

UNIVERSITE DE NICE
FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

TENTATIVE D'ACTUALISATION
D'UNE METHODE DE
NEUROPEDAGOGIE VISUELLE

Catherine AKERS-LARCHER

Doctorat de 3^e cycle
sous la direction de
Monsieur le Professeur
L. M. RAYMONDIS et de
Madame le Professeur
A. MUCCHIELLI.

JUIN 1986

PLAN DE L'ETUDE

* * *

TENTATIVE D'ACTUALISATION D'UNE METHODE
DE NEUROPEDAGOGIE VISUELLE

-INTRODUCTION (14)

-CHAPITRE I : GENERALITES (5)

1°) Définitions de concepts

2°) Introduction à la médecine psychosomatique

- A. Définition
- B. Historique
- C. Principales théories

-CHAPITRE II : LA MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE (14)

1°) Description

- A. La santé psychosomatique
- B. La maladie somatique
- C. La résistance aux agressions
- D. Les mécanismes nerveux du stress
- E. Affectivité et maladie psychosomatique
- F. Constitution de la maladie psychosomatique
- G. Localisation de la maladie psychosomatique
- H. Synthèse

2°) Les différentes maladies psychosomatiques et leur pathogénie

- A. Les troubles de la thymie
 - l'angoisse
 - la dépression
- B. Les maladies psychosomatiques " majeures "
 - cardiovasculaires
 - respiratoires
 - digestives
 - nutritionnelles
 - endocriniennes
 - néphrologiques
 - gynécologiques
 - de la fonction reproductrice
 - sexuelles
 - locomotrices
 - dermatologiques
 - neurologiques
 - sensorielles
 - les maladies chroniques
 - la propension aux accidents
 - les facteurs sociaux

- CHAPITRE III : LES DIFFERENTES METHODES D'EDUCATION OU DE REEDUCATION DU SYSTEME NERVEUX
PAR LE TRUCHEMENT DES SENS (u)

1°) Quelques notions anatomo physiologiques

- A. La cellule nerveuse
 - anatomie
 - typologie
 - les phénomènes électriques
 - les phénomènes chimiques
 - l'influx nerveux et les différentes organisations typologiques
- B. La cellule réceptrice et sa fonction
 - les récepteurs auditifs
 - les récepteurs visuels
 - les récepteurs proprioceptifs
- C. Les centres nerveux de l'intégration sensorielle
 - au niveau auditif
 - au niveau visuel
 - au niveau proprioceptif
- D. Conséquence de l'altération des fonctions sensorielles

2°) Les différentes méthodes neuropédagogiques

- A. La psychothérapie du Docteur Vittoz
- B. La méthode Tomatis
- C. Les techniques touchant le système nerveux proprioceptif
 - la bioénergie
 - l'eutonie
 - le yoga et la relaxation
- D. Les neuropédagogies visuelles

- CHAPITRE IV : LA CULTURE PSYCHOSENSORIELLE QUERTANT (65)

1°) Le complexe somatopsychique vu par Georges Quertant

2°) Neurophysiologie visuelle

- A. Anatomie de l'oeil
- B. Les voies sensori-motrices
- C. Les centres nerveux de la vision
 - le mésencéphale
 - le diencéphale
 - le télencéphale
 - le cervelet

3°) Les mécanismes de la vision

- A. La motricité oculaire
 - la musculature extrinsèque
 - la musculature intrinsèque
- B. Vision binoculaire et simultanée
- C. Les différentes fonctions de la rétine
 - la sensibilité achromatique
 - la sensibilité chromatique

- 4°) Les procédés de rééducation
 - A. Les appareils de stéréoscopie
 - B. Les stimuli et leur progression
 - C. Le dépistage
 - D. La phase éducative
- 5°) Les troubles fonctionnels jugulés par la C.P.S

- CHAPITRE V : ACTUALISATION-NEURO PHYSIOLOGIQUE (121)
DE LA C.P.S.

Introduction

- 1°) Liaisons entre fonctions sensorielles
- 2°) Anatomie et physiologie de la vision
 - A. Anatomie de l'encéphale
 - B. Les cellules visuelles
 - C. Les voies visuelles
 - D. Les centres visuels
 - E. Réaction des cellules visuelles selon les stimuli
 - F. L'oculomotricité
 - G. La fixation , l'accommodation et la convergence
 - H. La vision binoculaire
 - I. Les neurotransmetteurs
- 3°) Neurophysiologie et C.P.S. en 1986

- CHAPITRE VI : HYPOTHESES ET METHODOLOGIE (113)

- CHAPITRE VII : ETUDES DE CAS (130)

- CHAPITRE VIII : EFFETS DE LA C.P.S. SUR LES TROUBLES (123)
FONCTIONNELS NERVEUX. DISCUSSION

- CONCLUSION ✓

- ANNEXES

- BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

* * *

INTRODUCTION

Le système nerveux de l'homme comprend un versant sensoriel et un versant moteur. Centre de ce système, le cerveau a une remarquable capacité d'intégration, d'analyse, de synthèse, d'adaptation.

Le stimulus perçu par les organes sensoriels est acheminé vers le système nerveux central. Là, il est analysé, intégré; une réponse adaptative adéquate est fournie via les organes moteurs.

Perception et action sont intrinsèquement liées dans le cerveau qu'il convient de comprendre en termes de groupements cellulaires fonctionnels plutôt que de circuits schématiques. Les voies nerveuses périphériques, centripètes et centrifuges, comme les centres nerveux des différentes régions de l'encéphale, peuvent souffrir d'un excès de stimulations dysharmonieuses, et notamment de l'excès de stress que peut représenter un environnement défavorable.

Une distorsion dans la séquence sensori-motrice, un décalage entre perception, pulsion et action, provoque un surcroît de travail adaptatif de la part du cerveau. Cette surcharge fonctionnelle pourra se manifester par des troubles neurovégétatifs et psychiques divers.

Face à ces troubles psychosomatiques, les thérapies médicamenteuses se révèlent utiles mais ne sont souvent que palliatives; elles ne brisent que rarement le circuit fermé du stress. La psychothérapie connaît des résultats positifs lorsque les troubles ont leur origine dans un conflit intra-psychique mais elle est insuffisante dès lors qu'il y a perturbation de l'ensemble du système nerveux.

Aux environs de 1930, un professeur de musique nommé Georges Quertant, observa que certains sons induisaient des changements de l'humeur et du comportement chez certains de ses élèves. A partir de telles observations, Georges Quertant aboutit à la question fondamentale de savoir s'il était possible de rééduquer des individus souffrant de troubles nerveux fonctionnels en utilisant leur audition.

Ses travaux préliminaires comportèrent l'étude de l'environnement physique (acoustique) et l'étude de la physiologie du système nerveux. Puis, au moyen d'images sonores codifiées selon les lois rigoureuses de l'harmonie et de la composition musicale, il entreprit d'expérimenter sur des sujets choisis. Les résultats furent encourageants. Toutefois, la production, la conservation et la reproduction de sons définis et calibrés n'étaient pas à cette époque aisément accessibles. (Georges Quertant employait parfois pour ses expériences plusieurs musiciens).

Pour des stimuli lumineux, en revanche, ce type de difficulté ne se présentait pas; l'information lumineuse émise à l'intention du sujet ainsi que la formulation par le sujet de l'image perçue étaient d'étude plus simple et plus précise.

C'est pourquoi le professeur de musique, délaissant le son en tant qu'excitant, fut amené à le remplacer par la lumière. L'oreille faisait place à l'oeil comme moyen d'accès aux centres nerveux régulateurs.

Georges Quertant réétudia la neurophysiologie sous l'angle des connexions nerveuses de la vision et apprécia à leur valeur la précision des mouvements de l'organe récepteur-émetteur et leur contrôle permanent. Il put associer la dysrégulation des centres nerveux et ses manifestations psychosomatiques d'une part et certains défauts du contrôle moteur des axes visuels d'autre part; en rééduquant l'un, l'autre s'améliorait.

C'est avec le diploscope de Rémy, appareil optique utile au dépistage de simulations, que le chercheur obtint ses premiers résultats concluants. Sur ces bases, développant des appareils en même temps que des techniques de rééducation, il élaborait une méthode complète de rééducation du système nerveux par le truchement de la vision.

La méthode Quertant a donc pour but, par le moyen de la vision:

- d'examiner la capacité fonctionnelle des centres nerveux régulateurs de la base du cerveau;
- d'éduquer ou de rééduquer ces mêmes centres par une sorte de gymnastique appropriée;
- d'éliminer, ce faisant, la plupart des troubles fonctionnels.

Le plan du présent travail de recherche a subi plusieurs modifications par rapport à celui exposé dans le diplôme d'études approfondies (mémoire de psychopathologie; publié à Nice en 1984).

Le premier chapitre de cette thèse énonce les définitions des concepts qui seront utilisés dans cette recherche. La mise au point du vocabulaire est rendue nécessaire par la diversité des disciplines et des systèmes qui étudient la symptomatologie nerveuse et par l'imprécision fréquente des vocables. Une introduction à la médecine psychosomatique nous a paru indispensable dès le début de cette thèse.

Le second chapitre offre une description de la médecine psychosomatique puis expose les différentes maladies psychosomatiques et leur pathogénie.

Le troisième chapitre traite brièvement de la physiologie du système nerveux et des organes des sens ainsi que leurs connexions. Il aborde ensuite les différentes méthodes d'éducation ou de rééducation du système nerveux par la voie sensorielle ou par l'arc sensori-moteur.

Le quatrième chapitre est une présentation de la méthode de neuropédagogie fondée par Georges Quertant, de son but, de ses moyens, de ses résultats. Les données neuro-physiologiques connues à l'époque du développement de la méthode sont étudiées.

Le cinquième chapitre aborde les données neuro-physiologiques récentes, en particulier celles concernant les neuromédiateurs, en vue de réactualiser les hypothèses

explicatives et les schémas de fonctionnement de la neuropédagogie Quertant.

Le sixième chapitre émet trois hypothèses. La méthodologie étant décrite, nous nous efforçons essentiellement de confirmer la première d'entre elles:

- la culture psycho-sensorielle (C.P.S.) traite efficacement les troubles psychosomatiques;
- la neurophysiologie actuelle peut éclaircir le mode d'action de la culture psycho-sensorielle;
- l'acquisition de nouvelles données neuro-physiologiques peut aboutir à une modification de la technique de la C.P.S. dans le but d'en optimiser les résultats.

En tant que psychologue, nous n'approfondirons pas la partie neurophysiologique qui demande des connaissances étendues dans ce domaine si rapidement mouvant et en progrès constant.

Nous nous efforcerons toutefois de moderniser le vocabulaire et certains concepts utilisés par le fondateur de la culture psycho-sensorielle.

Au chapitre septième figurent nos études de cas. Les sujets ont tous passé une batterie de tests psychométriques (Echelle d'Intelligence pour Adultes de Wechsler, Echelle d'anxiété, test 16 PF qui met en évidence seize facteurs de personnalité) et projectif (test de Rorschach) en plus d'un entretien, et ceci avant et après cinquante séances de culture psycho-sensorielle. Les résultats de ces tests sont exposés.

Le huitième chapitre est consacré à la mise en évidence des effets de la culture psycho-sensorielle sur les troubles fonctionnels, selon l'étude des différents cas.

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES

CHAPITRE I

I. DEFINITIONS DE CONCEPTS

Avant d'aborder la psychosomatique, il convient de donner la définition de certains concepts qui seront employés au cours de ce travail.

-L'anxiété (80) est un état affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité. Souvent employé comme synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencie par l'absence de modification physiologique (sensation d'étouffement, sueurs, accélération du pouls) qui ne manquent jamais dans l'angoisse.

-L'angoisse (80) est une peur irrationnelle, une sensation pénible de malaise profond déterminée par l'impression diffuse d'un danger vague, imminent, devant lequel on reste désarmé et impuissant.

-Si l'angoisse est exteriorisée, c'est à dire projetée sur certains objets ou certaines situations qui sont redoutés par le sujet, elle prend le nom de phobie (80).

-L'obsession se caractérise par "une idée souvent absurde ou incongrue qui fait irruption n'importe quand dans la conscience et l'assiège, bien que le sujet soit conscient de son caractère morbide et la ressente comme étrangère"*.

-selon Selye**, le stress "est la réponse de l'organisme à n'importe quelle demande qui lui est faite". Cette définition permet de mettre en évidence le fait que le stress peut être aussi bien une grande joie (eu-stress) qu'une grande détresse. La notion de quantité est importante car si trop de stress est nuisible à l'individu, l'absence de stress l'est aussi puisqu'elle entraîne la mort.

La définition de Selye est utile au physiologiste mais, trop vaste, elle ne correspond pas à l'usage que l'on fait communément du mot "stress". Nous préférons la définition du Larousse*: "Ensemble de perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme et des réponses de celui-ci".

Tandis que Selye définit le stress comme une stimulation dont l'intensité n'est pas précisée, la définition du Larousse introduit l'aspect anormal ou pathologique du concept. Selye, le premier, décrit le syndrome général d'adaptation qui survient lorsqu'on soumet un sujet à une agression quels qu'en soient les facteurs: dans un premier temps, une réaction d'alarme se caractérise par une libération de corticoïdes dont le but est de maintenir

* Petit Larousse Illustré 1984

** Cité par GOTTESMAN (42)

constant le taux de glucose sanguin, permettant au sujet de réagir face à une agression.

La deuxième phase est un stade de résistance avec adaptation. Si l'organisme ne peut s'adapter, on assiste à une phase d'épuisement. Tout individu soumis à des facteurs stressants va montrer les signes caractéristiques de la réaction de stress: accélération ou ralentissement des fréquences cardiaque et respiratoire, mobilisation des acides gras libres, augmentation du taux de glucose sanguin; à l'extrême, la syncope correspond à un arrêt passager du coeur et à une chute de la pression artérielle dus à une hyperactivation parasympathique.

Si le facteur stressant continue d'agir, on peut voir apparaître à long terme des troubles organiques tels qu'ulcères gastriques ou duodénaux, gastrites, colites.

Le nervosisme est l'état des nerveux. En l'absence de toute cause organique, ces sujets présentent un fond d'anxiété, divers symptômes neurovégétatifs dont la nature dépend de la prédominance de l'ortho- ou du parasympathique, et parfois des désordres psychosomatiques.

Le dictionnaire Larousse définit la dépression nerveuse comme "un état pathologique de souffrance marqué par un abaissement du sentiment de valeur personnelle, par du pessimisme et par une inappétence face à la vie". Il convient de distinguer plusieurs types de dépression (cf. chapitre II).

La neuropédagogie, comme l'indique son étymologie, est l'éducation du nerf ou du système nerveux.

II. INTRODUCTION A LA MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE

A. DEFINITION

La médecine psychosomatique est une médecine totale qui considère à la fois l'esprit et le corps. Elle s'appuie sur l'étroite solidarité qui régit toutes les fonctions de l'organisme tout en s'efforçant de comprendre la réalité humaine vécue, l'affectivité et son rôle dans le déterminisme de nombreux troubles fonctionnels ou organiques. Selon la définition de GRINKER*, la psychosomatique est une approche englobant la totalité des processus de transaction entre les systèmes somatique, psychique, social et culturel.

"En fait, la notion de *psychosomatique* ne se réfère ni à la physiologie ou à la pathophysiologie, ni à la psychologie ou à la psychopathologie, mais à un concept de processus entre les systèmes vivants et leur élaboration sociale et culturelle".

B. HISTORIQUE

La prise en compte de l'interaction corps-âme ou somapsyché remonte avec ANAXAGORE aux environs de 500 ans avant notre ère. ARISTOTE, dans son *traité de la psyché*, trois siècles avant Jésus-Christ, décrit les trois niveaux du corps animé: le niveau végétatif, le niveau sensible, le niveau intellectuel.

Selon les différentes époques, le problème corps-âme est introduit par une théorie moniste (il existe un seul principe dans l'homme, corps ou âme) ou par une théorie dualiste qui affirme l'existence de deux principes différents dans l'homme, corps et âme. Selon cette deuxième hypothèse, plusieurs types de relations entre corps et esprit ont été pris en compte: il peut y avoir soit interaction entre ces deux secteurs, soit union de ces deux substances, le psychique et l'organique manifestant leur unité spécialement dans le domaine des passions, sentiments, émotions et conduites totales.

LEIBNIZ complète l'ensemble de ces points de vue par une conception paralléliste dans laquelle il affirme que corps et âme sont deux substances agissant de façon indépendante.

A tort, DESCARTES est souvent cité comme le père du dualisme: en effet, s'il est vrai qu'au niveau métaphysique pur il dénonce l'existence de deux substances, la substance étendue et la substance pensante, il n'est pas moins vrai que pour lui, la réalité humaine représente l'union de ces deux substances.

Les diverses conceptions aboutissent à la psychosomatique actuelle qui est une branche de la médecine. Elle soigne un homme contemporain spontanément dualiste, qui considère son corps comme une machine ou un animal d'ordre inférieur au service de sa supériorité qualifiée de spirituelle, de psychique, de culturelle.

A un niveau moins philosophique mais plus pratique, nous admettons -la démonstration en a été faite- que le psychisme influence l'organisme de manière favorable ou défavorable, pouvant produire trouble ou amélioration fonctionnel ou organique. Nous admettons aussi que la santé du corps favorise la santé de l'esprit, en rappelant que la notion de santé est un concept global et individuel que l'Organisation Mondiale de la Santé définit comme un état de bien-être physique et psychique.

C. LES PRINCIPALES THEORIES

Plusieurs théories ont tenté de déterminer la nature de la relation entre psyché et soma. La psychanalyse, par exemple, propose une explication du symptôme par une pulsion non satisfaite par le sujet; nombreux sont les psychanalystes qui expliquent les troubles digestifs, cardiaques, respiratoires, génitaux par la "mauvaise mère internalisée".

Mais ces tentatives d'explication n'éclairent pas la nature de la relation entre le symptôme et sa cause. Outre la relation psyché-soma, il faut tenir compte du "terrain", c'est à dire des prédispositions héréditaires et des fragilités séquellaires. Il faut aussi prendre en considération les facteurs économiques, culturels et sociaux.

Selon R. MUCCHIELLI (64), il existe cinq systèmes qui mettent en relation soma et psyché: 5

1°) LA CORRESPONDANCE ENTRE MALADIE PSYCHOSOMATIQUE ET PROFIL DE PERSONNALITE

Cette explication, qui est celle des différentes écoles constitutionnalistes actuelles, a pour origine les quatre types d'HIPPOCRATE (l'atrabilaire ou mélancolique, le bilieux ou cholérique, le sanguin, le lymphatique ou flegmatique). La classification de ces différents types se fait selon les signes morphologiques, les traits habituels de caractère, les qualités particulières des humeurs et leur retentissement sur toutes les fonctions de l'organisme ainsi que sur la prédisposition aux maladies.

On appelle "profil de personnalité" le type caractéristique de comportement en action, c'est à dire le style d'existence et de conduite d'un sujet. En analysant ces profils, on s'aperçoit que des profils voisins sont mis en parallèle avec des traits pathologiques qui sont tout à fait différents au niveau clinique, anatomique et physiologique; l'ulcère gastro-duodénal, l'hypertension artérielle ou l'infarctus du myocarde sont reliés à des personnalités affirmées, compétitives et dominatrices.

Actuellement, la typologie constitutionnelle, qui a pu démontrer l'existence d'un "terrain" personnel qui favorise certains troubles de l'organisme, représente un courant d'une ampleur considérable. Elle a permis des progrès non négligeables en soulignant l'importance de l'influence du milieu sur la personnalité et son évolution. Deux grandes hypothèses psychanalytiques, la conversion et la régression, tiennent compte de la relation de l'individu à son milieu.

2°) LA CONVERSION

Le symptôme de conversion exprime un conflit: il est l'équivalent somatique du désir et de son refus. Au départ du mécanisme, une force émotionnelle appelée pulsion, affect ou désir selon les auteurs, est refoulée. N'ayant pu trouver sa voie de réalisation normale sous la forme du comportement intentionnel conscient, elle se manifeste sous forme somatique.

Il convient de préciser que le refoulement est le principe et le but commun de tous les mécanismes de défense du Moi: le "Moi" conscient bannit la pulsion ou le désir dangereux pour son propre équilibre en le rendant inaccessible au conscient, d'où la nécessité d'un

inconscient. Le travail psychanalytique consiste à permettre au sujet de prendre conscience de tous ses conflits refoulés qui sont source d'anxiété, d'angoisse et de troubles fonctionnels. Ainsi, il suffirait d'une émotion assez forte et perturbante pour déclencher une inhibition de la conscience.

H.LABORIT* considère que "l'exposition des organismes à des situations frustrantes inévitables ou à des problèmes insolubles est le facteur décisif du développement des perturbations cérébro-viscérales". On aurait donc simultanément "inhibition de l'action" et développement de lésions somatiques sans qu'il soit nécessaire de considérer l'un comme la conséquence de l'autre. Dans cette optique, il serait plus juste de parler de maladie de l'inhibition comportementale plutôt que de maladie psychosomatique.

En ce sens, la théorie comportementaliste de H.LABORIT va à l'encontre de l'essence même de la psychanalyse. En effet, selon le neurophysiologiste, "la maladie psychosomatique est un langage muet intériorisé, un langage du corps avec lui-même mais qui ne peut avoir de signification pour personne, pas même pour le sujet qui la constitue inconsciemment parce qu'il ne peut se résoudre à communiquer même symboliquement".

Si l'on réduit la conversion au simple exutoire d'une émotion forte ou prolongée, on perd tout rapport de spécificité entre la nature des affects refoulés et le type de maladie déclenché. Il faut donc tenir compte de la localisation.

Selon JANET**, "à côté du trouble émotionnel général, il y a toujours prédominance des troubles sur une fonction déterminée".

