

Cahiers du CEP n° 10



Centre d'Etudes Pathoanalytiques asbl  
Rue Artan 50,  
1030 Schaarbeek



Colloque de Gand  
30/10/04 – 01/11/04  
Etre ou ne pas être szondien (pour) demain ...

## **Ma rencontre avec Szondi**

**Jean Jacques METGÉ**

# Ma rencontre avec Szondi

Jean Jacques METGÉ

## Historique

Mon premier contact avec le nom de Léopold SZONDI date de 1961, où je me trouvais à l'Abbaye de Clervaux au Grand Duché du Luxembourg pour quelques jours.

Henri DEMOLDER, moine bénédictin m'avait fait passer le test plusieurs fois.

J'appris, plusieurs années après, qu'il avait en 1958 écrit un article dans la revue philosophique de Louvain où il exposait la théorie pulsionnelle du Dr Léopold SZONDI.

Cette théorie, et la pratique qui en découlait, il l'avait travaillée avec un psychiatre luxembourgeois de l'hôpital d'Ettelbruck, le Docteur Ernest STUMPER. Celui-ci avait écrit un article en mars 1951, dans les Annales médico-psychologiques, sur l'application pratique du test de SZONDI. SZONDI d'ailleurs avait rajouté quelques remarques qui paraissent tout à fait d'actualité. Je cite :

- 1) J'ai fondé d'abord une psychologie du destin comme psychologie du géotropisme, du choix ; après coup, j'ai recherché une méthode expérimentale à l'aide de laquelle j'ai tâché de mettre en pratique cette psychologie pulsionnelle du destin.
- 2) Mon but en psychiatrie n'est pas de faire sauter les écoles Kraepelienne et Bleulerienne, mais j'ai l'intention de pourvoir la psychiatrie d'une base pulsionnelle bathypsychologique, ce qui veut dire ceci : la psychiatrie pulsionnelle que j'ai élaborée conserve les façades de la vieille psychiatrie, mais en plus elle pénètre dans la profondeur, en cherchant à trouver les racines pulsionnelles, les radicaux pulsionnels qui conditionnent les symptômes cliniques apparaissant à la surface,
- 3) Ma psychiatrie pulsionnelle considère les psychoses endogènes comme des maladies pulsionnelles et non pas comme des maladies mentales. Elle étudie les phénomènes psychopathologiques à la lumière d'une psychologie pulsionnelle de l'inconscient et non du point de vue d'une psychologie de la pensée, d'une psychologie de la conscience.

A partir de 1965, pendant mes études de médecine, je me rendais régulièrement à Clervaux. Henri DEMOLDER, qui fréquentait le cercle de Louvain, autour de Jacques SCHOTTE et d'Antoine VERGOTE, m'enseignait les découvertes de SZONDI. Je me souviens avoir travaillé la notion de géotropisme où SZONDI admettait l'hypothèse que les gènes constituaient les sources des pulsions. Nous nous sommes penchés sur la génétique et les arbres généalogiques (ce qu'on appelle aujourd'hui les génogrammes en approche systémique ou cf. les génosociogrammes de Anne ANCELIN SCHUTZENBERGER, dont il a été parlé hier par Madame TRIPET, qui doit tout à Szondi mais qui ne l'a jamais dit ...

Bien qu'ici en Belgique cet aspect de la pensée de SZONDI soit peu développé et qu'en France la critique ait été acerbe (cf. DELAY, PICHOT et DENIKER dans les Annales médico-psychologiques en 1953), il nous semble que la pulsion innée à l'organisme, comme l'a souligné FREUD, doit bien venir de quelque part et que ce quelque part doit bien être inscrit dans les gènes, comme l'expose SZONDI ; certainement pas dans un gène, mais dans plusieurs gènes.

Les études de biologie fondamentales qui vont dans ce sens montrent la complexité du problème posé (cf. les études récentes sur l'un des allèles du DRD2, concernant les dépendances inscrites dans les gènes). Pour ce qui est de l'étude de la psychose maniaco-dépressive, il a été montré qu'elle est bien véhiculée par un terrain génétique.

