gureje O. (1992). Gender and schizophrenia: Age at onset and socio-demographic attributes. *Acta. Psychiatr. Scand.* 83,5, 402-405.

- Haas GL, et al. (1990). Gender and schizophrenia outcome: A clinical trial of an inpatient family intervention. *Schizophr. Bull*, 16,2, 277-292.
- Hafner, H. Löffler, W. Riecher-Rössler, A. Hafner-Ranabauer, W. (2001). Schizophrenie und Wahn im höheren und hohen Lebensalter: Epidemiologie und ätiologische Hypothesen. *Der Nervenarzt* Vol 72(5) Pages:347-357
- Hambrecht M, and Cols. (1992). Gender differences in schizophrenia in three cultures. Results of the WHO collaborative study on psychiatric disability. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.* 27,3,117-121.
- Hoernicka J, Garrido E, Martínez I, Ponce G, Aragüés M, Rodríguez Jiménez R, España Serrano L, Alvira Botero X, Santos JL, Rubio G. et al. (2010). Gender-specific COMT Val158Met polymorphism association in Spanish schizophrenic patients. *American Journal of Medical Genetics*. Vol.153 Number 1 79-85.
- Jefrey R, et al. (1991). Gender differences in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 148, 12, 1754-1756.
- Josiassen, Richard C. Roemer, Richard A, Johnson, Michele M, Shagass, Charles, (1990). Are gender differences in schizophrenia reflected in brain event-related potentials? *PsycArticles (APA)* Vol 16(2) 229-246.
- Kirkpatrick B. and Galderisi S. (2008). Deficit schizophrenia: an update *World Psychiatry*. 7(3): 143–147.
- Kopale L, et al. (1990). Implications of olfactory agnosia for understanding sex differences in schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 1990. 16,2, 255-261.
- Lekeuche, Ph. (2002). Un éclairage szondien de la schizophrénie, Colloque CEP 'Constellations', 2002, Vaalbeek, B. in Cahiers du CEP 9, 31 - 50
- Lewine RRJ, y Cols. (1990). Sexual dimorphism, brain morphology, and schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 16,2, 195-203.
- Mayer C, Kelterborn G, Naber D. (1990). Age at onset in schizophrenia: relations to psychopathology and gender. *Br J Psychiatry*, 162: 571-589.
- McGlashan, Thomas H. (1990). Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders. *PsycArticles (APA)* Vol 16(2) 319-329
- Mélon, J. (1975). Théorie et pratique du Szondi. Presses universitaires de Liege. Liege.
- Mélon, J. (1983). Le moi en procès". Cabay. Louvain.
- Mueser KT, y Cols. (1990). Gender, social competence and symptomatology in schizophrenia: A longitudinal analysis. *Abnorm. Psychol.* 99,2, 138-147.
- Nasrallah HA, et al. (1990). Gender differences in schizophrenia on MRI brain scans. *Schizophr. Bull*, 16,2, 205-210.
- Nasrallah HA, et al. (1990). Gender differences in schizophrenia on MRI brain scans. *Schizophr. Bull*, 1990,16,2, 205-210.
- Nicoles L, Shiriqui CH. (1995) "Gender differences in Schizophrenia". En: Shiriqui CH, Nasrallah H, editores. Contemporary issues in the treatment of schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc., 225-243.
- NiNullain M, O'Hare A, Walsh D. (1987). Incidence of schizophrenia in Ireland. *Psychol Med* 17: 943-948
- Perry W, Moore D, Braff D. (1995). Gender differences on thought disturbance measures among schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* ; 152: 1.298-1.301.
- Plocka M, Rybakowsk J. (1992). Gender differences in schizophrenia. *Psychiatr Pol* ; 26: 327-336.
- Pulver AE, et Cols. (1990). Schizophrenia: Age at onset, gender and familial risk. *Acta. Psychiatr. Scand.* 82,5, 344-351.
- Salokangas RKR, y Cols. (1990). Gender and short-term outcome in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 3,5-6, 333-345.

- Sazci, Ali, Ergul E, Kucukali I, Kara I, Kaya G. (2005). Association of the C677T and A1298C polymorphisms of methylenetetrahydrofolate reductase gene with schizophrenia: Association is significant in men but not in women. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*; Vol. 29 Issue: Number 7. 1113-1123,
- Seeman MU, et al. (1990). The role of estrogens in schizophrenia gender differences. *Schizophr. Bull.*, 16,2, 185-194.
- Sullivan, H.S. (1974). *Estudios clínicos de Psiquiatría*. Ed.Psique. Buenos Aires.
- Nasrallah, H. A., & Wilcox, J. A. (1989). Gender differences in the etiology and symptoms of schizophrenia: Genetic versus brain injury factors. *Annals of Clinical Psychiatry*, 1, 51–53.
- Sanz de la Torre JC, y Cols. (1992). Diferencias sexuales en la esquizofrenia. *Rev. Psiquiat. Fac. Med. Barna*, 19, 6, 272-283.
- Schotte, J. (1981). À propos du principe de polarité dans le système pulsionnel de l'analyse du destin". *Psychiatries*, 43-44. 1981.
- Schotte J. (1975-76). *Recherches nouvelles sur les fondements de l'analyse du destin*. Séminaire. Louvain.
- Szondi L. (1970) *Tratado del diagnóstico experimental de los instintos*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Test MA, et al (1990). Gender differences of young adults with schizophrenia disorders in community care. *Schizophr. Bull.* 16,2 331-334.
- Tien AY, et al. (1992). Psychopathologia, precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. *Arch. Gen. Psychiatry*. 49, 1, 37-46.
- Vahia, I. V., Palmer, B. W., Depp, C., Fellows, I., Golshan, S., Kraemer, H. C. and Jeste, D. V. (2010). Is late-onset schizophrenia a subtype of schizophrenia? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122: 414–426. Vaskinn, A.; Sundet, K.; Friis, S.; Simonsen, C.; Birkenæs, A. B.; Engh, J. A.; Jónsdóttir, H.; Ringen, P. A.; Opjordsmoen, S.; Andreassen, O. A. (2007). The effect of gender on emotion perception in schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 116 Issue 4, 263-270.
- Vázquez Barquero JL, Cuesta Núñez MJ et al. (1995). The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand* 91: 156-162.
- Vila-Rodriguez, S. Ochoa, J. Autonell, J. Usall, J. M. Haro. (2011). Complex Interaction Between Symptoms, Social Factors, and Gender in Social Functioning in a Community-Dwelling Sample of Schizophrenia Springer Netherlands, Vol. 82, N. 4, 1573-6709
- Weiss, Elisabeth, Kohler Christian, Brensinger C, Bilker W, Loughhead J, Delazer M, Nolan K. (2007). Gender differences in facial emotion recognition in persons with chronic schizophrenia *European Psychiatry*; Vol. 22 Number 2.116-122.

# 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 [roma@yucom.be](mailto:roma@yucom.be). Portable Document Format (.pdf) will not be 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 summary of the participants as well as descriptions of the study design, measures, and procedures
- **Results:** A detailed summary of the primary findings that include effect sizes or confidence intervals with significance testing
- **Conclusions:** A summary 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.**

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.

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



Devenir membre / Mitgliedschaft / Membership  
info@szondi.ch  
STIFTUNG SZONDI INSTITUT  
Krähbühlstrasse 30  
CH-8044 Zürich

100 CHF / year  
IBAN: CH1200206206P03613120  
BIC-code: UBSWCHZH80A  
Bank: UBS AG  
CH 8098 Zürich