Cette localisation ne dépend pas de la nature de l'émotion; elle est déterminée, selon JANET, par des lois complexes qu'on a tenté d'établir en se fondant sur la notion de symbolisme. Des schémas dynamiques fondamentaux, incorporation, élimination et rétention ont une correspondance psychologique: appropriation, expansion et conservation. Ce système de vecteur d'ALEXANDER a servi de base à des recherches sur les lois de la localisation somatique. En fait, si l'interprétation analytique peut y trouver un champ d'investigation, l'expérience tend à prouver que l'on ne peut généraliser ces explications de la relation psyché-soma: chaque cas apparaît comme spécifique.

3° LA REGRESSION

Les théoriciens de la régression, mieux que ceux de la conversion, ont réussi à approcher l'unité psychosomatique. Cette indifférenciation de la conscience et de l'organisme se situe dans les premiers mois de l'enfance, c'est à dire à un stade du développement individuel antérieur à la

* Cité par P. PIGNARRE (63)

** Cité par R. MUCCHIELLI (64)

constitution du Moi, et donc antérieure au refoulement; la régression fait référence à un âge où les chocs et traumatismes affectifs n'existent pas encore. En effet, le Moi de l'enfant se développe dans et par la relation primordiale à la mère et l'importance de cette relation est dorénavant confirmée par de nombreuses études. Le syndrome d'hospitalisme témoigne de cet état de non-dissociation de l'enfant et de sa mère. Il existe une indifférenciation réelle au niveau psychosomatique qui est la base de la construction ultérieure de la pensée. Des schèmes de réaction psychosomatique vont intervenir dans la relation mère/enfant et ces schèmes détermineront les comportements ultérieurs, lorsque le Moi adulte désintégré fera place à la régression.

Ainsi, deux concepts interviennent dans ce nouvel ensemble théorique:

- La régression du malade vers le niveau d'indifférenciation psychosomatique.
- La réactivation des attitudes, réactions, émotions et conduites formées dans l'existence infantile.

Il s'agit pour les théoriciens de la régression de porter une attention spéciale à l'étude des fonctions totales du stade préverbal indifférencié qui contient l'ébauche de deux systèmes ultérieurs: l'organique et le psychique.

4/5 LA MALADAPTATION:

Elle semble responsable du déclenchement de tout un ensemble psychosomatique pathologique. SELYE a insisté sur ce phénomène et a décrit le *syndrome général d'adaptation* qui intervient au cours d'un stress. Ce faisant, il a complété les découvertes de CANNON sur les réactions du système végétatif à toute agression pathogène en décrivant les mécanismes endocriniens concomittants. Ce syndrome se divise en trois phases: alarme, résistance et épuisement. L'agent stressant va perturber la vie affective et émotionnelle de façon répétée et va entraîner une réaction pathologique. Toutefois, l'explication des psychosomaticiens reste vague lorsqu'il s'agit d'interpréter le passage du phénomène psychologique aux réactions physiologiques.

Le processus explicatif est bloqué de part et d'autre sur l'axe psychologique ou sur l'axe physiologique sans que la relation s'opère. La prise en considération d'une maladaptation s'impose, bien qu'elle ne résolve pas la dichotomie.

Cependant, même face à la maladaptation, les explications divergent: pour Selye, nous l'avons vu, elle est une réaction du système endocrinien aux chocs qui s'exercent sur lui; pour les psychosomaticiens, il s'agit de la bonne ou mauvaise intégration du Moi dans son milieu, c'est à dire d'une conduite impropre, archaïque et non réaliste. D'autres auteurs affirment que l'émotion est une cause déclenchante de la maladaptation.

Il est certain que l'affectivité joue un rôle important dans les troubles psychosomatiques en perturbant l'intégration du Moi dans son milieu, d'où résulte la désadaptation. Celle-ci serait plutôt une conséquence et ne semble pas, à elle seule, pouvoir constituer le principe d'une explication.

5/ LA THEORIE CORTICO-VISCERALE:

L'école de PAVLOV a centré ses études sur le cerveau et plus précisément sur le cortex cérébrale puisqu'il est, selon elle, l'organe unique de l'adaptation. Le cerveau permet la réalisation de trois opérations cruciales de la vie individuelle:

- L'analyse et la régulation de toutes les fonctions viscérales.
- L'analyse et l'intégration des données du monde extérieur.
- La régulation de la conduite de l'individu pour que soit obtenu l'optimum d'adaptation.

PAVLOV tient compte des conduites, postures, attitudes, et donc des réactions d'ensemble de l'organisme dans un milieu expérimental où tous les facteurs sont contrôlés. Il démontre que le cerveau est capable de répondre à un environnement complexe et changeant tout en tenant compte de l'organisme.

Il convient d'analyser ces processus cérébraux d'adaptation afin de déterminer l'origine des troubles psychosomatiques qui peuvent résulter de perturbations de ces mêmes processus. Les travaux de l'école de PAVLOV ont mis en lumière cinq mécanismes par lesquels le cortex cérébral assure sa fonction d'équilibration et d'adaptation:

- a) L'établissement de la liaison temporaire se produit lorsque l'excitant "indifférent" faisant partie d'un ensemble spatial ou temporel devient positif.
- b) La généralisation de la liaison temporaire est constituée lorsque tout stimulus du même type que le signal prend valeur de signal.
- c) La différenciation de la liaison temporaire consiste à créer un réflexe conditionnel négatif pour des excitants voisins de l'excitant positif.
- d) L'extinction de la liaison temporaire se fait lorsque le signal positif, qui n'est plus accompagné de l'excitant inconditionnel naturel, "s'éteint".
- e) L'inhibition, selon PAVLOV, existe sous trois formes: l'inhibition externe (excitation inattendue qui vient couper le cours d'une réaction conditionnelle), l'inhibition supraliminale (excitation trop forte qui bloque le comportement) et l'inhibition interne ou conditionnelle qui est impliquée dans les expériences de différenciation et d'extinction.

La théorie corticoviscérale part du principe que l'organe régulateur supérieur, le cortex, dirige le système nerveux végétatif et qu'il est donc responsable des affections psychosomatiques.

La méthode des névroses expérimentales a permis de déterminer les conditions dans lesquelles se perturbent les mécanismes régulateurs:

- surtension de l'excitation (excitation trop forte et répétée);
- surtension par différenciation trop fine;
- première forme de "collision": transformation brusque d'une réaction d'inhibition en réaction positive;
- deuxième forme de "collision": transformation d'une réaction de défense en réaction positive;
- troisième forme de "collision": surtension de la labilité de processus d'excitation et d'inhibition par perturbation des stéréotypes dynamiques (système des habitudes de vie);

Malgré son refus de prendre en compte l'aspect psychologique de ces différents mécanismes nerveux, PAVLOV a permis un progrès important dans la compréhension du rôle des automatismes sensori-moteurs et affectivomoteurs dans la genèse des troubles psychosomatiques.

Cependant, le système nerveux évolue dans un milieu familial, social et culturel avec lequel il est en relation affective constante. L'affectivité ne peut être négligée puisqu'elle détermine l'impact et la signification de tel événement ou situation pour un sujet donné.

CHAPITRE DEUXIEME

LA MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE

CHAPITRE II

LA MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE

I. DESCRIPTION

A. LA SANTE PSYCHOSOMATIQUE:

La définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé est suffisamment large pour intégrer l'aspect psychosomatique: *"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité"*. La définition de R. MUCCHIELLI (64) a l'intérêt de préciser ce que doit être le bien-être: il serait la liberté d'esprit qui permet "le travail professionnel, créateur, source de satisfaction personnelle, la liberté de l'attention, la communication avec autrui et la compréhension du point de vue d'autrui, la participation active (totale même à la limite) à la communauté vivante et ouverte qu'est une société saine, le sens du présent et l'insertion du *moi* dans son présent, la capacité de résistance à la frustration et aux chocs, la maîtrise complète du comportement".

Ainsi c'est à trois niveaux (organique, psychologique et social) que l'on doit pouvoir constater de bons échanges pour qualifier la santé d'un être humain de bonne.

B. LA MALADIE SOMATIQUE:

La grande variété des étiologies et des manifestations de la maladie psychosomatique ne doit pas faire oublier la pathologie somatique: il s'agit de cas desquels l'élément psychique n'est pas exclu mais où son rôle est trop minime pour qu'on puisse le considérer. Il ne peut exister de frontière entre pathologie somatique et psychosomatique mais il revient au praticien, face à chaque patient, de déterminer l'abord le plus profitable et, le cas échéant, d'éviter l'ambiguïté inutile d'une approche psychologique superflue.

C. LA RESISTANCE AUX AGRESSIONS:

Face à des facteurs stressants, l'individu met en jeu ses mécanismes de défense. Si ces derniers ne parviennent pas à protéger son intégrité psychique et son équilibre physiologique, l'apparition de la maladie psychosomatique est probable.

Pour sa défense, l'individu dispose :

- * de sa résistance à la douleur et à la maladie; sa conscience est capable jusqu'à un certain point de supporter ces événements pour sauvegarder son équilibre;

- * de mécanismes régulateurs mettant en jeu des systèmes de compensation qui lui permettent d'intégrer le stress à son fonctionnement sans engendrer de dérèglement irréversible;

Si ces mécanismes d'auto-défense ne permettent pas de faire face et d'assumer l'intégration des différents agents stressants, la maladie psychosomatique s'installe.

D. LES MECANISMES NERVEUX DU STRESS:

Nous partirons du principe que toute maladie psychosomatique résulte d'un dérèglement du système nerveux.

L'individu est en interaction constante avec son environnement qui sans cesse le stimule. Si ces stimulations deviennent trop fréquentes ou trop intenses ou au contraire trop rares ou trop faibles, le système nerveux ne peut plus enregistrer l'information et y répondre de façon adéquate: la réponse est soit intensifiée soit diminuée; le système nerveux se dérègle, le dérèglement pouvant se faire à plusieurs niveaux:

- A la réception de la stimulation (récepteurs sensoriels);
- A la transmission de l'information (voies nerveuses centripètes et centrifuges);
- Au décodage et à l'analyse du message (centres nerveux);

Par voie de conséquence, le dérèglement entraînera une réponse non-adaptée à la stimulation reçue.

Les travaux de BROADBENT (22) sur l'ouïe établissent l'existence d'un filtre sélectif puis de voies nerveuses de transmission à capacité limitée entre les organes sensoriels et les centres cérébraux. L'ouverture de ce filtre et cette capacité de transmission sont soumises à plusieurs influences: elles sont augmentées par la probabilité du stimulus et par l'expérience qu'en a le sujet; par l'état d'éveil et de préparation du sujet; par la motivation du sujet. Elles sont diminuées ou augmentées selon le cas par la durée du stimulus, par la compétition de plusieurs stimuli. Elles sont diminuées par des facteurs stressants tels qu'un excès ou un défaut de chaleur ambiante, un excès de bruit, le manque de sommeil, la fatigue, les intoxications.

Ces mécanismes neurologiques sont de mieux en mieux reliés par les chercheurs à leurs facteurs biochimiques et à la pharmacologie, mais l'articulation de l'échelon moléculaire à l'échelon psychologique ne trouve pas à ce jour de modèle explicatif convaincant. On ignore si l'un ou l'autre échelon est au départ des troubles. Pour GRAY, c'est l'anxiété qui inhibe l'action. Pour LABORIT, l'inhibition de l'action est la source de l'anxiété. On peut remarquer que pour FREUD, le refoulement était la cause de l'angoisse, jusqu'en 1926 où cet auteur changea d'opinion et estima qu'il en était la conséquence.

Parallèlement à ce niveau de réaction se fait aussi une interprétation affective et intellectuelle du stimulus qui varie en nature et en intensité selon chaque individu.

E. AFFECTIVITE ET MALADIE PSYCHOSOMATIQUE:

- INFLUENCE RECIPROQUE DU PSYCHIQUE ET DU SOMATIQUE.

Lorsque les psychosomaticiens abordent le rôle des émotions dans l'apparition de la maladie psychosomatique, ils témoignent d'un dualisme erroné: selon eux, le sujet exprime ses émotions comme si elles étaient d'abord éprouvées sur l'un des deux plans (psychologique ou somatique) puis manifestées sur l'autre. Selon eux, il y aurait antériorité de l'un par rapport à l'autre. La conception de l'être humain en tant qu'"être global", en tant qu'unité psychosomatique se trouve de ce fait contredite.

- LA PROTOCONSCIENCE.

La réduction de toute la vie affective au phénomène de l'émotion se retrouve souvent dans les différentes théories des psychosomaticiens. Ils affirment que dans un premier temps la tension émotionnelle provoque un désordre fonctionnel et que si cette tension persiste on voit apparaître dans un deuxième temps une maladie organique. La tendance actuelle est à ne pas isoler l'émotion d'un ensemble psychoaffectif et culturel peu différencié, voire primitif.

Pour caractériser ce mode d'"être au monde", R. MUCCHIELLI propose le terme de protoconscience: *"La protoconscience est le type de relation existentielle au niveau de la vie affective; elle est régulatrice de l'organisme vivant dans un univers fantasmatique. Elle est typiquement et exclusivement affective, c'est à dire qu'elle n'est à aucun moment ni représentative, ni réflexive, ni critique et qu'elle est exclusivement et intégralement vécue".* On voit par là l'insuffisance des explications des théoriciens de la médecine psychosomatique lorsqu'ils s'efforcent de décrire l'action des émotions sur le système neurovégétatif. *"...L'être au niveau protoconscientiel réagit tout entier aux qualités de son univers particulier et répond physiquement aux situations dans lesquelles il est impliqué".*

La réponse psychosomatique à l'agression serait trop globale et indifférenciée pour se prêter utilement à l'analyse.

- TYPE DE RAPPORT DE LA PROTOCONSCIENCE A LA CONSCIENCE

La maîtrise par le niveau conscientiel supérieur du niveau protoconscientiel caractérise l'individu en bonne santé. Il existe un conflit entre ces deux niveaux: l'affectivité se manifeste par des réactions de différentes natures que le conscient, niveau réflexif, doit dominer. Cette conception rejoint celle de VITTOZ dont la thérapie est basée sur un renforcement du "contrôle cérébral" sur les mécanismes inconscients.

Si le niveau supérieur réfléchi se dissout, le niveau d'existence protoconscientiel apparaît et s'impose à sa place en se constituant comme modalité d'existence dans certaines situations. Dans le cas de la maladie psychosomatique, le niveau supérieur d'intégration résiste et refuse activement le vécu non réfléchi qui apparaît alors sous son seul aspect organique et physiologique. La situation de l'"être au monde" se réduit pathologiquement à une tonalité particulière et exclusive qui sera d'autant plus organiquement marquée qu'elle est plus profondément vécue. De ce fait, l'épanouissement de la nature humaine dans l'établissement d'un rapport vital authentique avec le monde est impossible. En effet, le sujet éprouve entièrement la réaction affective à l'égard d'une situation existentielle sans pouvoir la relativiser, la juger et prendre du recul par rapport à elle. Il ne peut l'expérimenter au niveau de la conscience vécue avec l'attitude objective qui caractérise le niveau d'existence supérieur, bien qu'il soit capable de résister à l'invasion complète des forces protoconscientielles.

- L'INCONSCIENT ORGANIQUE.

Il est le niveau le plus élémentaire de la structuration complexe de l'être humain. Avant l'apparition de la conscience, de l'inconscient et donc du Moi, il existerait un inconscient organique qui réagirait par l'angoisse face à son morcellement ou sa mort imminente.

La vie affective se construit sur ce niveau auquel on peut distinguer trois types d'automatismes (64):

- 1) Les mécanismes régulateurs du fonctionnement d'ensemble de l'organisme.
- 2) Les schèmes dynamiques les plus généraux et les plus fondamentaux (ou patterns) de la relation de l'être humain à son environnement (alarme-inquiétude, rejet-fuite, réactions posturales, organismiques, comportementales).
- 3) Les schèmes dynamiques les plus généraux et les plus fondamentaux de la relation de l'être humain à son univers (cf. conduites archétypiques de JUNG).

- LA PSYCHOSOMATOGENESE.

L'individu réagit dans sa totalité face à une situation. Il s'implique entièrement et notamment par son corps, ses postures et son comportement. Sur cet inconscient organique, structuré selon une suite de conditionnements, se greffe l'affectivité, puis la conscience réfléchie et volontaire en relation avec la constitution progressive d'un univers rationalisé et humanisé. Cette socialisation s'établit vers l'âge de sept ans, et jusque là toutes les situations sont vécues sur le plan affectivo-moteur. Par la suite, il y a intrication des niveaux protoconscientiel et conscientiel.

F. LES CONDITIONS DE CONSTITUTION DE LA MALADIE PSYCHOSOMATIQUE.

Roger MUCCHIELLI (64) met en évidence trois conditions nécessaires et suffisantes au développement de la maladie psychosomatique: d'une part la résistance du Moi et du niveau supérieur d'intégration, d'autre part la condensation du niveau protoconscientiel sur une situation existentielle dominante ou exclusive et enfin des réactions en chaîne purement physiologiques à partir du trouble protoconscientiel primaire.

La résistance du Moi est la première de ces conditions: le malade psychosomatique garde une relative capacité d'intégration et d'adaptation à son environnement. Le sens du réel est conservé et la conscience est intacte. Mieux le sujet est intégré à son environnement psychologique et social, plus l'organicité du trouble est probable.

A l'origine de la maladie psychosomatique, il semble y avoir un processus de dissociation entre:

- un mécanisme de défense du Moi normal, c'est à dire une résistance spontanée de la conscience normale à l'égard d'une situation dramatique vécue protoconscientiellement.
- une inhibition fonctionnelle de la part du Moi à l'égard des schèmes affectifs.

Chez le malade psychosomatique, c'est un Moi normal qui remplit une fonction inhibitrice en protégeant le niveau supérieur d'intégration.

L'angoisse est souvent présente et provient sans doute des impressions obscures du Moi, obligé de maintenir hors du champ de la conscience actuelle les composantes de sa situation vécue, comme s'il appréhendait la submersion de son domaine réflexif par les forces affectivo-motrices de la protoconscience.

L'inhibition a une fonction essentielle puisqu'elle permet l'adaptation; le Moi normal préserve sa stabilité en résistant aux schèmes de la protoconscience. Il ne peut que les inhiber pour s'adapter ou les subir partiellement dans l'émotion.

La seconde condition de la constitution de la maladie psychosomatique est l'intégration de tous les automatismes affectivo-moteurs à un seul schéma dynamique qui semble les subordonner ou les assimiler.

Les symptômes expriment cette structure proto-conscientielle ou psychophysiologique et confirment l'absence de contrôle du niveau réflexif sur ce premier niveau.

La troisième condition est une réaction physiopathologique en chaîne. Plus la maladie est ancienne et plus les symptômes seront d'origine organique ou lésionnelle.

G. LES LOCALISATIONS DE LA MALADIE PSYCHOSOMATIQUE.

Les fonctions sympathiques ont une situation intermédiaire entre les fonctions viscérales et les actions dirigées vers l'extérieur. Selon certains auteurs, il y aurait, en tenant compte de l'origine des troubles, une prédominance de l'ortho- ou du parasympathique.

Dans les troubles liés à l'hyperactivation sympathique, l'organisme n'entre pas en action bien que soumis aux changements préparatoires propices et nécessaires à l'action. Si cette étape était suivie d'une action le processus serait normal. Le caractère pathologique de cet état résulte du fait que le processus physiologique total ne se déroule jamais jusqu'à la fin.

Quant à l'émotion, point de départ de ces manifestations neurovégétatives, ses mécanismes ont été longuement étudiés au cours des deux dernières décennies. La théorie de l'activation, selon laquelle les émotions correspondent à un seul et même niveau d'activation du système nerveux, a fourni un bon exemple de réductionnisme; elle est actuellement très contestée: SCHWARTZ * attribue à chaque hémisphère cérébral un rôle différent dans l'expression des émotions.

De nombreuses expériences peuvent laisser supposer que l'hémisphère droit est de manière prépondérante à la base du comportement émotionnel. M. de BONIS (18) explique cette hypothèse de la façon suivante:

"Compte tenu du fait que les voies nerveuses provenant de l'hémisphère cérébral gauche commandent la musculature du côté droit du corps (et inversement), il paraît évident que les mouvements de la tête ou du regard dans une direction donnée traduisent l'activation de l'hémisphère cérébral du côté opposé à cette direction. Autrement dit, la latéralité du regard peut être considérée comme le témoin de la dominance hémisphérique. Or, en utilisant des questions chargées ou non d'affectivité, SCHWARTZ et ses collaborateurs ont pu montrer que la direction du regard varie en fonction du contenu de la question. Les questions à contenu affectif entraîneraient plus de mouvements vers la gauche (laissant supposer une activité prévalente de

* Cité par de BONIS (18)

l'hémisphère droit), que les questions dépourvues d'affectivité auxquelles les sujets répondent en regardant aussi bien à droite qu'à gauche. D'autre part, parmi les questions à contenu affectif, celles qui induisent de l'anxiété entraîneraient plus de mouvements oculaires vers la gauche que celles qui évoquent plutôt de la tristesse".

La direction du regard, si tant est qu'elle traduise l'activité d'un hémisphère, ne saurait être exclusivement liée au comportement émotionnel.

Nous dirons que l'émotion est la résultante d'une submersion de la conscience normale par l'ensemble organismique-postural-comportemental du niveau proto-conscientiel.

Les études récentes font apparaître cinq facteurs principaux de la localisation de la maladie psychosomatique:

1°) La localisation dépend du genre d'émotion exprimée par le sujet. Le Moi inhibe la conscience du sujet et permet l'expression du conflit au niveau physiologique. Tantôt chaque genre d'émotion engendre un ensemble déterminé et socialisé d'expressions physiologiques correspondant à l'émotion consciente qu'éprouverait le sujet s'il y avait levée des inhibitions, tantôt différents types d'émotion peuvent déclencher une grande variété de manifestations physiologiques.