De 1965 à 1973, j'ai rencontré quelques psychiatres dans les hôpitaux psychiatriques qui connaissaient la théorie szondiienne, mais qui ne l'utilisaient pas ou plus. Le Docteur BIEDER en particulier, secrétaire des Annales médico-psychologiques, et le Docteur NACHIN qui avait fait un travail de thèse sur les alcooliques à travers la grille szondiienne. Pour quelle raison cette prise de distance de ces praticiens ? La question reste ouverte.

A partir de 1973, interne en psychiatrie à l'hôpital de Pau, j'ai pu utiliser la référence szondiienne dans le cadre de ma formation de psychiatre et de pédopsychiatre essentiellement sous l'impulsion du Docteur UBERSCHLAG, un aliéniste au sens noble du terme, père de l'ergothérapie à Lannemezan dans les Hautes Pyrénées, ami d'AJURIAGUERRA et de Henri EY.

A partir de 1974, le destin me fit rencontrer un psychologue clinicien, professeur de criminologie, ancien éducateur spécialisé, André POURQUE. Il assurait, entre autres, la place de psychologue clinicien et institutionnel dans un centre où étaient placés des adolescents, en internat et en formation professionnelle, par les services sociaux et les juges des enfants de toute la France.

Il travaillait en référence à la théorie szondiienne depuis de nombreuses années. J'intervenais comme psychiatre dans cet établissement. A partir de ce moment nous avons travaillé ensemble jusqu'à son décès en 1996.

La pensée szondiienne nous a servi de fil conducteur, non seulement dans l'approche des 90 jeunes du centre, mais également dans le travail avec les éducateurs et au niveau institutionnel, ce que je développerai plus loin.

Dans les années 70, la Croix Marine était très active ; c'est une association loi 1901 qui regroupe les intervenants en psychiatrie, essentiellement dans le secteur public. Nous fréquentions les journées nationales où officiaient François TOSQUELLES et Jean OURY et de temps à autres, dans les groupes de travail émanaient de leurs discours des « m+ », ou un « e- », ou un « p+ », nous montrant par là leur intérêt pour la chose szondiienne.

C'est en 1976 que je demandai à François TOSQUELLES, qui se trouvait à l'hôpital psychiatrique d'Agen, son dernier poste, d'être le directeur d'un travail de mémoire concernant la psychothérapie institutionnelle et la pensée szondiienne.

Il y a eu plus tard les journées d'étude sur la filiation à Lyon où Claude VAN REETH fit une intervention vite relayée par Jacques SCHOTTE sur les vecteurs pulsionnels et leur rattachement aux fantasmes originaires. Une rencontre s'est tenue en 1981 à Paris, centrée sur la psychopathologie et la génétique. Jacques SCHOTTE et Roland KUHN firent une communication très szondiienne et nous eûmes droit à une magnifique conclusion de Henry MALDINEY.

Le Docteur CAPADORRO, élève de TOSQUELLES, ancien psychiatre directeur d'une antenne de la fondation des étudiants de France, avait organisé une journée Léopold SZONDI à Aire sur Adour dans les Landes dans les années 80. Marc LEDOUX y était présent et cette journée nous a permis de constater que, dans le grand Sud Ouest de la France, Léopold SZONDI n'était pas un inconnu, même s'il était peu enseigné dans les facultés de Bordeaux ou de Toulouse.

Nous avons essayé avec André POURQUE, début des années 80 toujours, de mettre en place un enseignement du Szondi. Ceci rentrait dans le cadre de séminaires pour la formation de futurs médecins psychiatres.

Les retombées au niveau des étudiants en psychiatrie n'ont pas été ce qu'on espérait. Pourquoi ? Là aussi, difficile de répondre. D'une façon générale, l'accession à la pensée szondiienne demandait un

travail un peu obsessionnel à nos étudiants qui n'en voyaient peut-être pas la portée théorique et clinique.