2°) La localisation peut dépendre de la posture du sujet lors d'un choc émotionnel.

3°) La localisation peut être déterminée par l'état antérieur de l'organisme, par la vulnérabilité de telle ou telle fonction.

4°) La localisation peut être déterminée par les croyances du sujet. Ces croyances, qui remontent souvent à l'enfance, s'insèrent dans un ensemble de représentations culturelles affectivement chargées pour le sujet.

5°) La localisation peut dépendre de réactions archaïques qui sont mises en place durant les premiers mois de la vie. Elles correspondent à des réactions physiologiques qui font intervenir l'être humain dans sa totalité. C'est le *langage du corps*, le *symbolisme organique* prôné par ALEXANDER qui offre un système d'explication par analogie (entre la manifestation physiologique et sa correspondance psychologique) difficilement vérifiable.

La médecine psychosomatique a fait la part belle aux états psychologiques individuels et a quelque peu négligé l'influence des facteurs psychosociaux dans la localisation de la maladie psychosomatique.

A. MAGUIRE *, dermatologue, a récemment relaté en détail

* Cité par A. VLOEBERGH (92)

ce qui est arrivé à des ouvriers du nord de l'Angleterre et qui tend à prouver que "les facteurs psychosociaux (conflit larvé entre ouvriers et direction, existence d'un meneur dans un atelier) peuvent déclencher de véritables épidémies de maladies organiques chez les travailleurs d'un même atelier. La propagation par voie psychologique de symptômes somatiques dans un groupe d'individus, ce qu'on appelle la *possession psychique*, était un phénomène courant en Europe au Moyen-Age et son existence en d'autres temps et d'autres lieux est attestée (...). On sait qu'il est possible de provoquer une affection cutanée, comme l'urticaire, par la simple évocation verbale des symptômes, mais on ignore par contre tout des mécanismes impliqués. Dans le cas de symptômes somatiques que manifestent les hystériques (paralysies, contractures, tremblements, anesthésies, douleurs), on admet qu'il existe des circuits nerveux encore inconnus qui permettent à des causes psychiques d'exercer une influence, sans intention consciente du sujet, sur le système volontaire, notamment la musculature striée. Des causes psychiques peuvent-elles agir sur des mécanismes immunologiques pour déclencher les symptômes d'affections cutanées?"

Un fait semble révélateur pour ce qui est des causes psychosociales des phénomènes collectifs: un seul des travailleurs atteints a cherché à se faire soigner spontanément ce qui, selon MAGUIRE, témoigne d'une perte d'intérêt pour soi et même d'une perte du sens de l'individualité imputables aux conditions de travail. Etant donné que l'ensemble des travailleurs tenait la direction des usines pour responsable de ses maux, on peut considérer que les "épidémies" d'affections cutanées constituaient une forme d'expression (ou de conversion) des conflits avec cette instance supérieure.

H. SYNTHÈSE.

La psychanalyse voulait donner les moyens d'une exploration des mobiles inconscients des comportements humains et un mode de traitement, l'analyse, dans lequel la parole occupait une place essentielle. Il n'est pas de notre propos de juger si elle y a réussi, mais il faut remarquer que FREUD a évité d'aborder en tant que tel le problème de la maladie psychosomatique.

Les premiers élèves de FREUD (GRODDECK) vont aborder plus nettement le rapport entre perturbations psychiques et troubles somatiques. Ils tentent de construire un système où tous les états psychologiques renvoient à un trouble psychique inconscient.

Mais c'est en franchissant l'Atlantique que la psychanalyse va véritablement donner naissance à la psychosomatique. F. ALEXANDER et l'école de Chicago vont aborder de manière systématique le rôle des facteurs

psychologiques, voire leur prédominance, dans un certain type de maladies.

L'école comportementaliste, développant les expériences de PAVLOV, fait la critique de ce qu'elle appelle le "mentalisme" des psychanalystes, c'est à dire la référence explicative permanente à un appareil mental. A cette méthode, les behaviouristes opposent l'analyse des comportements humains qu'ils mettent en relation avec les "apprentissage" opérés tout au long de l'existence.

Alors que la psychanalyse vise à liquider les refoulements passés en élargissant le champ de la conscience sur celui de l'inconscient, les comportementalistes n'ont pour objectif que la suppression des symptômes actuels par la modification du comportement, en remodelant les apprentissages.

La tendance actuelle est celle de H.LABORIT qui parle de maladies de l'inhibition comportementale: l'impossibilité où l'organisme se trouve éventuellement de réaliser ses réponses de consommations adaptatives appropriées est le facteur déclenchant des *perturbations cérébroviscérales*.

La médecine psychosomatique est la voie qui permet de sortir de la dialectique du corps et de l'esprit. Nier l'esprit ou nier le corps, séparer l'idéalisme de l'esprit et le matérialisme du corps sont des attitudes primaires. La réalité humaine, ce qui caractérise en tout domaine, et aussi en médecine, l'humanité, c'est l'union de ces deux principes. La médecine psychosomatique tente, pour chaque individu, de déterminer le schéma selon lequel s'organisent ses réactions. Le symptôme revêt une signification. La guérison n'est pas un retour à la normale mais un progrès.

II. LES DIFFERENTES MALADIES PSYCHOSOMATIQUES ET LEUR PATHOGENIE

Deux grandes classes de troubles somatiques à composante psychologique peuvent être mises en évidence:

1°) Les troubles de la thymie (angoisse, dépression) et les troubles fonctionnels qui peuvent les accompagner ou les masquer.

2°) Les maladies psychosomatiques dites majeures telles que le diabète, l'ulcère gastrique, l'asthme bronchique (notamment).

Lorsque les chiffres confirment que cinq cent mille Français par jour consultent leur médecin pour des troubles psychosomatiques, il convient d'approfondir la question.

A. LES TROUBLES DE LA THYMIE

1°) L'ANGOISSE

Comme nous l'avons vu précédemment, toute émotion non adaptée à la situation et qui se répète anormalement peut avoir une répercussion sur le psychisme de l'individu. L'angoisse en est la représentation la plus fréquente avec la dépression. Tandis que l'angoisse signale un danger, la dépression traduit une perte, un changement ayant pour l'individu un sens négatif.

A ce jour, personne n'est en mesure de préciser la manière dont se construit biologiquement une réaction psychique complexe comme l'angoisse. Même si pour les théoriciens de la démarche en psychologie comme PUTNAM et FUDOR * les opérations mentales qui sous-tendent les comportements se forment indépendamment du support anatomique, il reste néanmoins que l'angoisse s'accompagne de toute une symptomatologie fonctionnelle (sueurs, palpitations, nausées).

Le marché des médicaments qui atténuent l'anxiété, octave inférieure de l'angoisse, sans cesse florissant, atteste l'importance du nombre de ceux qui souffrent de ce trouble. Si l'on ne peut réduire l'ensemble de cette pathologie à une perturbation biochimique, il ne demeure pas moins que pour chaque patient la question reste posée d'une origine biochimique ou psychique de la maladie, de la nature endogène ou exogène du trouble et de l'abord chimiothérapique et/ou psychothérapique. A l'échelon moléculaire, l'anxiété peut être combattue par des anxiolytiques, particulièrement du groupe des diazépines. Mais l'évaluation de ces traitements montre que les placébos ont souvent un effet comparable. Les résultats des traitements sont en partie dûs à la ritualisation de la

* Cite par M. FAS de LOUP (65)

prise du médicament, sorte d'appropriation sécurisante du bon objet par le patient. L'alcool est anxiolytique et l'on connaît les rituels de son ingestion. Le bilan des psychothérapies utilisées contre l'anxiété n'est pas concluant non plus; à l'échelon du psychisme, les thérapies codifiées ne connaissent pas tout le succès qu'on espérait.

R.SPITZ * situe l'apparition de l'angoisse chez l'individu normal aux environs du huitième mois de son existence lorsqu'un étranger approche en l'absence de la mère. Cette anxiété est liée à des étapes utiles du développement de l'individu et est réactivée par leurs échéances successives. C'est l'incapacité de s'adapter à ces situations nouvelles et à leurs exigences qui transforme l'anxiété physiologique en anxiété pathologique. L'évolution harmonieuse est bloquée, un sentiment d'insécurité persiste, la voie de la névrose est ouverte et les symptômes accompagnateurs peuvent apparaître: mydriase, pâleur du visage, sueurs profuses, sécheresse de la bouche, diarrhée, anorexie, insomnie, diminution de la libido, hypertension artérielle, hyperglycémie, entre autres.

2°) LA DEPRESSION

-Définition: Le petit Larousse illustré définit la dépression comme "un état pathologique de souffrance marqué par un abaissement du sentiment de valeur personnelle, par du pessimisme et par une inappétence face à la vie".

L'association psychiatrique américaine a récemment redéfini les critères de diagnostic qui identifient un épisode dépressif grave (39). "Cette affection se caractérise par le fait que le malade n'éprouve aucun intérêt ni aucun plaisir dans ses activités quotidiennes et ses loisirs. Il se sent triste, désespéré, vide et impuissant. Les fonctions de son organisme sont perturbées. En général, le patient a peu d'appétit et maigrit (bien que parfois il mange davantage et grossisse). Les troubles du sommeil sont particulièrement importants: le sujet se réveille très tôt le matin mais peut avoir du mal à s'endormir le soir. On observe une diminution du désir sexuel. Les malades manifestent parfois une excitation ou au contraire une lenteur exagérée dans leurs activités psychomotrices. Souvent les malades observent qu'ils sont incapables de se concentrer et que toute prise de décision, même la plus simple, leur est extrêmement pénible. Ils ont une très mauvaise opinion d'eux-mêmes qui ne correspond pas à la réalité; ils se reprochent des peccadilles et avouent leur culpabilité pour des fautes commises dans le passé. Beaucoup de patients disent que l'idée de la mort leur vient souvent à l'esprit; ils expriment leur désir de mourir et parlent ouvertement de suicide ou même font des tentatives en ce sens. Dans les cas les plus graves, le malade peut être sujet à des impressions fausses et à des

* Cité par N.SILLAMY (30)

hallucinations: il croit qu'on le persécute ou qu'il va bientôt mourir d'un cancer, que des voix lui ordonnent de faire ou de ne pas faire certaines choses.

-Les différents types: Il existe différentes sortes de dépression selon leur origine:

1°) La dépression endogène ou primaire: dans ce cas, le syndrome dépressif fait partie d'un accès mélancolique et l'origine biologique est confirmée par des antécédents personnels et familiaux de psychose maniaco-dépressive. On soupçonne une dépression endogène lorsque l'affectivité composée de sentiments désagréables persistants n'est pas maîtrisable par le sujet et lorsque l'anxiété et le sentiment dépressif ne sont pas en relation avec un danger ou une perte réels ("fausses connexions").

2°) La dépression psychogène ou secondaire, réactionnelle, qui se définit comme un syndrome dépressif déclenché par des événements extérieurs au sujet. Ce type de dépression se caractérise par des troubles de l'humeur de tonalité moins profonde que ceux de la dépression endogène, avec des thèmes mieux compréhensibles, sans ralentissement psychomoteur net, sans anesthésie affective, avec quête affective et demande de soins. Les dépressions psychogènes peuvent suivre la réactivation de conflits infantiles refoulés, actualisés et élaborés sur le mode dépressif; elles peuvent aussi constituer la réaction d'une personnalité face à un milieu défavorable, quelle qu'en soit la structure de base. Ces troubles affectifs névrotiques sont, au cours de l'évolution du sujet, aggravés ou facilités par les circonstances.

-Les symptômes: Le syndrome dépressif le plus fréquent, à savoir la dépression secondaire, se caractérise par:

- une asthénie matinale et une inhibition;
- une dysphorie avec sentiment d'abandon, d'humiliation, d'inutilité, d'isolement et de découragement. La responsabilité est projetée sur l'entourage; il y a parfois auto-accusation;
- une anxiété importante avec craintes et quête affective;
- des symptômes somatiques: céphalées, vertiges, oppressions, troubles du sommeil, troubles des conduites alimentaires et inhibition sexuelle;
- des conduites suicidaires, assez fréquentes, qu'il ne faut pas sous-estimer;
- une réactivité excessive à l'ambiance qui nécessite parfois une période d'hospitalisation afin de permettre au sujet de réparer la faille narcissique. L'importance des réponses du milieu affectif et socioprofessionnel pour l'évolution est irréfutable. Le contact avec un dépressif est caractérisé par sa

mimique et son expression gestuelle ralenties, indécises, figées, accompagnées par des troubles du langage (le débit est bas, les réponses sont lentes et murmurées, le ton est monocorde). On peut remarquer des troubles de l'attention et de la concentration.

-L'étiologie: ENGEL et SCHMALE * distinguent les tableaux "fonctionnels," masquant un affect dépressif (dépression larvée), des situations où une séparation contribue au déclenchement d'une maladie au sein d'un enchaînement étiopathogénique complexe.

Des expériences infantiles malheureuses peuvent empêcher l'individu d'utiliser son agressivité pour combattre et survivre et le laisser passif et démuni face aux attaques tant physiques que psychologiques. Il se déprime alors puis s'abandonne à la maladie. C'est le syndrome qu'ENGEL a appelé le renoncement-abandon ou "giving up/given up".

De nombreux travaux ont mis en évidence le lien existant entre les séparations, les pertes, la dépression et le déclenchement des maladies psychosomatiques proprement dites et d'autres telles que l'asthme, la tuberculose, la colite ulcéreuse, l'arthrite rhumatoïdale, le diabète, les cancers, les leucémies.

La maladie est souvent consécutive à un événement qui met en danger la sécurité narcissique, soit que la dépression s'installe après une phase initiale d'angoisse, soit que la maladie se substitue à la dépression.

Les sentiments dépressifs sont accompagnés par des réactions parasympathicotoniques opposées à celles de l'angoisse: bradycardie, bradypnée, sécheresse de la peau, constipation, hypotension artérielle, hypoglycémie. La dépression agit aussi sur les catécholamines cérébrales, mais les données psychoendocriniennes ne peuvent être interprétées que sur une base très large englobant l'interaction de nombreux facteurs déterminants psychiques et sociaux.

Sigmund FREUD ** explique la dépression par une "perte d'objet" qui entraîne une blessure narcissique, c'est à dire une auto-dépréciation. En effet, l'aspect dépressif est associé à un sentiment de perte et le prototype en est la réaction de deuil.

BOWLBY * décrit le déroulement de la réaction de perte de la façon suivante: d'abord un stade d'alarme, d'angoisse (prise de conscience du danger) et, lorsque l'individu est confronté avec l'inéluctabilité et l'irréversibilité de la perte, la montée des sentiments dépressifs.

Le sentiment dépressif apparaît plus tard que l'angoisse dans l'évolution normale de l'individu. En cas de perte de la mère, il accompagne le travail de deuil, de détachement de manière à libérer les valences qui permettront ensuite de s'attacher à une autre personne.

* Cité par HAYNAL & PASINI (44)

** Cité par E. ZARIFIAN (59)

La *dépression anaclitique* décrite par R. SPITZ * est une maladie grave où l'enfant refuse souvent tout contact humain. Il ne progresse plus dans son développement psychomoteur, il perd du poids et tombe dans un état léthargique. Si la séparation affective n'excède pas trois à quatre mois ces troubles sont susceptibles de disparaître. Au-delà, le pronostic d'évolution reste sombre.

Il convient de distinguer la dépression réactionnelle durable de la dépression préparatoire au travail de deuil dans la mesure où il y a une différenciation temporelle. Dans les premiers cas, le sujet regarde vers l'avenir et réagit par rapport à lui. Il y a une connotation sombre, pénible et douloureuse de tous les événements présents. Dans le deuxième cas, le sujet se tourne vers le passé et le vécu est revécu avec douceur et tendresse. Le vieillard ne s'intéresse qu'à son passé, il n'enregistre donc pas le présent puisqu'il vit son propre passé. Le vieillard a besoin de vivre sa dépression; s'il ne peut vivre ce processus, il retourne à l'état de rage et de colère caractéristique du travail de deuil. S'il y parvient, c'est l'acceptation; la douleur et la lutte disparaissent.

Ainsi, la perte d'un objet sans possibilité de deuil, parce qu'il est impossible de nommer cet objet, est hautement pathogène. Cette impuissance de représentation va rejaillir sur le corps du malade et va entraîner une douleur physique en même temps que psychique.

-Epidémiologie: Comme nous l'avons vu, la dépression peut se manifester à tous âges. Souvent, elle est liée à une perte matérielle ou affective, à une déception par rapport aux autres ou à soi-même ("perte de l'image idéale"). L'état dépressif se manifeste plus souvent lors de changements comme le passage d'un âge à un autre provoquant la perte de l'équilibre antérieur et exigeant une nouvelle adaptation: ainsi au début de la scolarité, à l'adolescence, au moment du mariage, de la naissance du premier enfant ("syndrome de couvade"), au milieu de la vie ("midlife crisis") et au moment de la retraite.

Une personne sur cinq connaît dans sa vie une période dépressive plus ou moins grave. La femme est deux fois plus atteinte que l'homme.

Les facteurs sociaux, professionnels et économiques sont à considérer dans la fréquence d'apparition des dépressions. Selon TUDOR et GOWE (86), "en raison des difficultés inhérentes au rôle féminin dans les sociétés occidentales modernes, les femmes semblent beaucoup plus que les hommes dans la dépression et les névroses". La classe sociale et la qualité des relations du couple sont étroitement liées aux niveaux de dépression. Ce sont les femmes mariées de la classe ouvrière restant au foyer pour élever de jeunes enfants qui ont le taux le plus élevé de dépression.

* Cité par N. BILLAMY (80)

Cependant il apparaît que les facteurs hormonaux propres à la femme la rendent sans doute beaucoup plus vulnérable que l'homme.

La dépression est polyétiologique et dans les cas graves une prédisposition biologique particulière jointe à la confrontation à une situation existentielle donnée constitue une base suffisante pour que cette maladie se manifeste.

-Evolution et traitement: Dans 60 à 70 % des cas, la dépression s'efface en quelques semaines. Les traitements ayant les meilleurs résultats associent la chimiothérapie antidépressive à la psychothérapie. En effet, les antidépresseurs gommant véritablement les symptômes dépressifs mais ils ne semblent pas interrompre le processus de la dépression. La psychothérapie améliore les facultés d'adaptation du sujet en augmentant sa capacité de résistance au stress, en l'aidant à assumer les conséquences de sa maladie. La thérapie cognitive du comportement tente d'enlever au sujet la mauvaise impression qu'il a de lui-même et qui conditionne toutes ses expériences. Alors que la thérapie traditionnelle du comportement tente de modifier les symptômes observables (plaintes, pleurs, inertie), la thérapie cognitive du comportement a pour cibles les idées déformées et les manières de penser.

B. LES MALADIES PSYCHOSOMATIQUES MAJEURES

Après avoir décrit le versant thymique des troubles psychosomatiques, il convient d'aborder les maladies psychosomatiques dites "majeures". Celles-ci s'expriment en général objectivement au niveau d'un ou de plusieurs organes du corps. Le lieu de la manifestation est fonction d'une prédisposition génétique et psychologique. Tel type de personnalité manifestera ses troubles au niveau d'un organe spécifique plutôt qu'un autre.

La gamme des maladies psychosomatiques va de la simple éruption cutanée au cancer; même la propension aux accidents est considérée comme un trouble psychique.

Il faut, vue cette diversité des troubles, établir une classification des maladies psychosomatiques en fonction des organes atteints. Nous exposerons ces maladies d'après la conception psychanalytique d'ALEXANDER, selon lequel tout trouble somatique est un langage du corps. Il existe selon lui une relation entre la manifestation physiologique et sa correspondance psychologique.

•Les maladies cardio-vasculaires:

Elles sont fréquentes. Physiologiquement, le système cardio-vasculaire est directement lié aux régulations consécutives au stress, ce qui explique ses réactions immédiates aux changements de l'affectivité.

* L'infarctus du myocarde est la manifestation la plus répandue avec l'hypertension artérielle. Selon HAYNAL et PASINI (44), "les troubles fonctionnels cardiaques seraient souvent déclenchés par un conflit de séparation, une peur d'être rejeté, abandonné, de se retrouver seul, ou par une perte, une déception par rapport aux autres et à soi-même". Les facteurs de risque semblent prédisposer les individus qui:

- ont le sentiment d'avoir de lourdes charges familiales.

- présentent des tendances agressives et compétitives, ambitionnant une situation socio-économique de plus en plus haute du fait d'une exigence intérieure très forte, sans pouvoir résoudre par là même des conflits intérieurs touchant au désir passif de dépendre d'une instance protectrice.

- sont exposés à des situations de stress correspondant à leurs problèmes intérieurs (notamment la blessure de l'estime de soi que représentent les situations d'échec et de déception).

- vivent dans un milieu qui favorise les éléments précédents.

* L'hypertension artérielle: l'hypertendu est caractérisé par son extrême inhibition à satisfaire l'une ou l'autre de ses tendances majeures; il est incapable d'exprimer ses désirs agressifs d'indépendance et, en même temps, de satisfaire ses besoins de dépendance passive. "Parce qu'ils se sentent vulnérables, les hypertendus chercheraient à éviter les conflits agressifs en niant leurs perceptions" expliquent HAYNAL et PASINI (44).

* La syncope: elle semble se produire lors d'une situation menaçante pour le sujet. ENGEL et ROMANO * rapprochent l'aspect de "réaction de fuite" de la syncope de la "mort simulée" des animaux sans défense. En effet, ces syncopes surviennent surtout lorsque le sujet est empêché de quitter le lieu du conflit, en d'autres termes lorsque les possibilités de s'y soustraire activement sont coupées. ENGEL remarque que ces sujets ont une grande considération narcissique.

• Les troubles de la fonction respiratoire.

Selon KREISLER et coll. *, le modèle de la respiration serait tout-à-fait comparable à celui de l'alimentation dans la mesure où il y a, dans ces deux fonctions, une activité motrice, l'excitation d'une cavité et de ses pourtours, une modification d'un équilibre chimique humoral perçue par les centres nerveux.

La respiration est la fonction qui établit la première différenciation entre l'enfant et sa mère. Les troubles

* Cité par HAYNAL & PASINI (44)

respiratoires pourraient symboliser la non-acceptation de cette séparation et le désir de retourner au stade foetal.

Il existe une sémiologie de la respiration liée aux états affectifs: l'émotion essouffle ou fait haleter, l'angoisse étouffe, la surprise coupe le souffle, la dépression arrache des soupirs tandis que la sérénité s'accompagne d'une respiration paisible.

* L'asthme bronchique: c'est une maladie psychosomatique polyétiologique qui se manifeste lors d'une sensibilisation allergique, d'une dysrégulation de la bronchomotricité accompagnées de certaines conditions psychologiques particulières. Les réactions allergiques peuvent se manifester par des crises d'asthme, celles-ci pouvant être occasionnelles ou bien graves et aboutissant à l'asthme à dyspnée continue ou à l'état de mal asthmatique parfois mortel.

L'asthmatique est souvent avide, agressif, dépressif. Sa demande de dépendance est élevée et il utilise parfois sa maladie pour mobiliser son entourage, surtout sa mère dont il devient victime. Ainsi, le malade est surprotégé et soumis par une mère souvent abusive.

* La toux, les maladies infectieuses des voies respiratoires (rhinites, bronchites, sinusites récidivantes) sont souvent liées à un affect dépressif.

* Le tabagisme est très répandu. Il donne à celui qui en est affecté l'impression d'être indépendant et de garder une contenance face à l'Autre. Les sujets fumeurs, selon ANGST, DITTRICH et KRÜGER (1970) *, souffriraient d'une grande instabilité émotionnelle; ils seraient plus sensitifs, plus sensibles, plus soupçonneux et méfiants que les non fumeurs; ils seraient imbus d'eux-mêmes, tourmentés et inhibés.

* La tuberculose pulmonaire apparaît souvent à la suite d'une perte d'objet réalisée à l'occasion d'un deuil.

• Les maladies du tube digestif.

Ces maladies sont fréquentes. Le choix de ce système organique semble lié à l'importance primaire de la relation alimentaire de la mère à l'enfant et au fait que la mère, dès la naissance de son enfant, porte une grande attention à la question du repas, de la digestion et de l'évacuation des selles. En termes psychanalytiques, on peut dire qu'autour des satisfactions orales va s'organiser le premier lien relationnel, libidinal et agressif.

L'enfant avale, porte à la bouche ce qui lui semble bon et refuse ou crache ce qu'il considère comme mauvais. La relation nutritionnelle avec la mère sous-tend certaines affections telles que l'anorexie mentale, ou simplement des

* Cité par HAYNAL & PASINI (44)

nausées et vomissements.

SPITZ * a mis en évidence le lien entre émotions et fonction gastroduodénale: une mère anxieuse, possessive serait responsable de la *colique des trois mois*.

HOFFMANN (47) a établi une liste des symptômes et troubles gastro-intestinaux psychosomatiques:

- | | |
|---|---|
| -anorexie | -pylorospasme |
| -boulimie | -dyskinésies hépato-biliaires |
| -nausées | -syndrome après cholécystectomie |
| -vomissements | -entérite |
| -vomissements habituels | -colite |
| -dysphagie | -colite muqueuse |
| -aérophagie | -colite ulcéreuse |
| -boule hystérique | -colon irritable |
| -douleurs épigastriques | -aérocolie |
| -gastralgies | -coliques et douleurs abdominales |
| -gastrite et gastroduodénite | -diarrhée, constipation |
| -ulcère gastrique ou duodénal | -troubles gastro-intestinaux fonctionnels, névroses gastriques, symptômes digestifs fonctionnels multiples des dystonies neurovégétatives |
| -troubles d'origine émotionnelle après gastrectomie | |

Selon le type de manifestation, le sujet refuse d'être dépendant ou bien il manifeste une agressivité non extériorisée à l'égard d'un environnement blessant; il peut au contraire, par le symptôme ou la maladie, exprimer le désir d'être protégé, choyé, entouré, nourri.

* L'ulcère peptique: I. MIRSKY et coll. * ont mis en évidence trois facteurs qui le déclenchent au niveau gastrique ou duodénal; les sujets:

- sont hypersécréteurs d'acide chlorhydrique gastrique
- montrent une problématique de dépendance orale frustrée
- se trouvent dans une situation conflictuelle frustrant leur désir de dépendance

L'ulcéreux n'extériorise pas et s'impose une contrainte intérieure que certains auteurs ont appelé la *mauvaise mère internalisée* et qui est ressentie au creux de l'estomac. En effet, la mère empêche l'enfant de demander à son entourage la satisfaction de ses désirs.

* La constipation: souvent accompagnée de maux de tête et de fatigabilité, semble liée à "la fixation à un stade affectif où la solution des problèmes passe par la rétention et qui conduirait le sujet, lors d'une situation conflictuelle, à tenter de *ne rien changer* et de maintenir l'ensemble de la situation acquise. Souvent, elle masque

* Cité par HAYNAL & PASINI (44)

l'angoisse de l'individu envers sa propre agressivité et la peur de *souiller* à différents niveaux".

* La diarrhée, chronique ou aiguë, exprimerait selon F.ALEXANDER * des tendances à donner, parfois pour réparer les fautes.

* La colite spasmodique accompagne souvent une dépression ou pour le moins une déception.

* La rectocolite ulcéro-hémorragique est une maladie psychosomatique grave et survient souvent à la suite d'une séparation ou de la perte d'une personne chère. Tout en étant dépendants et passifs, les malades répriment leur agressivité. La mère apparaît comme autoritaire, rigide et punitive et un conflit non résolu avec elle joint à un sentiment de culpabilité et à une déception par rapport à soi-même contribue à l'apparition de la maladie.

* Les maladies du foie, de la vésicule biliaire et du pancréas ont souvent une origine psychique (colère inhibée, dépression) mais l'abus d'alcool contribue à leur manifestation.

• Les troubles de la fonction nutritionnelle.

Les facteurs émotionnels, affectifs et sociaux rendent indissociables les aspects physiologiques et psychologiques du comportement alimentaire. Selon HAYNAL et PASINI (44) "la nourriture a une valeur à la fois symbolique (elle représente la mère), de satisfaction pulsionnelle, d'investissement du plaisir qui en émane et d'agressivité (faim dévorante). La relation avec la nourriture traduit la relation de la mère à l'enfant où s'entrelacent libido, agressivité et narcissisme".

* L'anorexie mentale se caractérise par une restriction alimentaire plus ou moins complète, une aménorrhée et un amaigrissement pouvant aller jusqu'à la cachexie. Tantôt c'est un refus de manger, tantôt c'est une impossibilité de garder en soi les aliments quand la jeune fille vomit ou prend des laxatifs pour éliminer ce qu'elle a avalé. Selon KESTEMBERG (53), les anorexiques cherchent à nier la mort dans un fantasme mégalomane d'immortalité.

L'immaturation affective empêche l'anorexique d'accepter sa féminité. La maigreur éloigne d'elle l'intérêt sexuel. Dans l'amaigrissement, elle cherche la négation de ses besoins oraux et sexuels. Par cette attitude, elle détient la toute puissance. C'est une attitude de chantage face à l'entourage qui n'attache de l'importance qu'au symptôme visible qu'est l'amaigrissement au détriment des difficultés psychologiques. De toute façon, il existe un sentiment

* Cité par HAYNAL & PASINI (44)

d'impuissance du Moi face aux exigences de la réalité; pour compenser, l'anorexique perçoit du plaisir à exercer un contrôle sur elle-même, en niant sa mère sous la dépendance de laquelle elle se trouve.

* La boulimie est caractérisée par une suralimentation qui dénie la satiété. Le boulimique se suralimente soit pour cacher une difficulté émotionnelle sous-jacente (dépression), soit en réaction à des tensions émotionnelles inabouties, soit de façon compulsive, par habitude.

Le boulimique mange pour d'autres motifs que la satisfaction de ses besoins physiologiques. Dès la naissance, le lien mère-enfant s'effectue par l'alimentation. Pour l'enfant, la nourriture est synonyme de bien-être car elle met fin à la désagréable sensation de faim. Plus tard, le boulimique réagit aux difficultés selon le même schéma: le déplaisir, lié à un obstacle de quelque nature qu'il soit, est compensé par le plaisir que procure l'absorption de nourriture, indépendamment du besoin physiologique. Comme l'anorexie, la boulimie dénote une difficulté relationnelle avec une mère souvent anxieuse, surprotectrice et possessive, désirant garder l'enfant sous sa dépendance.

• Les troubles endocriniens.

Ils peuvent être la conséquence d'un trouble psychique; la maladie endocrinienne, à son tour, peut avoir des répercussions psychiques particulières.

* L'hyperthyroïdie se déclenche lors de troubles émotionnels engendrant l'angoisse. Il existe une demande de protection, une dépendance chez ces sujets fréquemment ambitieux et présentant souvent des comportements phobiques.

* Le diabète sucré suppose une prédisposition héréditaire. Cependant, on peut dégager un profil psychologique chez les diabétiques: soumis, dépendants, autodestructeurs et dépressifs.

• Les troubles néphrologiques.

Ils ont un rapport étroit avec les émotions qui peuvent faire varier le flux sanguin rénal; la strangurie (miction douloureuse) et la pollakiurie nerveuse semblent liées à des pulsions agressives; les douleurs pelviennes chez l'homme seraient en rapport avec une culpabilité à contenu sexuel.

• Les troubles gynécologiques.

Le sujet est complexe; il y a intrication de facteurs hormonaux, psychiques et organiques.

* La dysménorrhée (règles douloureuses) se retrouve plus fréquemment chez les femmes infantiles, hystériques ou qui ont mal accepté leur féminité, chez les sujets masochistes qui vivent douloureusement les étapes de leur vie génitale, que dans la population féminine générale.

* L'aménorrhée psychogène survient à la suite de traumatismes émotionnels et s'accompagne d'amaigrissement, de prise de poids ou de désordres neurovégétatifs. Dans le premier cas, le plus fréquent, existe un fond obsessionnel et une note dépressive. Dans le second cas, une peur de la sexualité est souvent notée.

* La grossesse nerveuse exprime un désir inconscient de grossesse. Le corps de la femme prend l'aspect de celui d'une femme enceinte et les manifestations physiologiques habituelles de la grossesse sont présentes bien que l'utérus soit vide. Il est intéressant dans ce cas de constater l'influence du psychisme sur le climat hormonal et sa capacité d'induire des modifications somatiques.

* la ménopause est une étape physiologique caractérisée par des changements du régime endocrinien; les modifications psychologiques y sont nombreuses: sentiment de perte (vie sexuelle); de dévalorisation (capacité reproductrice, esthétique). En général, dès la préménopause, la femme lutte contre le pressentiment de la perte sexuelle et de sa capacité reproductrice par un regain d'activité dirigé vers l'extérieur. Des facultés créatrices et artistiques s'épanouissent souvent en remplacement des facultés procréatrices.

La ménopause peut s'accompagner de symptômes divers (douleurs et notamment lombalgies et cystalgies, bouffées de chaleur, prise de poids). L'hyperémotivité, l'irritabilité, les troubles de la mémoire cèdent parfois la place à un état dépressif avec idées suicidaires. On observe parfois une hypochondrie centrée sur l'appareil génital et des troubles sexuels.

* Les douleurs en gynécologie ont une composante psychogène dans la majorité des cas. La douleur est fonction du taux d'anxiété et du vécu personnel et social. La douleur peut être un équivalent dépressif, elle peut exprimer l'agressivité. En ce sens, elle est un mode d'expression.

Les algies pelviennes peuvent signifier l'hystérie ou le masochisme et symboliser une agressivité profonde liée à une frustration existentielle. Dans certaines algies périnéales, l'agressivité est tournée contre soi-même; dans le prurit vulvaire, il y a "grattage masochiste" semblant représenter une forme d'auto-punition.

La dyspareunie, coït douloureux, peut être psychogène; c'est le lot de femmes qui ont des difficultés à assumer leur identité féminine et qui sont agressives.

Le vaginisme est une contraction spasmodique et involontaire du muscle constricteur du vagin et n'est pas douloureux à moins que le partenaire n'insiste dans ses tentatives de pénétration. Les femmes souffrant de vaginisme sont souvent anxieuses et phobiques.

• Les troubles de la fonction reproductrice.

* La stérilité psychogène se retrouve chez des femmes tendues, craignant la grossesse et l'accouchement. Le fait d'adopter un enfant a permis à de nombreuses femmes auparavant stériles de "tomber" enceintes, par suite du relâchement des tensions. Un attachement exclusif au père, la crainte d'une identification à une mère dangereuse peuvent également être en cause.

* Les avortements psychogènes, s'ils ne sont pas la conséquence d'événements extérieurs traumatisants, relèvent d'une anxiété flottante ou somatisée, souvent présente chez les sujets phobiques.

• Les troubles sexuels.

Il semble que l'émotion et l'angoisse se traduisent au niveau du corps par une défaillance physiologique. L'anxiété explosive est au départ de l'éjaculation précoce. Certaines formes d'impuissance érectile ou d'inhibition sexuelle sont un exemple transparent d'équivalent dépressif. La peur de ne pas réussir est à l'origine de nombreux cas d'éjaculation prématurée, d'impuissance et de vaginisme. L'éjaculation retardée ou impossible correspond, au niveau corporel et sexuel, au besoin de contrôle que l'on trouve dans la constipation.

• Les atteintes de l'appareil locomoteur.

Les douleurs dorso-lombaires sont souvent en rapport avec une tension musculaire d'origine psychofonctionnelle. Les postures chroniques font partie de l'expression corporelle du sujet; par exemple, les personnes de petite taille lèvent souvent la tête pour se hausser, d'où une contraction de la musculature de la nuque.

* Les dorsalgies et lombalgies sont les plus fréquentes des atteintes de l'appareil locomoteur. Elles expriment une peur de l'incontrôlable, de ce qu'on ne peut maîtriser, et la crainte d'être incapable de travailler.

* L'arthrite rhumatoïde, outre une transmission génétique probable, se développerait chez le sujet souffrant de conflits et qui s'en défend par l'augmentation de son tonus musculaire dans le but de protéger ses articulations. La personnalité de ces malades a une connotation agressive, avec besoin de dominer et de contrôler l'entourage,

recherche de maîtrise et d'indépendance. Cependant, les décharges de la motricité comme celles de l'agressivité sont inhibées. Une structure masochiste-dépressive combine l'agressivité et le sacrifice.

• Les maladies dermatologiques.

A travers sa peau, l'homme est au contact du monde qui l'entoure. Elle constitue un moyen de communication et une protection. Certaines émotions s'accompagnent de modifications cutanées telles que rougeurs ou sueurs. Les maladies dermatologiques signent un problème relationnel du sujet à son entourage.

* L'eczéma est un équivalent somatique de l'émotion.

* Les troubles vasomoteurs cutanés (pâleur, rougeur, sueurs profuses) résulteraient respectivement d'une agressivité mal assumée, d'une structure phobique et d'une anxiété chronique.

* Les troubles de la sensibilité de la peau correspondraient à un déplacement des pulsions, celles-ci ne pouvant être exprimées par la voie normale. Ainsi, le prurit est souvent consécutif à des impulsions agressives qui sont socialement inhibées. Il constitue une sorte d'auto-stimulation en relation avec le sentiment de n'être pas suffisamment entouré.

L'urticaire traduirait corporellement le sentiment de subir de mauvais traitements, si l'on en croit GRACE et GRAHAM * : La vasodilatation serait analogue à celle qu'on observe à la suite de coups.

Certaines dermites exprimeraient une agressivité dirigée contre le Moi personnel.

Le psoriasis traduit souvent une perte, une séparation, une déception à l'égard de soi-même.

Les verrues, l'herpès simple, l'acné apparaîtraient chez des individus au psychisme perturbé.

• Les maladies neurologiques.

L'anxiété et la dépression peuvent affecter le fonctionnement du système nerveux central.

* L'insomnie est souvent causée par des conflits affectifs. Environ 15 % de la population souffrirait d'insomnie. Le profil-type de l'insomniaque est celui d'un ambitieux ayant un sens aigu de la responsabilité, beaucoup de volonté et un caractère énergique. C'est un sujet "sous pression"; il a souvent peur de perdre le contrôle. On rencontre beaucoup d'insomniaques chez les dépressifs, les toxicomanes, les submaniaques.

* Cite par HAYNAL & PASINI (44)

* Le syndrome de KLEINE-LEVINE (ou somnolence périodique) survient, surtout chez les individus de sexe masculin, dans des situations nécessitant une grande vigilance. On l'explique comme une réaction de retrait devant le danger, un état régressif.

* Les troubles nerveux moteurs sont considérés, lorsque leur origine est psychosomatique, comme des conversions hystériques. Le torticolis spastique, les dyskinésies paroxystiques souvent consécutives à un traitement neuroleptique, la crampe de l'écrivain, le bégaiement et les tics représentent des décharges impulsives d'agressivité et leur origine est, du moins en partie, psychosomatique.

La maladie de GILLES DE LA TOURETTE (ou maladie des tics généralisés) est indissociable d'une structure psychologique à forte agressivité.

* La sclérose en plaques: les facteurs émotionnels jouent un rôle dans son déclenchement; la peur de perdre ou la perte d'une personne chère semblent prédisposer à la maladie, de même qu'une certaine immaturité affective et sexuelle.

* La maladie de PARKINSON se manifeste par des tremblements, une rigidité qui peuvent être amplifiés par des facteurs stressants (présence d'une personne inconnue, émotion positive ou négative). Les troubles affectifs chez les parkinsoniens sont fréquents, ainsi que les désordres perceptifs et intellectuels.

* Les céphalées ont une forte composante psychologique et se retrouvent chez les personnalités perfectionnistes masochistes, rigides, s'imposant de fortes contraintes, en proie à un sentiment d'insécurité, souffrant de difficultés relationnelles et sexuelles. On a incriminé le "*ne pas vouloir comprendre*", c'est à dire une inhibition de la sphère intellectuelle, dans le syndrome fonctionnel de la céphalée.

• La pathologie des organes des sens.

Les communications avec l'entourage, qu'elles soient affectives, sensuelles, sexuelles, neutres, passent par le canal des récepteurs sensoriels. C'est principalement par la vision et l'audition que s'établit le contact avec l'Autre et si ces fonctions sont altérées, amoindries, la qualité de la relation avec l'entourage peut l'être aussi.

* Les troubles visuels peuvent dépendre de l'état nerveux du sujet: la diplopie, certaines anomalies de la réfraction, la cécité hystérique sont en rapport avec les tensions émotionnelles. L'enfant aveugle est plus souvent dépressif.

La myopie, selon SOURS et ERDBRINK *, est parfois constituée de spasmes des muscles ciliaires induits par des facteurs psychologiques. Le glaucomateux cache une problématique d'agressivité et de dépression.

* La diminution de l'ouïe s'observe à la suite de stress.

Les vertiges essentiels, l'enrouement, l'aphonie sont souvent en rapport avec l'inhibition de l'agressivité et dénotent une crainte de s'imposer.

Les affections grippales, rhinites, laryngites, angines de l'enfant et de l'adolescent seraient l'équivalent d'un désir inconscient de retrait.

• Les maladies chroniques.

* Le cancer; le cancéreux est en général sociable et cordial mais inhibé et enclin à la dépression. DUNBAR * le caractérise comme étant plus appliqué que la moyenne, très coopératif, soucieux de plaire, anxieux, sensible et passif.

Les carcinomes apparaîtraient souvent à la suite d'une perte significative ou d'une déception profonde. Certains auteurs affirment que l'enfance des cancéreux a été plus difficile que celles d'autres sujets et qu'ils subissent plus de pertes au cours de leur vie.

L'alcoolisme et le tabagisme sont des facteurs psychosomatiques cancérogènes. Il est avéré que la personnalité du cancéreux influe sur l'évolution de sa maladie. Sa volonté de lutter contre le désarroi et la dépression joue un rôle favorable. Un bon rapport avec le médecin favorise la lutte contre le sentiment d'abandon.

• La propension aux accidents.

Elle semble trouver son origine dans des tendances auto-destructrices. Selon L. FRANCKL *, il y a chez ces sujets un manque de développement des fonctions auto-préservatrices; il existe chez eux une suicidalité latente.

L'état général du sujet intervient également: la fatigue, la dépression, l'impulsivité, l'hésitation entre le combat et la fuite, le désir inconscient d'auto-punition.

• Les facteurs sociaux.

Ils jouent un rôle important dans l'apparition des maladies psychosomatiques. L'inadaptation de l'individu à son environnement ou vice-versa, favorise la survenue des désordres psychosomatiques et les déclenche même dans

* Cité par HAYNAL & PASINI (44)

certaines situations où cette inadaptation atteint un point de rupture. L'exemple de l'hypertension que l'on retrouve plus fréquemment chez les citadins que chez les ruraux, dans les classes riches que dans les classes pauvres aux Etats-Unis, plus élevée parmi les noirs que parmi les blancs et chez les hommes que chez les femmes (BOYLE *) est significatif.

L'individu exprime des conflits ou carences affectifs par une demande faite à son entourage. Si celle-ci n'est pas satisfaite, du fait des circonstances ou de l'incompréhension des interlocuteurs, l'évolution des troubles dépendra des capacités de l'individu à compenser ces difficultés. L'équilibre des milieux familial et professionnel influence donc beaucoup le déroulement de la maladie, dans un sens favorable ou défavorable.