Actuellement, où il n'y a plus d'interne ni d'assistant, et devant la référence obligée aux classifications psychiatriques internationales (DSM et CIM), nous en sommes plutôt à essayer de transmettre dans l'urgence un savoir être, un savoir faire, plus qu'un savoir tout court, mais ceci est un autre débat.

Et enfin, cerise sur le gâteau pulsionnel, « la prise de contact » avec Louvain la Neuve, avec les louvanistes, avec l'école belge de pathoanalyse sous l'égide de Jacques SCHOTTE, l'impulseur. Nous fûmes redynamisés par l'intermédiaire de la richesse des séminaires d'été de Louvain la Neuve. Nous nous sommes sensibilisés à la théorie des circuits, à la théorie périodique des clivages pulsionnels, à la relation entre pulsion et concept métapsychologique, fantasmes originaires, signifiants verbaux, etc ..., etc ... et nous avons pu bénéficier de publications théoriques et cliniques variées, toujours percutantes, et d'échanges informels très riches.

Voilà donc grossièrement tracé un parcours, un chemin szondiien avec des réactivations narcissiques fait de périodes fécondes de travail et de périodes de repos où SZONDI restait au fond d'un tiroir.

## **COMMENT J'AI UTILISÉ LA PENSÉE SZONDIENNE ET QUELLE PLACE ELLE A PRISE DANS MA PRATIQUE AU FIL DES ANNÉES ?**

C'est Henri DEMOLDER qui avait attiré mon attention sur le fait que dans le cadre de ses prises en charge à l'abbaye de Clervaux, il renvoyait une partie des résultats du test à ses patients. Il avait l'habitude de recevoir des patients pendant un laps de temps assez long, 8 jours, voire 15 jours (ceci rappelle un peu ce que certains ont pratiqué au niveau de la psychanalyse comme FANTI avec sa micropsychanalyse, ou les groupes de bioénergie et de thérapie de groupe apparus dans les années 70, où on pensait que tout pouvait se résoudre en 8 jours de « cocotte minute »).

Dans l'abbaye bénédictine de Clervaux, où il officiait en temps qu'homme sacer mais non moins thérapeute, il lui arrivait de faire passer plusieurs tests dans la même journée à la même personne. Souvent il utilisait une association de tests projectifs (test de Koch, de Goodenough, de Rorschach, de Szondi). A ce propos il utilisait, en ce qui concerne le Rorschach un test à la suite de EYSENK, qu'il avait simplifié et qui lui permettait d'avoir une réponse assez rapide vu le dépouillement qui était nettement allégé.

Donc Henri DEMOLDER avait attiré notre attention sur le fait que, de pouvoir renvoyer certains résultats au niveau vectoriel et tendanciel, permettait dans la suite de constater une évolution de la structuration de la personnalité. Ceci va un peu à l'encontre de la mise en garde de Léopold SZONDI dans une préface d'un de ses livres où il disait qu'il ne fallait surtout pas renvoyer les résultats de son test à la figure des patients, ce qui effectivement paraît tout à fait logique. Renvoyer à quelqu'un la dialectique de son inconscient, ce n'est peut-être pas ce qui est le plus adapté. En fait, la question posée n'est pas simple. Je me souviens avoir travaillé avec un comportementaliste cognitif, à l'époque on disait béhavioriste, qui avait beaucoup de difficultés à prendre en charge les dépendants alcooliques. Il avait trouvé comme solution, comme sa solution, de filmer au magnétoscope des patients qui étaient hospitalisés et qui revenaient le soir en état d'ébriété au pavillon. Le lendemain, il leur montrait les images de leur comportement sous imprégnation exogène. Le souvenir que j'en ai, c'est qu'à partir du moment où ces personnes étaient dans le déni, ça ne changeait pas grand chose et ça ne faisait pas avancer le « chmiliblick » de leur montrer les frasques de la veille. Je dirais à posteriori que ce n'était ni positif, ni négatif. On évoluait un peu plus vers la dénégation.