Le choix du type de manifestation psychosomatique dépend aussi en partie de la culture dans laquelle évolue le sujet. Les facteurs culturels peuvent déterminer la fixation du trouble sur une partie du corps, ou son déplacement. Citons la crise de foie, fréquente dans les pays francophones, qui va jusqu'à disparaître dans d'autres aires linguistiques.

La douleur est une notion qui évolue avec les époques et les cultures. De tous temps, le femme a été associée à la douleur et c'est en utilisant la douleur en tant que signal qu'elle est reconnue. Rappelons que les femmes souffrent deux fois plus que les hommes de troubles psychosomatiques.

La famille, et surtout la mère, joue un grand rôle dans l'apparition des maladies psychosomatiques et leur type de manifestation; dans l'anorexie mentale par exemple, les jeunes filles n'ont pu rompre le lien symbiotique avec leur mère. Cette dernière, de par ses désirs inconscients, a favorisée la relation de dépendance.

La spasmophilie est probablement le type de la maladie psychosomatique à caractère social: inexistante en d'autres temps et en d'autres lieux, elle a besoin pour exister d'un statut dans un corps médical, d'une identité dans la culture de la population féminine, d'une cohérence dans l'imagerie du public et l'imaginaire collectif; elle peut alors devenir l'expression somatique privilégiée d'un désarroi psychique innommé.

Partant de ces constatations, considérant le fait que le système nerveux perturbé engendre, en partie au moins, ces troubles physiopathologiques, plusieurs chercheurs ont mis au point des méthodes de rééducation du système nerveux par l'intermédiaire des organes sensoriels.

Le chapitre suivant, après description des voies nerveuses qui relient les organes récepteurs au cerveau, expose les plus connues de ces méthodes.

* Cité par HAYNAL & PASINI (44)

CHAPITRE TROISIEME

* * *

LES METHODES NEUROPEDAGOGIQUES

CHAPITRE III

LES METHODES NEUROPEDAGOGIQUES

I. QUELQUES NOTIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

A. LA CELLULE NERVEUSE:

Encore appelée neurone, la cellule nerveuse possède une particularité qui la différencie des autres cellules en général: elle ne se reproduit pas. Dès sa naissance, l'homme possède un nombre fini de cellules nerveuses. Ces cellules sont très nombreuses dans le cerveau et permettent à l'homme de communiquer avec son environnement et de s'adapter.

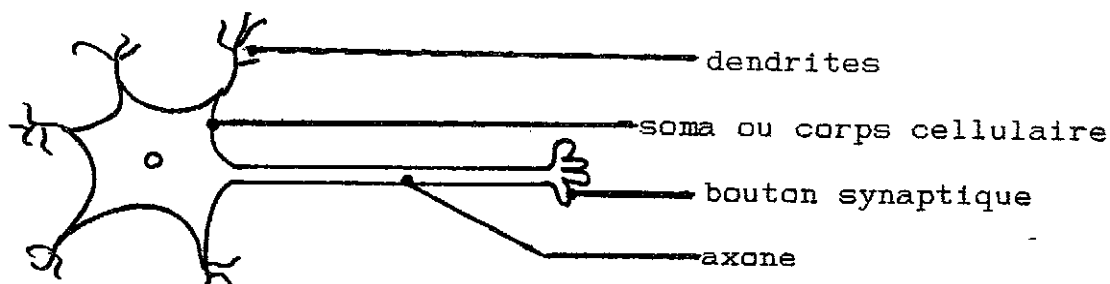


figure 1: anatomie de la cellule nerveuse

I Anatomie

le neurone (figure 1) se compose essentiellement de 3 parties:

- 1 Le corps cellulaire
- 2 les dendrites
- 3 l'axone

1) Le corps cellulaire, encore appelé soma, est délimité par la membrane cytoplasmique perméable à certaines substances chimiques. Il contient en son centre un noyau entouré de divers organites qui évoluent dans un liquide nommé le cytoplasme. Les organites (ribosomes, mitochondries, centrioles...) vont permettre à la cellule de remplir sa fonction: recevoir, traiter, intégrer, stocker et fournir de l'information.

2) Les dendrites, petites ramifications reliées au corps cellulaire, vont assurer la réception des excitations venant des cellules nerveuses environnantes et les transmettre au corps cellulaire auquel ils sont rattachés.

3) L'axone, qui peut avoir jusqu'à un mètre de long, a pour but de transmettre l'énergie nerveuse reçue par les dendrites à une autre cellule nerveuse. La rapidité de cette fonction est essentielle; c'est la raison pour laquelle l'axone est parfois entouré d'une gaine de myéline permettant à l'information nerveuse de se propager plus rapidement

II Typologie

On distingue selon la morphologie des prolongements axoniques et dendritiques, 3 types de neurones:

1) Les neurones à axones longs peuvent avoir un corps cellulaire polygonal avec plusieurs troncs dendritiques (motoneurones de la moelle), ou pyramidal avec un dendrite apical (neurones pyramidaux du cortex cérébral). Certains n'ont qu'un tronc dendritique abondamment ramifié (cellules du cortex cérébelleux)

2) Les neurones à axones courts sont appelés interneurones car ils assurent des liaisons intracentrales. Tantôt ils ont l'axone ramifié, tantôt ils sont bipolaires avec un tronc dendritique et un tronc axonique opposés (cellules de la rétine).

3) Les neurones sensitifs primaires (pénétrant dans la moelle et, par les nerfs crâniens, dans le tronc cérébral) ne comportent que 2 prolongements de même allure et de longueur inégale, l'un "dendritique", et l'autre "axonique"; leur soma se situe dans un ganglion au voisinage du névraxe

III Les phénomènes électriques

Au repos, l'intérieur de la cellule nerveuse possède une différence de potentiel électrique de -70 millivolts avec l'extérieur. Cette différence de potentiel s'explique par une concentration inégale de certains ions dans les 2 milieux: il y a un excès d'ions potassium (K^+) et un défaut d'ions sodium (Na^+) à l'intérieur de la cellule, les concentrations respectives de ces deux ions étant inversées à l'extérieur de la cellule.

Lorsque la cellule est activée, la perméabilité de la membrane aux ions augmente, laissant entrer surtout des ions positifs, successivement Na^+ pour la dépolarisation, K^+ pour la repolarisation. De ce fait, l'intérieur de la cellule devient positif pendant un certain temps avant de retrouver son potentiel de repos négatif. La différence de potentiel observée à l'intérieur de la cellule, lorsque la perméabilité membranaire aux ions positifs est à son maximum, est appelée "potentiel d'action".

L'excitation lors du fonctionnement normal du neurone, se propage à l'intérieur de la cellule. Cette excitation, née au niveau des dendrites ou du soma, se propage à travers

l'axone jusqu'à sa terminaison. Là, l'influx nerveux va se propager à un autre neurone par l'intermédiaire de la jonction de ces 2 cellules, appelée synapse (figure 2). L'influx transmis peut être soit excitateur, soit inhibiteur selon l'intensité de la décharge électrique.

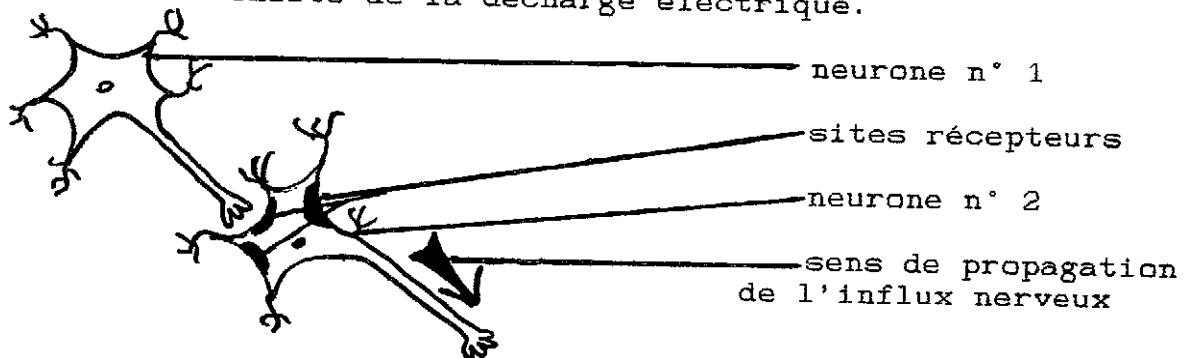


figure 2: La synapse

IV Les phénomènes chimiques

L'influx nerveux capté par les dendrites du neurone n°1 se transmet par l'extrémité de l'axone au neurone n°2. Le potentiel d'action de n°1 se propage à l'extrémité de son axone qui va libérer un ou plusieurs médiateurs chimiques. Ceux-ci se fixeront sur les sites récepteurs spécifiques du neurone n°2.

Une partie du médiateur peut être recaptée par le bouton synaptique qui l'a libéré, une autre partie sera dégradée.

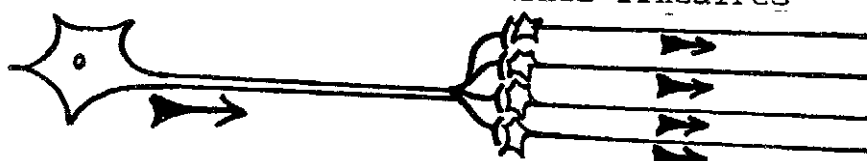
Il existe environ une trentaine de neuromédiateurs, mais certains sont en concentration beaucoup plus importante que d'autres dans notre système nerveux, telle l'acétylcholine qui est libérée à la jonction entre un nerf et un muscle.

V L'influx nerveux et les différentes organisations topologiques

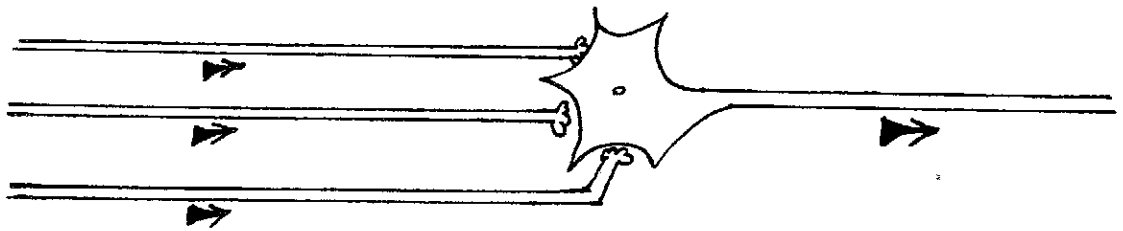
La synapse est un mode de communication intercellulaire. Il est intéressant de considérer les différents types d'articulations que peuvent contracter les neurones entre eux. On peut ramener l'organisation des connexions à 3 configurations fondamentales (figure 3) :



a) organisation en chaînes linéaires



b) organisation en arrangements divergents



c) organisation en arrangements convergents

figure 3: les différentes organisations topologiques

a) en chaînes linéaires: ce type d'organisation topologique favorise la conservation de l'information sur une voie restreinte et peut être essentiel à des actions discriminatives fines, au niveau sensitif ou au niveau moteur.

b) en arrangements divergents; ce dispositif existe en particulier du côté sensitif de la moelle lorsque l'axone afférent distribue des collatérales à plusieurs étages spinaux.

c) en arrangements convergents: ce système permet au neurone de recevoir les influx de différents éléments précédents et d'en effectuer la somme; toute élaboration qui résulte d'une addition d'incitations d'origines diverses suppose de telles convergences

Il existe d'autres organisations topologiques mais comportant des connexions d'autoentretien.

En résumé, chaque neurone établit des liens ou synapses avec un grand nombre de neurones (une centaine) et reçoit lui-même des boutons synaptiques (environ 5500) de nombreux autres neurones. Chaque neurone reçoit en permanence des signaux émanants de nombreux autres neurones excitateurs mais aussi inhibiteurs. Le neurone recevant ces signaux, va effectuer à chaque instant une intégration de ceux-ci en sorte qu'il répondra ou non par un potentiel d'action. Cette intégration n'est pas seulement temporelle, elle est aussi spatiale: une synapse inhibitrice paraît d'autant plus efficace qu'elle est plus proche du soma et du cône d'implantation de l'axone.

Suivant les caractéristiques anatomiques, une synapse peut avoir une action rapide mais peu durable, ou lente mais plus soutenue.

Dans un système neuronal, l'intégration des potentiels d'action représentatifs de l'information sensorielle tient compte de nombreux facteurs relatifs aux connexions synaptiques mises en jeu. Cette intégration tient compte du nombre de ces connexions mais aussi de leur niveau d'excitabilité, de la nature excitatrice ou inhibitrice du médiateur chimique libéré.

B. LA CELLULE RECEPTRICE ET SA FONCTION

Les excitations viennent soit du monde extérieur par les impressions reçues au niveau des organes sensoriels, soit de l'organisme lui-même. La fonction essentielle du système nerveux périphérique est la réception et la transmission d'excitations. C'est là la fonction des cellules réceptrices sensorielles. Elles sont différemment constituées et spécialisées pour les sensations auditive, visuelle, proprioceptive, tactile, gustative et olfactive. Avant d'être transmises au système nerveux central, toutes ces excitations de natures diverses sont transformées en excitations électriques. Cette transformation est effectuée par les récepteurs.

Chaque cellule sensorielle remplit ainsi 2 fonctions: recevoir les informations extérieures et les transformer en influx nerveux afin qu'il soit transmis aux centres nerveux pour être traité.

Nous allons borner l'étude de ces cellules aux 3 premiers types énoncés puisque c'est à travers l'audition, la vision, et la proprioception que la plupart des méthodes neuropédagogiques se proposent d'opérer.

1. Les récepteurs auditifs:

L'oreille se compose anatomiquement de trois parties: l'oreille externe en deçà du tympan, l'oreille moyenne composée par la chaîne des osselets, organe de transmission mécanique, et l'oreille interne. C'est à ce dernier niveau que s'effectue la réception de la stimulation sonore par la cochlée. C'est un organe très complexe dont on commence à déchiffrer les énigmes mais dont le fonctionnement exact n'est pas encore parfaitement élucidé. Son rôle est de recevoir les vibrations sonores et de les transformer en influx nerveux. C'est l'organe de *perception* par opposition à l'oreille moyenne dont la fonction est la *transmission*. L'influx nerveux émis par la cochlée est propagé au nerf auditif qui transmet l'information jusqu'aux régions cérébrales où celle-ci est utilisée. L'organe de CORTI est constitué d'une membrane basilaire sur laquelle reposent des cellules dont les pôles supérieurs sont chacun muni d'un cil. Lorsque la membrane basilaire est sollicitée, elle mobilise par là-même les cellules de l'organe de CORTI; mais les cils qui sont englués dans une masse gélatineuse immobile parce que reliée aux parois du tube membraneux sont repliés par ce mouvement. Et chaque fois qu'un cil est ainsi replié, cela active la cellule qui se dépolarise en déclenchant un influx dans une fibre du nerf auditif.

Chaque cellule de CORTI est à l'origine de l'activation de cellules déterminées dans les noyaux relais et ceci jusqu'au cortex. Il y a donc spécificité des fréquences par points groupés de cellules de CORTI. Quand la fréquence du son augmente, un plus grand nombre de fibres s'activent.

2°) Les récepteurs visuels:

La lumière doit traverser plusieurs milieux (la cornée, l'humeur aqueuse, le cristallin, le corps vitré) avant d'atteindre la rétine. Les cellules de la rétine reçoivent cette stimulation lumineuse et la transforment en influx nerveux.

Embryologiquement, anatomiquement et physiologiquement, la rétine est un véritable centre nerveux. Son épaisseur diminue depuis la papille, point de départ du nerf optique, jusqu'à la périphérie. Tout près du pôle postérieur de l'oeil, la rétine présente une tache jaune, la macula, qui est creusée en son milieu d'une petite fossette: la fovéa centralis.

On observe deux types de cellules réceptrices selon la zone de la rétine: les cônes fovéaux et les bâtonnets; la rétine fovéale est tapissée de très nombreux cônes, plus fins et plus rapprochés que ne le sont les bâtonnets; chacun de ces cônes posséderait sa *ligne privée* vers les centres supérieurs. Tout cela permet de rendre compte du rôle fondamental de la vision fovéale (acuité, vision des couleurs). Lorsqu'on s'éloigne de la fovéa, les bâtonnets commencent à apparaître et le rapport numérique cônes/bâtonnets ne cesse de diminuer jusqu'à la périphérie rétinienne.

Au niveau de la fovéa, la lumière active directement les récepteurs. Ainsi, la fovéa se caractérise par sa finesse de discrimination spatiale et temporelle. Les cônes sont dotés d'un important appareil synaptique appelé pied, leur permettant d'entrer en contact avec de multiples prolongements nerveux. Ces cellules réceptrices, par leurs synapses avec des neurones d'association, atteignent des cellules ganglionnaires de deux types:

- les cellules diffuses, situées surtout à la périphérie rétinienne. Elles reçoivent l'influx provenant de nombreuses cellules par convergence ce qui les rend sensibles à de faibles intensités lumineuses.

- les cellules naines, plus lentes à acheminer l'influx nerveux. Elles sont nombreuses au niveau de la fovéa et affinent la discrimination spatiale et temporelle.

3°) Les récepteurs proprioceptifs:

On en décrit trois types principaux;

- Les récepteurs fusoriaux de type annulospiral interviennent dans le réflexe myotatique (excitation monosynaptique du muscle étiré et inhibition polysynaptique du muscle antagoniste). Ce type de récepteurs répond aux étirements les plus faibles et permet une réaction très rapide du fait du gros calibre des fibres et de la structure monosynaptique de l'arc. Seuil de déclenchement bas, adaptation rapide mais faible sont les caractéristiques de ce type de récepteurs.

-Les récepteurs fusoriaux en bouquets participent au réflexe de flexion (excitation polysynaptique du muscle fléchisseur et inhibition polysynaptique du muscle extenseur antagoniste). C'est un réflexe de type défensif. Le seuil de déclenchement est cinq fois supérieur à celui du réflexe myotatique; il y a possibilité de facilitation spatiale.

-Les corpuscules de GOLGI participent au réflexe myotatique inverse (inhibition disynaptique du muscle étiré et facilitation du muscle antagoniste). Ces corpuscules alimentent des fibres à conduction presque aussi rapide que celle du système fusorial annulospiral mais les volées efférentes doivent franchir deux synapses avant de parvenir aux motoneurones. Les récepteurs de GOLGI et ceux des terminaisons libres des insertions tendineuses ont un seuil de déclenchement trente fois plus élevé que celui des récepteurs du réflexe myotatique.

Les fibres de gros calibre sont issues des récepteurs musculaires, fusoriaux ou tendineux (type I). Les fibres d'origine cutanée ou viscérale (type II et III) représentent une gamme variée de diamètres. A la différence des premières, ces fibres se divisent dès leur entrée dans la moelle, assurant la diffusion de l'influx à plusieurs segments contigus. Elles n'atteignent les motoneurones qu'au travers d'interneurones qui eux-mêmes détachent des collatérales.

Au total, on voit que les récepteurs proprioceptifs musculaires sont au départ de réflexes localisés monosynaptiques ou disynaptiques; les récepteurs cutanés entraînent des réflexes beaucoup plus diffus, plurisegmentaires et toujours polysynaptiques.

C. LES CENTRES NERVEUX DE L'INTEGRATION SENSORIELLE.

1°) L'ouïe:

L'oreille humaine est capable de distinguer des sons à quelques cycles de fréquence près. Elle apprécie en outre l'intensité, la direction, le timbre, la succession, les combinaisons des sons. L'analyse du stimulus sonore débute à la périphérie sensorielle où les récepteurs situés dans le limaçon élaborent le message auditif. Celui-ci est ensuite transmis jusqu'à l'écorce cérébrale par un système complexe de voies et de relais.

Il existe deux types de voies de l'oreille au cerveau: les voies afférentes, de l'oreille aux centres nerveux, et les voies efférentes en sens inverse. L'influx transite par de multiples relais du tronc cérébral avant d'atteindre le cortex. Bien que les voies se croisent plusieurs fois, l'expérience montre qu'à l'état normal le son reçu par une oreille est acheminé vers le cortex du côté opposé. Toutefois, si le cortex auditif est lésé unilatéralement, le côté restant recevra le son des deux oreilles.

-Les voies afférentes: le nerf auditif se termine dans les noyaux cochléaires homolatéraux de la protubérance. De là, les fibres traversent le corps trapézoïde pour arriver au tubercule quadrijumeau inférieur controlatéral. Puis, les fibres rallient d'une part le tubercule quadrijumeau inférieur homolatéral et d'autre part le corps genouillé interne controlatéral; c'est le dernier relais avant la première circonvolution temporale du cortex.

-Les voies efférentes: du cortex, des voies partent contrôler les mécanismes de l'oreille interne. Elles parviennent au corps genouillé interne et au tubercule quadrijumeau inférieur et, de là, à la formation réticulée puis à l'olive supérieure. De ce dernier noyau, les fibres se rendent à l'organe de CORTI pour *ajuster* son fonctionnement aux besoins du cortex.

2°) La vision:

L'œil est directement relié à la base du cerveau par le nerf optique. Les fibres qui composent ce nerf crânien sont très nombreuses (environ 80.000). Elles véhiculent les excitations de la lumière extérieure jusqu'au chiasma optique où une décussation partielle a lieu. Jusqu'à ce croisement, tous les processus d'excitation et de transmission des deux yeux se déroulent séparément. À partir du chiasma, la répartition se modifie: dans un des cordons se trouvent les fibres concernant la moitié droite des deux rétines et dans l'autre celles concernant la moitié gauche. C'est la semi-décussation du chiasma optique (figure 4).