Le problème est complètement différent lorsqu'on se trouve en face d'un malade psychotique. J'ai animé un atelier vidéo en 1983, dans lequel se trouvait un malade psychotique schizophrène qui avait l'impression que sa peau était décollée et qu'elle se trouvait à 10 cm de son visage. Il était évident qu'il était hors de question de lui renvoyer son image, alors qu'il évitait soigneusement tout reflet dans une glace. Nous avons mis environ 2 ans avant qu'il puisse arriver à se regarder et à se prendre lui-même en photo et au magnétoscope.

Donc, tout est affaire de diagnostic, du type de prise en charge et du but que l'on s'est fixé.

Toujours est-il qu'avec le test, petit à petit et essentiellement avec André POURQUE, nous sommes arrivés à renvoyer très rapidement certains éléments du test et il m'arrive de dépouiller le test face à mes patients. Comme toujours ils me demandent des résultats. Je leur renvoie quelquefois les résultats des réactions tendanciennes vectorielles, toujours dans une évaluation consciente du système.

Nous commençons par renvoyer les réactions 0 qui correspondent à une phase de satisfaction non anxiogène. On n'a pas de difficulté d'expression, le langage est bien reçu, conscient, socialisé : « oui, j'en ai conscience, ça va, votre test il est juste ».

Ensuite nous renvoyons les réactions + ; ça peut être quelque chose de latent, de prémanifeste tendanciel. Nous prenons les précautions par rapport au langage, cela a la signification de la tendance de base pour SZONDI.

La question qui se pose est de savoir s'il vaut mieux rester descriptif, ou si l'on doit tendre vers une analyse. En fait, il semble exister peu de déblocage à partir des réactions + contrairement aux réactions ambivalentes ±, en partie appuyées et en partie refusées par le moi.

Il faut souligner également que le SZONDI a un aspect très magique pour celui qui vient de le passer. Les explications que l'on peut donner immédiatement ne font appel, au niveau conscient de l'examiné, qu'à des notions de sympathies et d'antipathies.

Des explications aussi fines, sortant d'un fond de passation aussi simple font que toute analyse est vécue sans angoisse et se trouve souvent enrichie aussitôt.

François TOSQUELLES, « ce fabuleux révolutionnaire libertaire », disait sous une forme ironique, mais toujours dans le vrai, comme il savait le faire, que le test de SZONDI, c'était la cartomancienne. Tout le monde pouvait jouer avec les cartes dans les institutions. Dans un service hospitalier les infirmiers pouvaient faire passer le test aux autres infirmiers, aux patients, que les patients devaient faire passer le test aux autres patients, aux infirmiers, aux médecins, etc ...

Je dois dire que cette vision anarchiste, il y a 30 ans, m'avait quelque peu séduit et c'est à cette période là qu'avec A. POURQUE nous avons travaillé le test, à la fois avec les adolescents placés dans le centre, mais également avec les éducateurs spécialisés, les éducateurs techniques, les infirmiers, l'équipe de direction, bref avec tous les intervenants de la structure. Le support szondien appartenait à tous, tout en gardant sa pensée magique et en devenant un instrument institutionnel.

Nous avons, dans un travail plus psychodynamique, utilisé le test comme médiateur entre les adolescents et les éducateurs. En effet, lorsqu'il nous semblait y avoir un problème d'attitude, de contre attitude, voire de transfert, ou de contre transfert, les résultats du test et sa théorie sous-jacente nous permettaient de faire le lien entre le gamin, qui avait un certain type de structure et l'éducateur ou l'éducatrice qui présentaient eux aussi un type de personnalité qui rentrait en résonance, ou en rejet avec le gamin en question. Il était intéressant de voir où se situaient les problèmes relationnels, mais aussi les problèmes de

structuration inconsciente du couple éducateur-enfant ; ceci leur permettait de situer leur difficulté, d'essayer de les comprendre mutuellement afin de les résoudre.