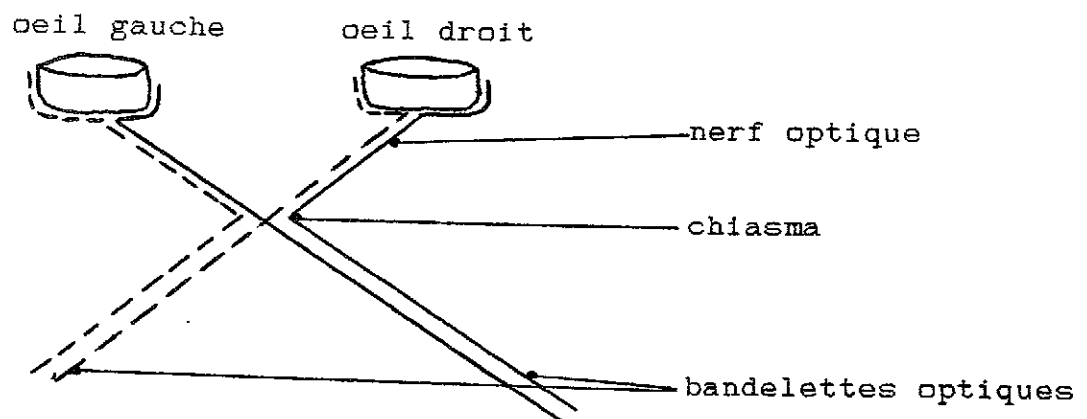


Figure 4 : Trajet des fibres optiques

À partir de là, à l'exception d'un certain nombre d'axones qui se dirigent directement vers l'hypothalamus ou vers certaines régions du mésencéphale (noyaux optiques accessoires), la plupart des axones d'origine rétinienne se terminent au niveau du corps genouillé latéral, du tubercule quadrijumeau antérieur et du prétectum (figure 5).

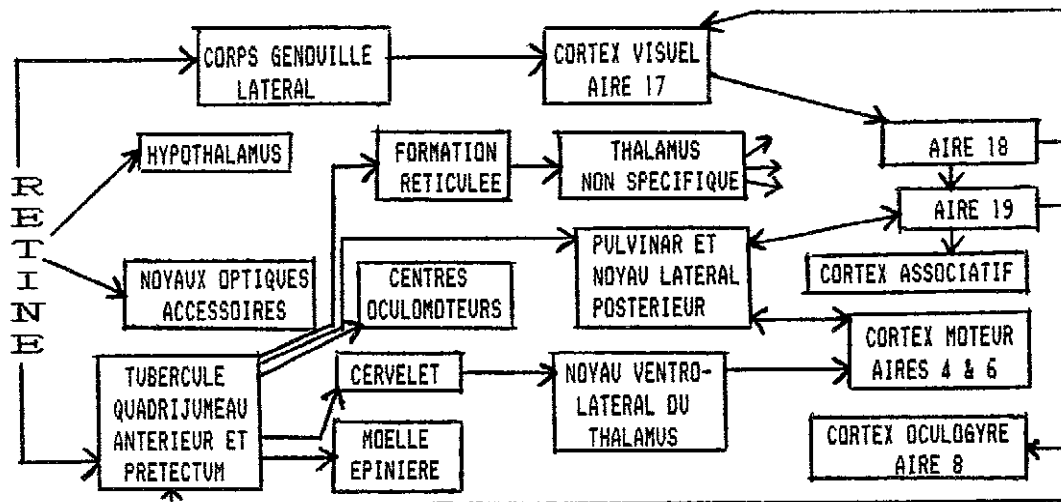


Figure 5 : Les voies visuelles

-Les fibres nerveuses d'origine rétinienne passant par le corps genouillé latéral se projettent sur l'aire 17 du cortex. De nombreuses connexions relient cette aire aux aires 17 et 18.

-Les fibres nerveuses rétiniennes aboutissant au tubercule quadrijumeau antérieur et au prétectum établissent de nombreuses connexions avec:

- *les régions oculomotrices du tronc cérébral, de la moelle et du cervelet et interviennent ainsi dans les réactions d'orientation des yeux et du corps déclenchées par l'apparition d'un objet dans la périphérie du champ visuel.

- *le pulvinar du thalamus jusqu'au cortex pariéto-temporo-occipital. Cette voie interviendrait dans les mouvements des yeux en rapport avec les activités nerveuses hautement intégrées.

- *la formation réticulée du tronc cérébral d'où les influx visuels peuvent rejoindre le centre médian du thalamus pour irradier sur le cortex. Ce mécanisme intervient dans la réaction d'éveil provoquée par une stimulation lumineuse.

Il existe aussi des projections centrifuges des aires corticales 17, 18, 19 sur le corps genouillé latéral et le tubercule quadrijumeau antérieur, projections jouant un rôle important pour la perception visuelle.

3°) La proprioception:

Les récepteurs proprioceptifs vont permettre le fonctionnement de plusieurs mécanismes:

- les attitudes posturales, en particulier la posture érigée normale;
- le passage d'une position anormale imposée à la position érigée normale, c'est à dire le redressement;
- la conservation de cette posture en dépit de ce qui tend à la perturber, c'est à dire le maintien de l'équilibre.

Toutes les réactions de posture ou d'équilibre sont déclenchées et étroitement contrôlées par des informations sensorielles en retour ce qui réalise un ensemble d'opérations rétro-contrôlées. Les informations proprioceptives d'origine musculo-articulaire renseignent sur la position relative des divers segments corporels. Le réflexe myotatique est un maillon essentiel du mécanisme de régulation du tonus musculaire.

P. BUSER et M. IMBERT (25) décrivent le cheminement que parcourt l'information proprioceptive après avoir été transmise à la moelle:

"Les projections somesthésiques (d'origine cutanée, musculaire, articulaire et même viscérale) peuvent être véhiculées:

a) par cinq voies montantes directes d'origine spinale (pour le tronc et les membres) ou bulbaire (pour la face); elles sont soit ipsilatérales soit bilatérales, mais toujours conservatrices de la somatotopie; il s'agit des tractus spinocérébelleux dorsal, spinocérébelleux ventral, cunéocérébelleux, spinocérébelleux rostral et trigémino-cérébelleux.

b) par deux groupes de voies indirectes: l'un spinoréticulocérébelleux relayé dans le noyau réticulé latéral; l'autre groupe est constitué des systèmes spino-olivocérébelleux passant par l'olive inférieure."

Ces voies indirectes sont pour l'essentiel convergentes, non conservatrices de la somatotopie. L'existence de ces diverses projections laisse apparaître des possibilités très larges d'extension de l'information afférente.

Le cervelet reçoit, outre ces afférences somesthésiques, des projections d'origine télencéphalique dont les plus intéressantes émanent du cortex cérébral. Il joue un rôle capital dans les mécanismes posturaux, les mécanismes de l'équilibre et ceux du redressement. Une atteinte uni- ou bilatérale du lobe postérieur ou des lobes latéraux du cervelet laisse une hypotonie, une asthénie (diminution de la puissance musculaire du mouvement) et des troubles du mouvement volontaire (ataxie) avec retard d'initiation du mouvement, lenteur d'exécution, retard dans la terminaison, oscillation ou tremblement au cours du mouvement et dysymétrie.

Il existe plusieurs voies cérébellofuges passant par différents centres nerveux : les formations réticulées facilitatrice et inhibitrice, le noyau rouge, le noyau ventro-latéral du thalamus, les noyaux vestibulaires.

L'écorce cérébelleuse aurait une action globalement inhibitrice qui semble s'exercer à travers les noyaux vestibulaires ou la formation réticulée descendante.

L'action coordinatrice du cervelet dépend du fonctionnement de nombreux centres et noyaux dont il reçoit de multiples afférences (cortex, formation réticulée, thalamus, noyau rouge et probablement corps striés) et auxquels il communique des informations.

Le rôle du cervelet est essentiel dans le traitement des données et l'adaptation aux informations sensorielles de toutes catégories qu'il reçoit en incessants messages.

D. LES CONSEQUENCES DE L'ALTERATION DES FONCTIONS SENSORIELLES

Par ses sens, l'homme reçoit d'incessantes stimulations qui le renseignent sur son environnement. En fonction de la nature, de l'intensité et de la durée de ces messages et selon l'état même des organes sensoriels, l'homme va pouvoir ou non intégrer l'information.

A toute variation de la sensation correspond une variation des processus cérébraux. Cependant, la psychophysique actuelle a démontré que l'organisme peut répondre de façon différentielle à la stimulation sensorielle d'une façon telle que les réponses ont plus de dimensions que le stimulus lui-même. Un individu souffrant d'une altération d'une fonction sensorielle manifesterait de ce fait des troubles du comportement: un trouble de la vision pourra se traduire par une fatigue visuelle, des maux de tête lors de la lecture, une appréhension de toute lumière intense. G.BERARD(13) explique que "tout se passe comme si le comportement humain était en grande partie conditionné par la façon dont il entend."

Un individu sensible aux bruits par exemple se rendra avec angoisse à son usine bruyante, il appréhendera le retour au foyer, fuira tous les lieux encombrés de décibels et se rétractera peu à peu sur lui-même.

Dès lors, on imagine les conséquences familiales, sociales et professionnelles que peut causer l'altération des organes sensoriels: l'enfant souffrant d'un déséquilibre auditif ou visuel sera pénalisé, défavorisé par rapport à ses camarades. Il sera handicapé par une fatigue surajoutée. Malgré toute sa bonne volonté, il ne suivra pas l'heure du cours qui lui est proposée; son attention restera vigilante pendant un ou deux quarts d'heure, puis se relâchera progressivement. De même, le trimestre scolaire lui semblera bien long et l'enthousiasme du début, provoquée par toutes les bonnes paroles et les encouragements des parents, cédera vite la place à une apathie ou à une révolte, selon le

tempérament. En conséquence, la relation familiale risque d'être également altérée.

Les enfants dyslexiques par exemple présentent le plus souvent une anomalie visuelle et/ou auditive. Bien sûr, tant que l'on ne décèle pas l'origine des troubles du comportement, l'action médicamenteuse et psychotérapique a peu de chance d'être efficace. C'est la raison pour laquelle le dépistage d'anomalies des organes sensoriels devrait être systématique dès l'enfance.

La seconde partie de ce chapitre présente les principales méthodes dont le but est de juguler les troubles nerveux en rééduquant les fonctions sensorielles, c'est à dire en permettant à l'individu d'entendre, de voir, de sentir son corps normalement.

II. LES DIFFERENTES METHODES NEUROPEDAGOGIQUES

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce chapitre, les organes sensoriels sont en communication constante avec le système nerveux. Toute altération de l'un de ces deux éléments (système nerveux ou organe sensoriel) aura des répercussions sur l'autre. Si l'on constate l'amélioration ou la normalisation d'une fonction sensorielle auparavant altérée, l'on peut par voie de conséquence supposer une transformation correspondante au niveau du système nerveux.

Plusieurs méthodes ont fait leurs preuves en tenant compte de la réciprocité des influences qui n'est en fait qu'une continuation entre le système nerveux et les organes sensoriels. En éduquant ou en rééduquant la fonction sensorielle pour la ramener à la norme, ces méthodes permettent, dans un premier temps, la diminution et l'espacement des symptômes puis souvent leur complète disparition si aucune cause organique n'intervient dans le dérèglement de ces fonctions.

A. LA PSYCHOTHERAPIE DU DOCTEUR VITTOZ:

Le premier à avoir constaté une disparition des troubles fonctionnels d'origine nerveuse par une éducation du système nerveux, en passant par la fonction mentale, est le Docteur VITTOZ.

Cette méthode emploie une technique rééducative qui s'adresse aux plus hautes facultés psychiques (concentration et volonté). Une fois celles-ci normalisées, on note une disparition des troubles fonctionnels.

Le but de la méthode VITTOZ, fondée au tout début de notre siècle, est de rechercher les fonctions troublées et d'essayer de les ramener à la normale, en un mot, de rétablir le contrôle cérébral dans son intégrité.

On peut dire de la méthode VITTOZ qu'elle est une école pour le bon usage du corps en vue de la possession de soi et d'une relation juste avec le monde. La caractéristique principale de cette méthode est de rétablir ou de fortifier le contrôle cérébral, c'est à dire la maîtrise du conscient sur l'inconscient. Selon VITTOZ, il existe une dualité entre ces deux fonctions; l'idée ou la sensation perçue est la résultante du travail des deux centres. Cette dualité s'accroît chez les sujets nerveux qui en deviennent conscients.

"Nous définirons le contrôle cérébral, explique VITTOZ (91), comme une faculté inhérente à l'homme normal, destinée à équilibrer le cerveau inconscient et le cerveau conscient. Nous entendons par équilibre cérébral normal le fait que chaque idée, impression ou sensation peut être contrôlée par la raison, le jugement, la volonté, c'est à dire qu'elle peut être jugée, modifiée ou écartée".

Cette faculté est en partie inconsciente chez l'homme normal; il a bien la sensation du contrôle mais son

mécanisme lui échappe totalement; le malade en a une perception plus précise, il sent qu'il lui manque quelque chose et ce qui lui manque est le contrôle cérébral. Le cerveau du malade, privé de cette faculté régulatrice, est sans frein, sans direction, livré à toutes les impulsions, soumis à toutes les phobies, ne pouvant plus raisonner ni juger une idée.

La méthode VITTOZ s'adresse avant tout à ces innombrables nerveux agités, frémissants, angoissés et flottants qu'on ne peut guère classer dans une rubrique nosologique précise mais qui souffrent gravement de cette incohérence intérieure, de cette surimpression désordonnée perpétuelle, ou encore d'une surintellectualisation qui les empêche d'isoler la sensation physique de l'idée psychique.

Ainsi, sur ce terrain de dédoublement entre conscient et inconscient, par manque de contrôle cérébral, se développent trop facilement l'obsession, le scrupule, l'anxiété. Tout cela commence lorsque l'on sort de la conscience du réel.

Les procédés de rétablissement du contrôle cérébral

En premier lieu, les fonctions d'émissivité et de réceptivité du malade sont vérifiées. La réceptivité est perturbée chez le nerveux qui vit dans un tourbillon de pensées, dans une sorte de rêve éveillé qui émousse fortement le contact avec la réalité.

"Nous demanderons donc de faire des actes conscients, explique VITTOZ (91), c'est à dire d'arriver à une sensation précise du monde extérieur ou de nos propres actions et cela (...) sans interposition de la pensée. C'est là que réside la difficulté; il faut arriver à sentir sans penser. Peu importe la voie par laquelle la sensation arrive, audition, vue, toucher. La règle est toujours la même. Quel est le résultat de cet acte conscient, qui ne peut durer qu'une seconde? mettre le cerveau au repos complet par l'absence de pensée, et par cela on obtient un premier contrôle, celui de la sensation et de l'acte".

Et il poursuit: *"L'important est d'arriver à l'acte conscient vrai, à cette sensation qui balaye tout devant elle, qui apporte le calme et la détente; ce doit être comme une bonne communication téléphonique sans friture, et assez forte aussi pour se substituer à toute cette agitation désordonnée qui trouble le cerveau; cela ne s'obtient pas sans entraînement sérieux".*

Par une rééducation régulière, l'acte conscient s'infiltré lentement dans la mentalité, la modifie par un travail insensible; peu à peu, les idées anormales et les obsessions se dissipent.

"Tous autant que nous sommes, nous aurions un sérieux avantage à développer notre adaptation sensorielle. Bonne réceptivité, c'est essentiel; il faut aussi une bonne émissivité (...). La rééducation du contrôle nerveux s'attachera donc à obtenir une bonne émissivité, ce qu'on appelle habituellement la concentration".

La volonté, selon VITTOZ, joue un rôle essentiel dans le contrôle cérébral. En effet, si l'acte de volonté a été complet et réussi, c'est alors le calme, la détente; on ne pense plus à la décision prise et quand vient le moment de l'exécuter il n'y a plus de lutte, on va simplement droit au but.

"Rien n'est plus fatigant que l'intention (lutte entre les désirs et la réalisation), rien n'est plus reposant que la volonté. Si l'on se met en état conscient, alors apparaît le motif principal qui domine les autres. Foncer droit sur lui sans se laisser égarer dans le maquis des motifs secondaires, la volonté devient facile! On voit où il faut aller, le déclenchement d'énergie se produit en visant ce but précis et c'est le calme au lieu de la tension, de l'intention.

Constata-t-on un état anormal du cerveau? Il faut avant toute chose s'attaquer à son mécanisme que tous les efforts doivent tendre à ramener à la normale. Tant que le dit mécanisme pur et simple fonctionne mal, inutile de prêcher l'énergie, la volonté. Ce serait peine perdue, l'instrument est faussé. On s'attache donc à obtenir une bonne réceptivité, une émissivité vigoureuse puis une volonté énergique; ainsi se rétablit le contrôle conscient sur l'inconscient".

Des exercices mentaux ont pour but de faire acquérir au malade la volonté et la concentration qui lui font défaut. Le contrôle des actes doit être conscient, le cerveau doit être réceptif et sentir l'acte, non le penser. Ces exercices sont accomplis en faisant le «vide», c'est à dire en calmant son mental de différentes façons, dans un premier temps; dans un second temps, l'esprit doit se concentrer sur un seul objet ou une seule idée.

VITTOZ a trouvé le moyen d'objectiver cet état de contrôle ou de non contrôle cérébral: en appliquant de certaine façon sa paume sur le front du patient, le praticien peut "sentir" l'activité cérébrale du sujet. Quand le mental est au repos, on sent des "ondes" lentes et régulières. Quand le sujet est au contraire anxieux, stressé, mentalement agité ces "ondes" sont rapides et irrégulières. On a, depuis, objectivé ces phénomènes au moyen d'appareils d'enregistrements. On peut donc contrôler les exercices des sujets et constater les progrès.

La durée du traitement est de trois mois environ. C'est le temps qu'il faut au sujet pour apprendre à contrôler son cerveau. Il peut ensuite poursuivre seul les exercices jusqu'à l'obtention du résultat escompté.

En résumé, selon VITTOZ, le vrai repos se trouve dans le contrôle de soi qui met fin à l'agitation cérébrale inutile, aux anticipations, à l'anxiété, et qui amène à vivre dans le présent immédiat où existe une base solide et non un perpétuel flottement.

La méthode VITTOZ est fondamentalement constructive, rééducative, synthétique, en sorte qu'elle ne connaît guère de contre-indication. En revanche, le recours à la

psychanalyse peut être indispensable dans les grandes névroses liées à un blocage affectif que seule une prise de conscience approfondie peut lever.

"Avec la rééducation de la volonté, explique D'ESPINEY (40), nous avons terminé le traitement fonctionnel, mécanique du cerveau. Le malade a en mains des armes suffisantes pour se guérir; il sait en effet modifier une vibration anormale, il peut se concentrer, il peut utiliser sa volonté, il ne lui reste donc qu'à créer de nouvelles habitudes mentales en surveillant son contrôle. Il peut être sûr que l'équilibre cérébral se rétablira par la simple application des procédés qu'il connaît. Si les actes sont bien faits (conscients), le malade se sentira plus maître de lui-même, plus calme, plus pondéré. Son cerveau, toujours occupé à quelque chose de défini, s'angoisse de moins en moins. Sa confiance en lui-même renaitra; il prendra l'habitude du contrôle".

En bref, un mouvement contrôlé détermine chez le malade:

- la pleine conscience de l'acte,
- la netteté de l'idée correspondant à l'acte,
- le sentiment que l'acte est voulu.

Les résultats de cette méthode ne sont certainement pas négligeables. Plusieurs centaines de vittozziens la pratiquent de par le monde. VITTOZ eût le mérite d'être le premier à proposer une technique de rééducation pour juguler les troubles nerveux. Cependant, cette rééducation s'adresse au mental uniquement et néglige le corps et ses blocages propres. Le contrôle du mental ne permet pas de négliger le fait qu'il existe une mémoire somatique des traumatismes. Par ailleurs, cette thérapie ne s'adresse qu'aux sujets doués d'une volonté suffisante pour maîtriser leurs troubles.

B. LA METHODE TOMATIS:

Alfred TOMATIS est né à Nice en 1919; médecin, ses idées et travaux sur l'audition et la phonation lui ont acquis une notoriété respectable et sont à la base d'une thérapie polyvalente qu'on appelle la méthode TOMATIS.

-Les bases théoriques:

L'intérêt des travaux d'A. TOMATIS tient en grande partie à ce que l'approche théorique se fait toujours en liaison étroite avec l'expérience. A chaque étape de ses travaux expérimentaux, le praticien qu'est le docteur TOMATIS conforte et complète ses hypothèses de départ, et ces hypothèses à leur tour donnent une impulsion nouvelle à sa recherche appliquée.

TOMATIS postule que la voix ne reproduit que ce que l'oreille entend. Or l'oreille n'entend que ce qu'elle a été préparée à entendre, que ce que l'appareil auditif, et au-

delà le cerveau, dans ses modalités consciente et inconsciente, ont pu apprendre à entendre.

Le fœtus entend et écoute dès quatre mois et demi de vie intra-utérine, à l'époque où l'olfaction et la vision se développent chez lui. Dès le départ le lien entre la bouche et l'oreille apparaît dans le fait que la branche motrice de la cinquième paire de nerfs crâniens innerve à la fois le marteau (élément de l'oreille moyenne) et la mâchoire inférieure.

Le fœtus, baignant dans le liquide amniotique, est soumis à une atmosphère sonore particulière qui conditionne les codages neuroniques qui s'installent peu à peu pour constituer le rail et le véhicule sur lesquels le langage social va s'établir. L'appareil auditif de l'enfant se prépare et mûrit au son filtré de la voix de sa mère, source sonore qui constitue le principal bruit de vie. De cette voix perçue au-delà du langage, décantée de son contenu sémantique, il ne subsiste que le timbre cadencé en fonction du rythme verbal propre à la mère et à la langue maternelle. C'est ce rythme que l'enfant reconnaît entre tous à la naissance et qu'il est conduit à rechercher tout au long de son existence.

Au cours de cette maturation de la fonction auditive et phonatoire, commencée précocément et poursuivie après la naissance par les apprentissages langagiers, principalement dans l'enfance, des accidents et des incidents peuvent survenir: les processus de verbalisation peuvent ne pas être élaborés ou être insuffisamment exprimés. Les troubles qui en découlent vont de pair avec une distorsion de la courbe d'écoute. Cette distorsion est une des conséquences du brouillage provoqué par un désordre affectif profond et traduit toutes sortes de blocages. Dans la courbe d'écoute, l'inconscient sélectionne telle ou telle bande passante en fonction de ce qu'il ne veut pas entendre.

On conçoit donc que l'harmonie du système nerveux, en relation avec son environnement, est conditionnée, dès la vie intra-utérine, par le système audio-phonatoire. Un trouble de cette fonction (anomalie de la courbe audiométrique, anomalie de la phonation) révèle un trouble intra-psychique plus profond qui se manifestera aussi par d'autres signes (maladies mentales et psychosomatiques notamment).

La rééducation de cette fonction doit pouvoir en retour réduire les perturbations que ces anomalies révèlent.

-Les techniques:

Il s'agit de faire entendre à l'individu ce qu'il devrait entendre et que des incidents de son évolution ne lui ont pas permis d'apprendre à entendre. Cette rééducation des fonctions auditive et phonatoire a un impact bénéfique sur de nombreux troubles d'origine nerveuse.

Elle est réalisée à l'aide d'un appareillage particulier, l'oreille électronique (84): un microphone est

relié à un amplificateur d'où émanent deux circuits différents réalisant deux canaux C1 et C2 qui ne fonctionnent pas simultanément.

Pour une intensité donnée, modifiable à volonté, le canal C1 reste seul ouvert. Il permet au sujet d'entendre comme il en a l'habitude si bien que pour lui rien n'est changé. Dès l'émission d'un son de sa part, dès qu'il ajoute le son de sa voix au bruit ambiant, toujours préexistant, le canal C1 se ferme et le canal C2 s'ouvre. L'oreille va être contrainte à un autre mode de contrôle préalablement déterminé et qui répond notamment à l'émission d'une belle voix. Autrement dit, l'ouverture du canal C2 se fait par un système de bascule qui permet de passer automatiquement de la manière A1 d'entendre, inhérente au geste G1 à supprimer, à la manière d'entendre A2, propre au geste G2 recherché.

L'émission vocale terminée, la réduction de l'intensité fait basculer le système en sens inverse et C1 s'ouvre tandis que C2 s'évanouit. Ce cycle recommence chaque fois que le sujet parle et le conditionnement apparaît très vite. Dès les premiers jours, une séance d'une demi-heure laisse un effet rémanent de durée équivalente. Après quelques semaines, le conditionnement demeure permanent.

TOMATIS précise que *"le principe de l'oreille électronique est d'obtenir un conditionnement auditif tel que l'oreille soit en mesure d'adopter une posture d'auto-écoute favorable à une émission vocale de qualité(...). Cet instrument est susceptible d'aider l'individu traumatisé, frustré, inadapté ou bloqué par quelque incident de son histoire à retrouver, à travers la pleine ouverture, c'est à dire la pleine libération de ses perceptions auditives, la liberté positive de sa nature, la liberté active de son destin. Cette thérapeutique est un conditionnement, mais le conditionnement libérateur"*.

L'oreille électronique surimpose à l'écoute originelle du sujet une manière d'entendre qui le contraint à viser désormais les sons selon un schéma précis et déterminé.

L'effet bénéfique des séances répétées est rémanent puis, ainsi que le veulent les lois du conditionnement pavlovien, définitif.

Une autre technique est représentée par les séances de sons filtrés. Un enregistrement de la voix de la mère est filtré de manière à reproduire ce qu'entendait le fœtus puis est donné à entendre à l'enfant qui présente des troubles. A raison de six à huit séances quotidiennes, cette technique permet à l'enfant de renouer avec un passé suffisamment lointain pour être encore vierge de toute expérience négative et, à partir de là, de reprendre une évolution correcte.

Une troisième technique est celle de l'accouchement sonore. Un montage sonore reproduit le passage de l'audition en milieu liquide à l'audition en milieu aérien.

Quelques séances sont nécessaires pour accomplir cette mutation. C'est un peu comme si tous les blocages qui ont enfermé l'individu dans son inconfortable situation se déverrouillaient enfin.

La méthode TOMATIS s'adresse aux dyslexiques, aux bègues, aux sujets atteints de troubles fonctionnels manifestes de l'audition ou de la phonation. Mais elle s'adresse aussi aux sujets atteints de troubles de fonctions très diverses (85): *"Le revécu suscité par les reviviscences les plus primitives réalisées à l'aide de sons filtrés, c'est à dire au stade le plus archaïque, conduit rapidement à la rencontre et, par là, à la connaissance de cette dimension. C'est alors que, libérés de leurs engorgements, les appareils sensoriels viscéraux recouvrent la dynamique pour laquelle ils sont conçus tandis que disparaissent les troubles qu'ils avaient jusqu'alors entretenus par un mauvais usage fonctionnel. On conçoit de la sorte pourquoi l'administration sous Oreille Electronique de sons filtrés, notamment à partir de la voix maternelle, débouche généralement sur la normalisation des fonctions neurovégétatives"*.

-Les résultats:

Ils concernent en particulier le comportement du sujet, ses aptitudes, ses réactions au sein de son milieu. L'enfant qui sort d'une cure sous Oreille Electronique est sensiblement plus équilibré: son humeur est moins capricieuse, il a beaucoup perdu de sa vindicté envers les gens et les choses, il devient plus entreprenant dans les activités de groupe. La joie de vivre éclate sur son visage et se traduit par des façons caractéristiques de réagir aux événements. L'appétit se régularise; le sommeil est désormais tranquille. L'endormissement est plus rapide, plus profond et les cauchemars sont devenus rarissimes.

Les sons graves réimposés au nourrisson, à l'enfant ou à l'adulte, ont un effet hypnogène. Les sons de fréquence moyenne ont un effet vif sur l'abord par le sujet de sa vie relationnelle. Au-delà de 2000 Hz, l'effet est dynamisant. le sujet sous Oreille Electronique devient euphorique, parle mieux, chante mieux, est plus apte à l'apprentissage de nouvelles langues.

Selon TOMATIS(85), *"tout se passe comme si les organes audio-phonatoires et les zones cérébrales intéressées avaient été ipso facto adaptés au nouvel idiome (langage). Ce qu'on a recréé finalement, ce sont les conditions du départ, celles-là même qui nous ont permis d'assimiler notre propre langue maternelle. Guérir dans une telle perspective, ce n'est rien d'autre qu'intégrer la posture auditive du bien entendant, de celui qui a réussi à instaurer un réseau relationnel adapté"*.

Pour conclure, signalons que TOMATIS compare les phénomènes auditifs qu'il exploite avec les phénomènes visuels.

Notons aussi qu'il ne situe pas toute son efficacité dans l'appareillage: *"Je savais désormais que la relation engagée par le sujet avec le thérapeute est au moins aussi importante que l'action exercée par la machine proprement dite"* (84).

Enfin précisons que TOMATIS apporte un point de vue nouveau sur le fonctionnement du cerveau et son évolution ontogénétique et même phylogénétique. Même si les résultats sont souvent controversés, la méthode TOMATIS est une contribution originale à l'immense entreprise de compréhension de la complexité humaine.

C. LES TECHNIQUES TOUCHANT LE SYSTEME NERVEUX PROPRIOCEPTIF:

Elles sont de plus en plus nombreuses et l'on se rend compte actuellement que le corps et sa représentation sont le reflet de l'état intérieur de l'organisme. L'unicité psyché/soma est une conception qui s'affirme davantage chaque jour.

1. LA BIOENERGIE:

Fondée par Alexander LOWEN, la Bioénergie a son point de départ dans une "découverte" de Wilhelm REICH, psychanalyste allemand selon lequel le psychisme d'un individu s'exprime dans son attitude corporelle. Le maintien d'une personne, ses attitudes, sa façon de parler révèlent le monde intime de ses sensations, de ses émotions, de ses affects.

LOWEN part du principe suivant: *"Quand on appréhende une émotion, le corps a tendance à se raidir, c'est son mécanisme naturel de défense. Le raidissement instinctif nous empêche sans doute de «craquer», mais en même temps, il nous bloque et nous fait perdre momentanément nos facultés d'adaptation (...). Chez une personne en bonne santé, ce blocage initial est très bref. La tension provoque une décharge d'adrénaline dans le sang, les forces sont mobilisées, l'individu réagit: selon la situation, il choisit soit l'affrontement et la lutte, soit le repli et la fuite. Dès qu'il y a action, la musculature se détend. Par contre, celui qui reste figé dans son attitude de rigidité demeure tendu, noué, incapable de réagir et il subit le plein impact du choc émotionnel sans parvenir à s'en protéger par une action adaptée, qui lui procurerait pourtant la détente nécessaire. Son organisme reste en état d'alerte même quand l'alerte est passée"*.

L'unité psychosomatique semble évidente pour LOWEN qui affirme qu'il n'existe pas de maladie mentale qui ne soit en même temps physique.

La lecture du corps a donc une valeur de diagnostic et permet d'orienter le travail thérapeutique. Le corps, en

effet, révèle dans sa structure et dans ses postures la configuration de l'appareil musculaire.

Au cours du traitement, on consacre autant de temps à l'analyse des mécanismes psychiques qu'aux exercices physiques agissant sur les noeuds de tension. La thérapie consiste à "centrer" l'individu, c'est à dire trouver un rapport juste entre le corps et les courants affectifs qui le traversent. Pour ce faire, il faut apprendre à l'individu à respirer et à prendre conscience des zones de crispation musculaire. Il faut aussi chercher le sens de ces tensions et le rôle qu'elles jouent dans l'économie libidinale de l'individu, c'est à dire la manière dont il traite son désir, car le noeud musculaire est le signe, la traduction d'un noeud psychique et réciproquement.

La thérapie comprend aussi un versant psychanalytique où le thérapeute doit devenir un substitut du père ou de la mère et offrir l'amour, son amour pour qu'à son tour le patient puisse s'aimer, retrouver sa confiance en lui et assumer la violence qui va le traverser à nouveau là où le corps s'était engourdi.

La thérapie s'achève lorsque les tensions devenues conscientes n'ont plus lieu d'exister; l'individu délivré, habite alors vraiment son corps et a retrouvé la foi en lui-même.

2. L'EUTONIE:

Le mot "eutonie" formé en 1957, traduit l'idée d'une tonicité harmonieusement équilibrée et d'une adaptation constante, en rapport juste avec la situation à vivre ou l'action à mener.

Gerda ALEXANDER (4), fondatrice de cette méthode, définit le but de l'eutonie de la façon suivante: *"l'eutonie invite l'individu à approfondir sa propre réalité corporelle et spirituelle dans une véritable unité, non en se retirant du monde, mais par un élargissement de sa conscience quotidienne par lequel il libérera ses forces créatrices, dans un meilleur ajustement à toutes les situations de la vie et un enrichissement permanent de sa personnalité et de sa réalité sociale"*.

La sensation du Moi est liée directement à la sensation du corps. De ce fait, en procédant à une exploration poussée des sensations et des mouvements, on peut établir un inventaire des distorsions corporelles, des anesthésies cutanées et des contractures musculaires qui sont le reflet de troubles psychologiques.

L'eutonie est donc un système de connaissance s'appuyant sur les perceptions et qui permet un heureux équilibre entre la prise de conscience des sensations intérieures et l'ouverture au monde extérieur. Des exercices ont été mis au point par G. ALEXANDER pour amener l'élève à se détendre sans s'isoler, à être présent aux autres sans se perdre lui-même, à s'intégrer dans le groupe tout en gardant son

individualité propre. L'eutonie est une technique active par laquelle la personne explore ses diverses possibilités de perception et de mouvement.

Comme la bioénergie, l'eutonie part du principe que les contractures musculaires sont le reflet de troubles émotionnels vécus dans l'enfance. Le tonus ne peut plus, dès lors, présenter les variations qui sont les réponses normales d'un organisme adaptable aux stimuli du monde extérieur ou à ceux de l'organisme même. Rétablir la souplesse musculaire perdue du fait de fixations dans l'enfance est le but de différents exercices qui consistent en :

- la prise de conscience de la perception cutanée, musculaire et osseuse;

- la sensation de prolongement dans l'espace de certains segments du corps;

- l'utilisation de certains réflexes pour renforcer les muscles profonds érecteurs de la colonne vertébrale;

- l'exposition à des vibrations qui ont pour but de réveiller les perceptions assoupies et de remettre en activité les unités motrices non fonctionnelles;

- un travail en groupe permettant la prise de conscience de la relation avec les autres au plan corporel.

G. ALEXANDER, tout comme A. LOWEN, tient compte d'une interprétation psychanalytique puisqu'elle estime que le travail à trois permet la solution de conflits résultant de l'apparition au sein de l'intimité du couple mère-enfant d'un troisième personnage, le père.

La prise de conscience de son corps et de sa respiration permet le rétablissement de l'équilibre végétatif et l'adaptation de la tonicité. En supprimant les fixations du tonus, l'eutonie élimine aussi les fixations psychiques et les troubles thymiques résultants. Cependant, lorsque l'élève en eutonie intègre peu à peu son image corporelle, il risque de réveiller des zones restées inconscientes correspondant à des situations émotionnelles refoulées.

La peau constitue l'organe cible pour le praticien de l'eutonie car elle est le support concret de l'unité psychosomatique et des échanges relationnels.

3. LE YOGA ET LA RELAXATION:

L'état de yoga est celui dans lequel l'homme se trouve lorsqu'il est lié au divin, lorsque "l'homme apparent" est lié à "l'homme réel", c'est à dire a recouvré sa vraie nature et vit conformément à elle.

La technique du yoga, quelle qu'elle soit, est une discipline par laquelle l'homme s'efforce de parvenir à l'état de yoga.

Il existe essentiellement quatre types de yogas: le yoga de la recherche intellectuelle (JNANA-YOGA), le yoga de la concentration interiorisée (RAJA-YOGA), le yoga de l'amour (BHAKTI-YOGA) et le yoga de l'action désintéressée (KARMA-YOGA).

Si distincts l'un de l'autre que soient ces 4 types de yoga, ils finissent tous par se rejoindre dans un but commun. Cependant, c'est le HATHA-YOGA, dérivé du RAJA-YOGA qui est le plus répandu en occident. Le but du HATHA-YOGA, le yoga du corps physique, est la vitalisation du corps et la purification du système para-nerveux que constituent les "nadi".

Les exercices du HATHA-YOGA comprennent les postures (ASANAS) et les respirations dirigées (PRANAYAMA) dans le but d'atteindre une prise de conscience approfondie du corps et une maîtrise du mental.

Le yoga, explique A.VAN LYSEBETH (89), part du principe que *"pour changer le monde, il faut se changer soi-même. Grâce au yoga, le civilisé peut retrouver la joie de vivre. Le yoga lui donne santé et longévité grâce aux ASANAS qui rendent sa souplesse à la colonne vertébrale, véritable axe vital, calment les nerfs surexcités, relaxent les muscles, vivifient les organes et les centres nerveux.*

Le PRANAYAMA apporte de l'oxygène et de l'énergie à chaque cellule, décrasse l'organisme en brûlant les déchets, expulse les toxines, tandis que la relaxation permet de préserver l'intégrité du système nerveux, prémunit contre la névrose, délivre de l'insomnie. Pour l'adepte du yoga, prendre soin de son corps est un devoir sacré".

Agissant sur la tonicité par différents exercices, le yoga ainsi que la plupart des méthodes de relaxation ont un effet bénéfique sur l'ensemble de l'être humain. Au-delà du bienfait physique, la vie végétative et la vie mentale en reçoivent les bénéfices et tendent vers l'équilibre.

Le yoga, à la différence de la relaxation, est intégré dans un vaste système philosophique comprenant lui-même des aspects physiologiques et psychologiques. Le yoga occidental accorde moins d'importance que le yoga oriental à l'aspect philosophique et spirituel. C'est la raison pour laquelle le HATHA-YOGA et la relaxation sont traités ensemble dans ce chapitre.

L'ampleur que prennent les méthodes qui visent à la détente musculaire, au bien-être physique et par voie de conséquence au bien-être nerveux et mental, est considérable. Ces méthodes ont leurs résultats, parfois surprenants et méritent d'être mieux connues et plus souvent mises en pratique. Outre une action préventive, elles parviennent à résoudre des maladies chroniques.

D. LES TECHNIQUES NEUROPEDAGOGIQUES VISUELLES:

Il existe différents types de méthodes qui visent à rééduquer la vision, mais dans des buts bien précis. L'orthoptie et la culture psycho-sensorielle de Georges QUERTANT sont des méthodes de rééducation visuelle mais tendent vers des fins différentes: ces deux disciplines sont des techniques de rééducation par l'exercice des muscles oculomoteurs pour permettre la normalisation des axes visuels.

Les exercices pratiqués dans les deux disciplines ont des similitudes mais la nature et la progression des excitants lumineux diffèrent. Tandis que l'orthoptie vise la perfection de position des muscles oculomoteurs, la C.P.S. utilise le même moyen pour arriver à une fin différente: éduquer ou rééduquer le système nerveux au-delà de la fonction visuelle.

Même si l'orthoptiste constate chez le sujet en cours de rééducation un amoindrissement voire une disparition de symptômes nerveux autres que les désaxations visuelles, il ne dépasse en aucun cas le domaine de l'oculomotricité.

La C.P.S. de G.QUERTANT est le résultat d'une longue expérimentation empirique. Comme nous le confirme la première partie de ce chapitre, l'oeil est le prolongement direct du cerveau. Lorsque, par excès de stimulations trop fortes et/ou trop longues, le système nerveux se dérègle, l'oeil, qui en fait partie, manifeste également une perturbation dans son fonctionnement: certains muscles oculaires sont trop innervés, d'autres trop peu. Un déséquilibre résulte de ce décalage et l'oeil n'est plus dans son axe.

A l'aide d'un appareillage adéquat, G.QUERTANT a objectivé la déviation des axes visuels et a évalué le dérèglement correspondant à différents niveaux de l'encéphale: le dépistage permet de mesurer le nervosisme au niveau du tonus général, de la vie neurovégétative, de l'affectivité et de l'intellect, tant en quantité qu'en qualité (excès ou insuffisance de stimulation nerveuse). A la suite de quoi une rééducation par ces mêmes appareils, à raison de deux séances hebdomadaires pour une durée moyenne de huit mois, permet un retour à la normale de la fonction visuelle dont la finalité est la suppression des troubles nerveux. Les résultats sont concluants et permettent à l'individu de développer des capacités potentielles multiples et, partant, de mieux s'intégrer dans sa vie familiale, professionnelle et sociale.

Le chapitre IV est consacré aux mécanismes nerveux qui interviennent dans la vision et à l'étude de la culture psycho-sensorielle fondée par G.QUERTANT.

CHAPITRE QUATRIEME

* * *

LA CULTURE PSYCHO-SENSORIAELLE
QUERTANT

CHAPITRE IV

LA CULTURE PSYCHO-SENSORIELLE QUERTANT

I. LE COMPLEXE SOMATOPSYCHIQUE VU PAR G. QUERTANT

Au cours du premier chapitre nous avons pu constater la variété des conceptions de la relation entre psyché et soma ainsi que l'évolution de ce concept à travers le temps.

G. QUERTANT fonde sa théorie sur une conception psychosomatique dualiste de type interactionniste avec une influence du soma sur la psyché ce qui explique la première place donnée au terme soma dans la composition du mot.

Pour G. QUERTANT, l'être humain est un complexe somatopsychique; le soma étant le corps dans sa forme et ses fonctions, la psyché représentant l'esprit et tout ce qui s'y rapporte.

Trois niveaux d'existence basés sur des systèmes propres interactifs forment le complexe somatopsychique. Ils sont imbriqués et se manifestent par leur synthèse:

- la vie végétative correspond à la vie animale inférieure;
- la vie de relation permet la vie sociale;
- la vie psychique permet la vie intellectuelle et conduit à la vie spirituelle.

A. LA VIE VEGETATIVE:

Elle permet le développement, l'entretien et la continuité de la matière vivante. Elle n'est possible selon G. QUERTANT que s'il existe de bons échanges avec le monde extérieur. Les échanges chimiques et physiques assurés par les différents organes doivent être régulés par des systèmes équilibrés: système neuro-endocrinien, glandes endocrines, systèmes orthosympathique et parasympathique qui ont une action soit facilitatrice soit inhibitrice sur le fonctionnement des organes.

B. LA VIE DE RELATION:

Encore appelée sensori-motrice, la vie de relation permet les échanges sociaux. Par ses organes sensoriels sains, l'homme capte l'information provenant de l'environnement. Cette information est intégrée par les centres nerveux et, si ceux-ci fonctionnent normalement, une réponse adaptée est possible.

G. QUERTANT estime artificielle la séparation des vies végétative et sensori-motrice. Elles forment selon lui un seul système à considérer en tant que tel.

C. LA VIE PSYCHIQUE

Elle permet les plus hautes manifestations de l'esprit. Elle est en rapport avec les deux autres types de vie dans la mesure où elle dépend de leur bon fonctionnement.

Les actes les plus élaborés du complexe somatopsychique se résolvent tous en définitive par l'analyse des processus réguliers de l'activité nerveuse. Les échanges d'information entre les différents centres du cerveau mais aussi entre le cerveau et le reste de l'organisme se font sous forme d'arcs réflexes; le réflexe médullaire intervient dans la vie sensori-motrice, le réflexe axone intervient dans la fonction neurovégétative et le réflexe cortical dans la vie psychique.