Nous avons aussi, avec le Docteur J. Baptiste COUSTE et André POURQUE, dans un foyer de semi-liberté de 40 adolescents, étudié 20 jeunes. L'étude portait sur la relation entre leurs tatouages et leurs personnalités à l'aide du test de Szondi. Il a été montré que le tatouage en 1976 n'était pas un signe infamant d'asociabilité, mais plutôt un signe névrotique. Au-delà de l'ennui, de l'oisiveté, de l'imitation ou de la mode, dans lesquelles il peut se développer, il pouvait signifier autre chose :  
« une défense, un signe d'affirmation et de préservation de l'identité .

C'est à partir de Léopold SZONDI, aussi, que dans une filiation et une parternalisation théorique, j'ai été amené à découvrir Imre HERMAN et ceux qui s'en sont inspirés avec ses références éthologique, ethnologique, archéologique et paléontologique.

Nicolas ABRAHAM dans la présentation de « l'instinct filial » parle de ce disciple de FERENCZI, comme l'était d'ailleurs Mélanie KLEIN, en ces termes, je cite :  
« De BALINT à SPITZ, de BOWLBY à SZONDI, comme de WINNICOT à HARTMANN, ou de ROHEIM à LACAN, il n'est guère de pensée d'inspiration psychanalytique qui ne lui doive une idée directrice, une orientation majeure ».

Le couple d'instinct opposé « cramponnement, recherche » qu'il constate, analyse et théorise, est très éclairant quand l'on pense le contact szondien.

Les relations qui existent entre la prise en charge des toxicomanes et les malades atteints de psychose maniaco-dépressive en sont un exemple. J'avais remarqué en effet que les troubles de l'humeur, dépression majeure et psychose maniaco-dépressive, avaient tendance à être associés à des addictions, quel que puisse être l'objet de l'addiction ou le comportement de l'addiction. En population hospitalière, j'arrivais à 50 % de sujets maniaco-dépressifs présentant un syndrome d'addiction. Le travail, à partir du vecteur du contact, de « lâcher prise » et l'utilisation de thymorégulateurs m'ont permis parfois de stabiliser des toxicomanies sévères.

Rentre également en compte le vecteur P dans la dimension ordalique des toxicomanies comme l'a théorisé Marc VALLEUR depuis 30 ans.

Le schéma szondien peut aussi servir de matière à penser dans l'utilisation journalière des grandes classes de médicaments psychotropes afin de comprendre leurs effets psychodynamiques, comme l'a suggéré en son temps Roland KUHN, sans nécessairement faire entrer en correspondance tel médicament avec telle classe pulsionnelle.

Les anxiolytiques, les anticomitiaux, dont on sait qu'ils peuvent être thymorégulateurs, et les thymoanaleptiques ou antidépresseurs dont on sait qu'ils peuvent déclencher des crises d'épilepsie, les neuroleptiques (desinhibiteur, sédatif, incisif) ou ce qu'on appelle actuellement les antipsychotiques, qui se trouvent du côté du Sch, qui à dose faible, agissent sur le facteur k et, à dose forte, sur le pôle délirant p, avec toujours cette assimilation de paranoïdie et de paranoïaque qui ne relèvent pas du même mécanisme psychique.

Les médicaments initialement destinés à la paroxysmalité se sont avérés efficaces pour les maladies du contact, pour ce que Jacques SCHOTTE appelle les thymopsychopathies.

C'est ainsi qu'il y a plus de 20 ans, j'ai utilisé un anticomitial benzodiazépinique, le Clonazépam (le Rivotril), comme thymorégulateur avec des résultats qui n'ont fait que se confirmer ; ceci avait été décrit par Roland KUHN pour la carbamazépine.

Il est à noter que ces rapprochements pulsions-psychotropes ne font que conforter l'idée que la maladie épileptique appartient bien au champ de la psychiatrie et qu'elle n'est pas uniquement une entité neurologique.

En ce qui concerne la passation du test lui-même, Henri DEMOLDER avait remarqué que lorsqu'on pratiquait un choix sympathique antipathique, avec 2 photos en même temps, c'est à dire que l'on demandait au sujet de choisir 2 photos sympathiques mais en mettant le doigt dessus, sans les sortir, il obtenait des choix différents que lorsqu'il demandait à la personne de choisir la photo la plus sympathique et encore la photo la plus sympathique. Il avait montré que ce type de choix était statistiquement significatif.

Il avait soumis cette constatation à Léopold SZONDI, lequel avait été très étonné et finalement en avait convenu. SZONDI avait d'ailleurs demandé à Henri DEMOLDER de publier ces résultats dans un numéro des Szondiana (1972).

J'utilise de temps à autres cette manière de procéder et ceci permet souvent de faire apparaître des corrélations dynamiques interpulsionnelles qui autrement resteraient dans l'ombre.

Voilà donc rapidement esquissé comment j'ai appliqué la pensée szondienne dans mon travail de praticien.

## **QUELLE UTILISATION ACTUELLE ?**

A l'heure actuelle, je n'utilise que très peu le test, mais la petite boîte bleue se trouve dans tous les lieux où j'interviens.

Je fais appel au test quand on ne voit, quand on n'entend, quand on ne ressent, quand on ne comprend plus rien, quand on se trouve devant un vide, dans le cadre d'une relation de soin duelle qui souvent évolue depuis de nombreuses années. C'est un point d'ancrage qui nous permet à tous les deux de pouvoir continuer le chemin dans une ouverture théorique.

Je l'utilise également comme élément de prédiction (c'est un grand mot) ; ceci fait référence à la cartomancienne de TOSQUELLES. Souvent on nous demande, bien à tort, de prédire l'avenir, ou de retracer une réalité où nous n'étions pas. C'est le problème épineux des expertises médico-légales en psychiatrie, dont on a d'ailleurs récemment parlé dans les médias, expertises que je ne pratique pas.

Dernièrement, j'ai été amené à utiliser le test pour un patient psychotique schizophrène, que je soigne depuis une dizaine d'années et qui était bien stabilisé. Il avait été réhospitalisé pendant 6 mois pour une réactivation délirante érotomane centrée sur une jeune femme, avec le danger de passage à l'acte agressif (menaces de mort à l'encontre du mari de cette personne). Aucun médecin de l'hôpital ne voulait prendre la responsabilité d'une sortie d'essai de ce placement préfectoral (« hospitalisation d'office » loi du 27 juin 1990).

Autour des différents profils qu'il présenta au test de Szondi, nous pûmes avec mes collègues discuter d'une sortie afin qu'il puisse être traité en hôpital de jour près de chez lui et par voie de conséquence près de l'objet de son désir. Les discussions que nous avons eues essayaient d'évaluer la force du Moi (il donnait en effet régulièrement du k - p - au Sch) afin de savoir si la volonté de se soumettre provenait de son enfermement ou d'un réel processus de maturation ; ceci avec un accrochage à l'objet primaire m + toujours chargé, sans recherche extérieure d'objet, et un hy ambivalent qui pouvait témoigner de défenses névrotiques. En hôpital de jour, où il avait été admis, par une échelle visuelle, il évaluait consciemment son degré d'attrance pour se rendre au domicile de la jeune femme. La cotation était très basse, 1 à 2 / 10. Un jour, où il avait pris de l'alcool, il se rendit pulsionnellement chez elle et une altercation grave eut lieu avec son époux, où en fait il se fit plus agresser qu'il n'agressa. Ceci nécessita à nouveau une hospitalisation. A partir de ce moment-là il présenta une réaction (+ - !) pour le Sch (stade dualistique)

configuration qui apparaît souvent dans les psychoses. Puisque, comme le dit Suzanne DERI, les forces de l'extérieur ne sont pas acceptées, mais seulement les besoins inconscients propres, la prédisposition nécessaire du refoulement qui est la défense la plus souvent utilisée dans la névrose manque totalement, avec la possibilité de réactions psychopathiques schizoïdes.

Quoi qu'il en soit, ce patient est toujours hospitalisé dans un service de haute sécurité depuis 2 mois et nous continuons, avec les soignants, à échanger et à trouver du sens autour des différents profils szondiens.

D'autre fois, devant une « pathologie pure », une maladie comitiale, une schizophrénie paranoïde, ou post catatonique, ce qui est de moins en moins fréquent, devant un état maniaque ou mélancolique profond, j'essaie de voir si le test va dans le sens de la pathologie et souvent j'en suis fort étonné.

Dans cette utilisation j'essaie de trouver au niveau pulsionnel quelles sont les forces et où elles sont mobilisables. Quelquefois, elles ne correspondent pas avec la clinique, mais ce que je constate dans le test finit toujours par être éclairant tôt ou tard.

A force de pratiquer la psychiatrie, on sait en voyant arriver un malade dans son cabinet (c'est le « praecox Gefühl » de Rhümke, souvent cité par Jean OURY) de quelle maladie il est atteint. Le diagnostic de schizophrénie se fait entre le moment où le malade entre et le moment où il s'assoit sur la chaise ou le fauteuil.

De la même façon, après avoir pratiqué longtemps le test de SZONDI, en voyant un patient sans lui faire passer le test, on peut faire des hypothèses concernant les différents vecteurs et, à la fin de l'entretien, élaborer un profil dans sa tête. On arrive à une intrication entre les éléments rapportés par la clinique et le modèle dynamique szondien.

Le diagnostic psychiatrique, enrichi du diagnostic pulsionnel, permet déjà bien souvent une orientation thérapeutique.

## CONCLUSION

La réflexion szondienne, et je terminerai par là, doit rester constamment ouverte, c'est sa richesse ; ne jamais se clore ni se résoudre pour que la démarche psychiatrique conserve son dynamisme. Il faut se méfier de poser un discours scientifique sur un domaine qui nous échappe. Le système szondien dans lequel on est amené à faire rentrer le fonctionnement psychique pour le rendre intellectuellement accessible n'est qu'un système, peut-être provisoire, peut-être définitif, ouvert en tout cas, et toujours susceptible de changement.

On est loin des affirmations catégoriques et catégorielles, des axiomes et des principes, des généralisations abusives. On est dans le mouvant, dans la correction perpétuelle, dans le mouvement, dans des hypothèses déductives, dans des propositions ambivalentes ouvertes. Ce qui d'ailleurs se situe bien dans la ligne de pensée de FREUD.

On retrouve là aussi « la notion sartrienne » opposée au « concept », comme un effort synthétique qui produit une idée qui se développe d'elle-même en se nourrissant des apports, des contradictions, des dépassements issus de la clinique, et donc homogène au développement des choses.

FREUD dans la métapsychologie, page 103 et 104, écrit :

« tout malentendu serait dissipé si en décrivant les divers actes psychiques nous ne tenions désormais plus compte de leur état conscient ou inconscient et si nous les classions et les relierions uniquement d'après les pulsions et leurs buts, d'après leur structure, leur rapports avec les autres systèmes psychiques supérieurs. Mais c'est là, pour diverses raisons, une chose irréalisable ».

Je me demande si SZONDI n'a pas au fond participé à répondre à cette objection en utilisant un système pulsionnel où la notion de conscient et d'inconscient est profondément intriquée et toujours issue de la confrontation avec la clinique et de l'émergence à partir de cette clinique. Ceci est possible uniquement



dans la rencontre duelle bithérapeutique où la clinique se vit entre deux normopathes, l'un avec un peu plus de pathie et l'autre avec un peu plus de norme, comme aimait à le dire François TOSQUELLES, et où les places sont interchangeables.

Je finirai sur une phrase de Léopold SZONDI dans « Liberté et contrainte dans le destin des individus », je cite :

« Le médecin, le psychologue, l'éducateur devraient être en fait des accoucheurs qui aident à mettre au monde sous forme sociale les besoins pulsionnels occasionnant au fond de l'âme le danger pulsionnel pour la personne et la société ».

Or, on sait qu'un obstétricien la plupart du temps regarde et accompagne, mais il ne faut pas oublier qu'il a toujours un dispositif au cas où il faudrait intervenir.