Pour fonctionner correctement et durablement, le complexe somatopsychique a besoin de stimulations issues du monde extérieur:

- ① besoins physiques et végétatifs (aliments, air, chaleur);
- ② besoins sensori-moteurs (lumière, mouvement);
- ③ besoins affectifs (émotion, affection);
- ④ besoins intellectuels et culturels (arts, science);
- ⑤ besoins spirituels.

L'interaction est constante grâce à l'organisation du système nerveux. L'exécution du réflexe nécessite quatre éléments:

- 1) un excitant externe ou interne (physique, mécanique, chimique);
- 2) un élément nerveux récepteur (sensitif) propagateur (voie centripète);
- 3) un élément nerveux conducteur de l'excitation (voie centrifuge);
- 4) un élément contractile: le muscle.

Ainsi, le système nerveux assure l'unité des trois types de vie qui forment le complexe somatopsychique et c'est sur lui qu'il faut agir pour enrayer un trouble fonctionnel quelconque.

G. QUERTANT met en évidence deux types de réflexes bien distincts: les réflexes inconscients et involontaires, les réflexes conscients et volontaires. Les réflexes et leur réalisation sont fragiles et peuvent être dérégés par une prédisposition héréditaire, un surmenage ou un stress. Si un élément de l'arc réflexe ne remplit pas sa fonction avec précision, la perturbation se répercute en des relais lointains et nombreux sur les fonctions sensorielles, métaboliques et psychiques. Tout trouble de l'arc réflexe entraîne un dysfonctionnement des trois modes de vie: sensori-motrice, neurovégétative et psychique.

VIE & RELATION

Tout dérèglement de l'arc réflexe a pour conséquence des troubles fonctionnels: G.QUERTANT nomme "nervosisme" l'état constitué par ce dérèglement sans substratum organique.

C'est en lisant ces lignes de Claude BERNARD dans sa dixième leçon sur la psychologie et la pathologie du système nerveux, que G.QUERTANT prit conscience des possibilités pédagogiques qu'offre le système nerveux:

"En apprenant à manier les organes nerveux qui servent de régulateurs aux fonctions, la physiologie nous donnera les moyens d'action sur les manifestations les plus élevées des êtres vivants".

A la suite de quoi, G.QUERTANT prit la résolution d'œuvrer pour créer une gymnastique rationnelle et corrective des voies nerveuses par analogie à la gymnastique musculaire. Après avoir expérimenté différentes pédagogies nerveuses par le truchement de l'oreille, du tact, de la phonation, le neuropédagogue, en passant par l'organe récepteur émetteur visuel offrant des possibilités de contrôle précis, obtint des résultats satisfaisants.

Puisque le phénomène final de la formation de l'image visuelle est une objectivation, une matérialisation des mécanismes de cette fonction, l'image visuelle traduit la qualité et l'intensité de l'activité nerveuse et donc des mécanismes qui concourent à son élaboration. Une image visuelle normale signe la perfection des mécanismes nerveux) qui permettent de voir.

En vingt trois années d'expériences (de 1912 à 1935) G.QUERTANT a pu observer que les sujets atteints de troubles fonctionnels d'origine neurovégétative et psychique présentaient des distorsions visuelles. Il a constaté également que la normalisation de la fonction visuelle (niveau sensori-moteur) entraîne du même coup la disparition des troubles aux niveaux végétatif et psychique.

Tout se passe comme si, en normalisant la fonction visuelle, c'est à dire la vie de relation, on normalisait les deux autres vies, soit l'ensemble du complexe somatopsychique.

En résumé, pour G.QUERTANT, l'étude des troubles de la fonction visuelle permet le dépistage des dysfonctionnements des centres régulateurs cérébraux qui interviennent, notamment, dans le mécanisme de la vision. La normalisation de la fonction visuelle permet d'enrayer ces dérèglements et donc les symptômes qui en résultent.

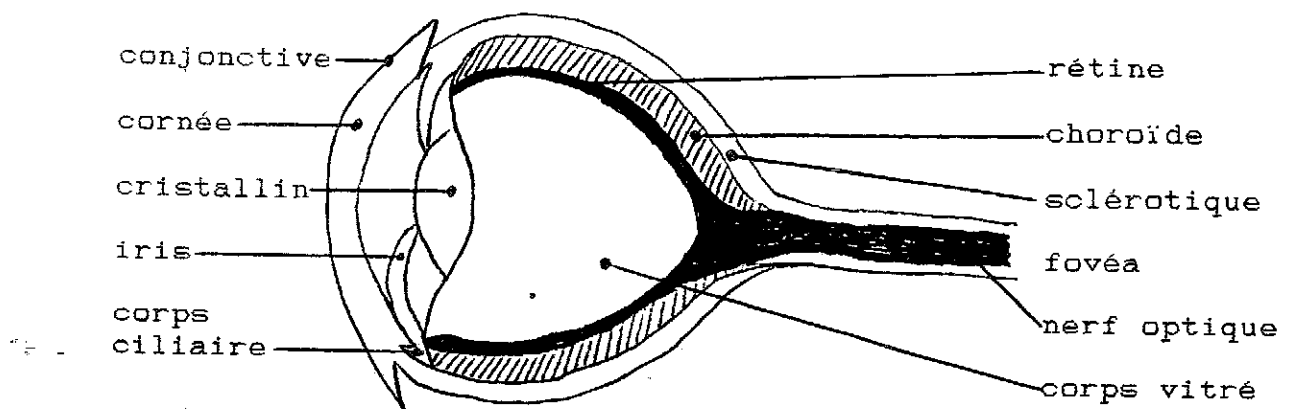
C. QUERTANT, neuropédagogue
1935 (1936) - 1937 (1938)

II. NEUROPHYSIOLOGIE VISUELLE

Cette partie du travail exposera les éléments connus à l'époque où G. QUERTANT fonda sa méthode. Ces données seront actualisées au chapitre suivant.

A. ANATOMIE DE L'OEIL:

L'oeil est logé dans une cavité pyramidale de la face appelée orbite. Celle-ci est percée en son fond d'une ouverture qui donne passage au nerf optique.



-Figure 6 : Anatomie de l'oeil.

L'oeil (figure 6) est un globe de 2,5 cm de diamètre. Son enveloppe externe, très résistante, est la sclérotique. Elle se prolonge en avant par un "hublot" bombé transparent, la cornée. Sous la sclérotique, on trouve une deuxième membrane, la choroïde, qui se prolonge par une formation musculaire vers la partie antérieure de l'oeil: le corps ciliaire. La pupille joue le rôle d'un diaphragme. Le diamètre de son ouverture varie selon la luminosité et l'accommodation; elle améliore la précision de l'image rétinienne. La variation réflexe du diamètre pupillaire avec l'éclairement est un des facteurs de l'adaptation de l'oeil à la lumière. Le système musculaire lisse qui diminue le diamètre pupillaire possède une innervation parasympathique; le système dilatateur a une innervation sympathique.

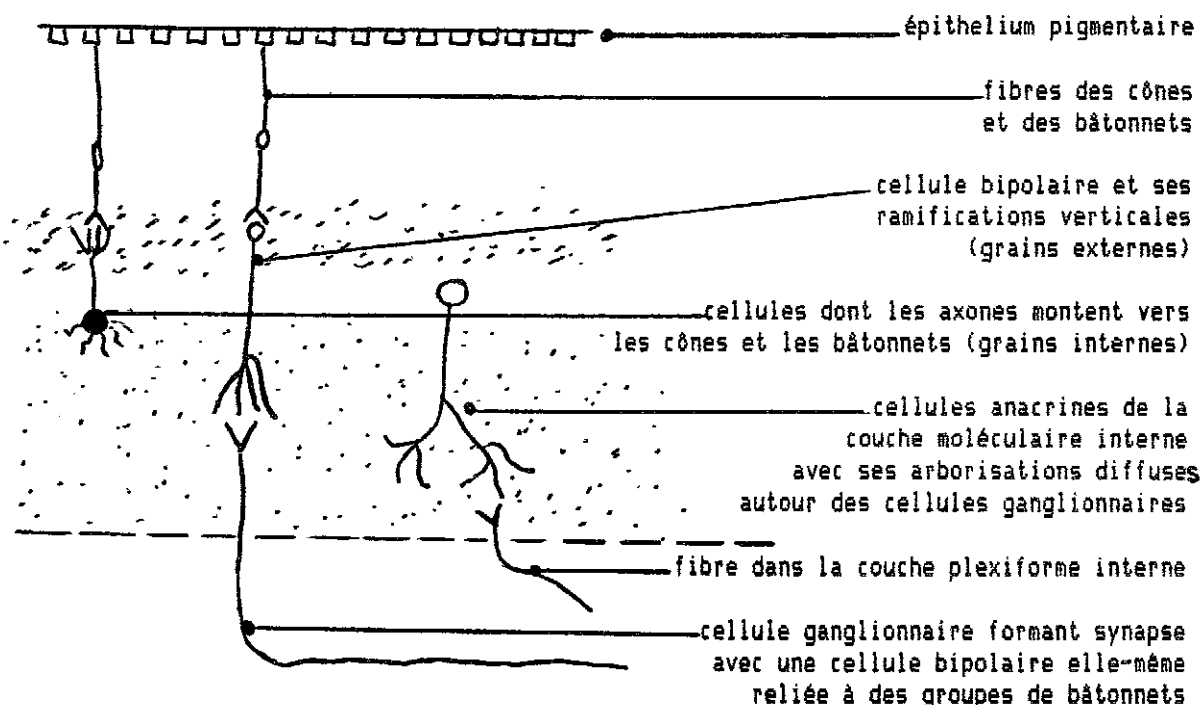
Le cristallin est plaqué contre l'iris; il est suspendu par des fibres musculaires lisses issues du muscle ciliaire qui constituent la zonule de ZINN. Son rôle essentiel est l'accommodation. Sa sclérose progressive avec l'âge entraîne la presbytie.

L'humeur aqueuse remplit l'espace compris entre la cornée et la face antérieure du cristallin. Le corps vitré remplit la majeure partie du volume oculaire.

La rétine tapisse la face interne du globe oculaire. Elle transforme la stimulation lumineuse en influx nerveux. La rétine présente une tache jaune avec en son milieu la fovéa

centralis, particulièrement riche en cellules réceptrices.

Il convient d'attacher une importance particulière à l'organisation microscopique de la rétine qui contient avant tout des photorécepteurs, éléments sensibles à la lumière (cônes et bâtonnets) qui contractent à ce niveau leurs connexions primaires (cellules des couches granuleuses). La couche pigmentaire tend à son tour à favoriser la capacité fonctionnelle des éléments. On peut distinguer de dehors en dedans la couche de cônes et de bâtonnets, la couche granuleuse externe, la couche moléculaire externe, la couche granuleuse interne, la couche moléculaire interne, la couche des cellules ganglionnaires et la couche de fibres nerveuses et de vaisseaux sanguins appelée *stratum opticum* (figure 7 : les cellules visuelles).



-Figure 7 : Les cellules visuelles.

Les cellules de la couche pigmentaire, chargées d'un pigment mélanique appelé fuchsine, ont pour fonction principale l'élaboration du pigment de la partie externe des bâtonnets, nommé aussi pourpre visuel ou rhodopsine.

Les cellules bipolaires et fusiformes sont de trois types: en rapport avec des bâtonnets, en rapport avec des cônes, en rapport avec ces deux éléments à la fois.

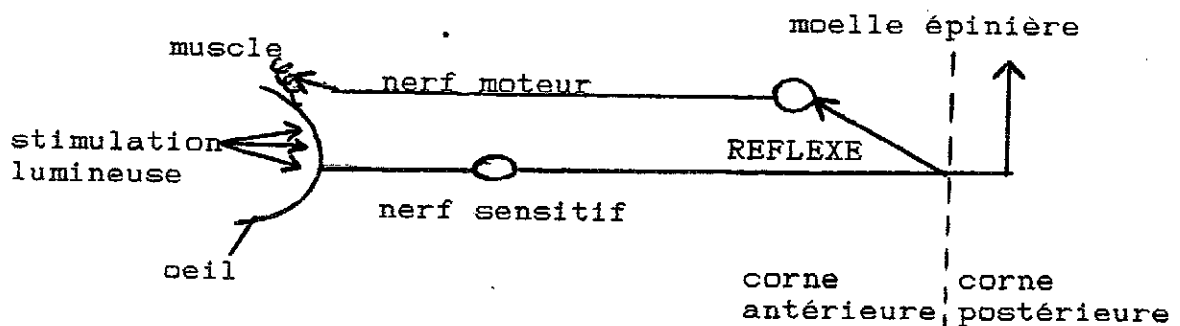
Les cellules ganglionnaires sont disposées en une seule couche, sauf dans la tache jaune où elles sont en couches multiples. Leurs cylindraxes constituent les fibres du nerf optique. Dans la couche la plus interne, ou *stratum opticum*, se regroupent les fibres appartenant à l'arc réflexe pupillo-moteur et celles qui amènent à la rétine les influx provenant de l'encéphale.

B. LES VOIES SENSORI-MOTRICES:

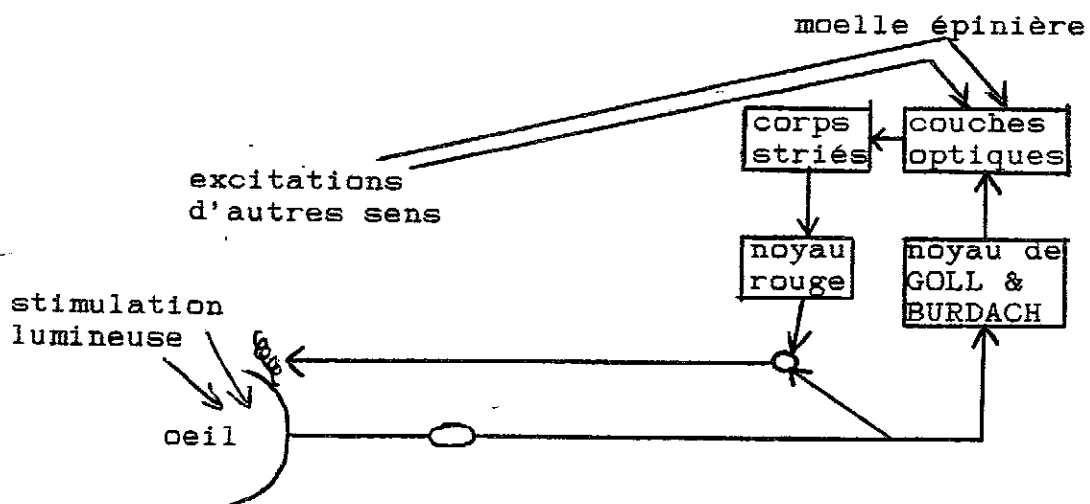
L'excitation produite sur la rétine se transforme en influx nerveux et suit le nerf optique; celui-ci transmet l'excitation reçue aux centres cérébraux spécialisés avec lesquels il est en communication directe. Par ce mécanisme, la stimulation lumineuse devenue excitation nerveuse permet une sensation visuelle: la vision est portée à la conscience. Par la voie centripète, l'influx nerveux traverse plusieurs centres. Là, l'information est analysée, adaptée aux besoins du sujet. Ensuite, par la voie centrifuge, l'influx nerveux va stimuler l'élément effecteur: le muscle.

Ce trajet de l'influx nerveux (voie sensitive-centres nerveux-voies motrices) constitue un arc réflexe. G. QUERTANT, ainsi que de nombreux neurophysiologistes de son époque, expliquait la fonction visuelle par un ensemble de réflexes et il en a décrit onze types (figure 8):

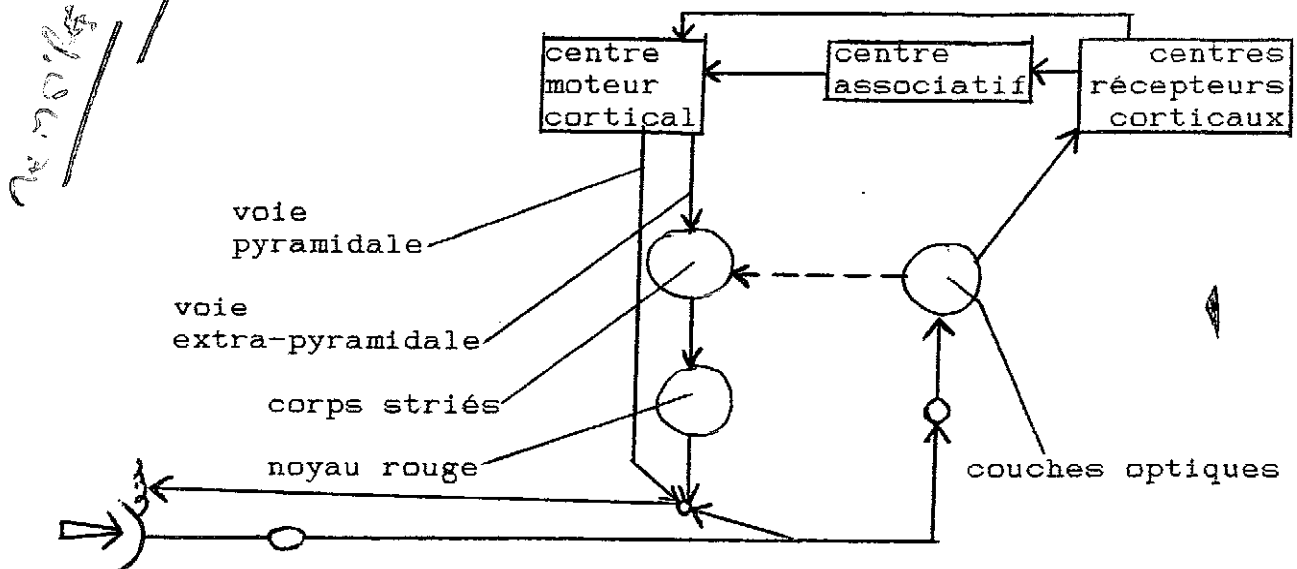
1°) Le réflexe spinal



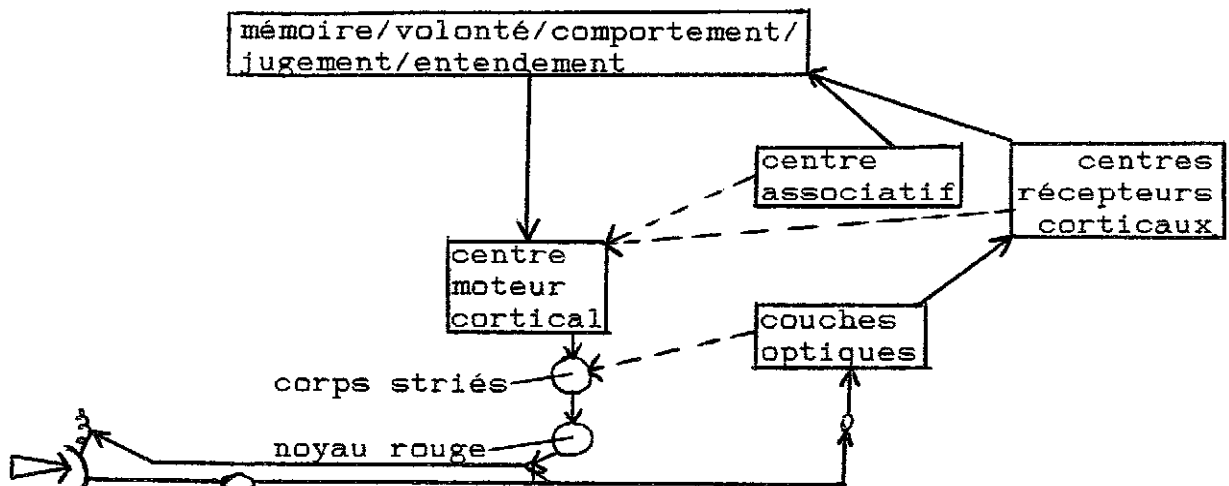
2°) Le réflexe de posture



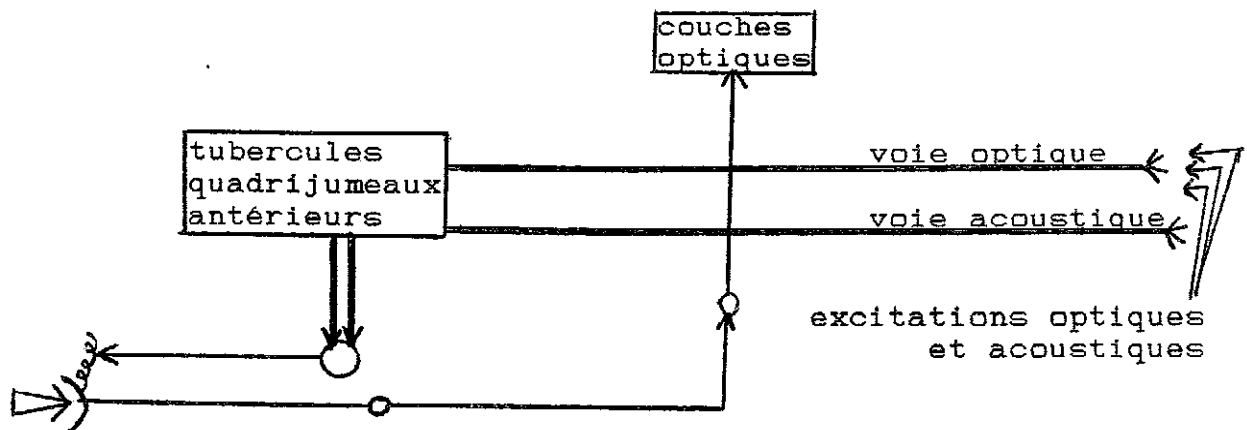
3°) La voie réflexe psychomotrice dite "consciente" ou "volontaire"; elle permet la formation des sensations en engrammes et en images "pensées".



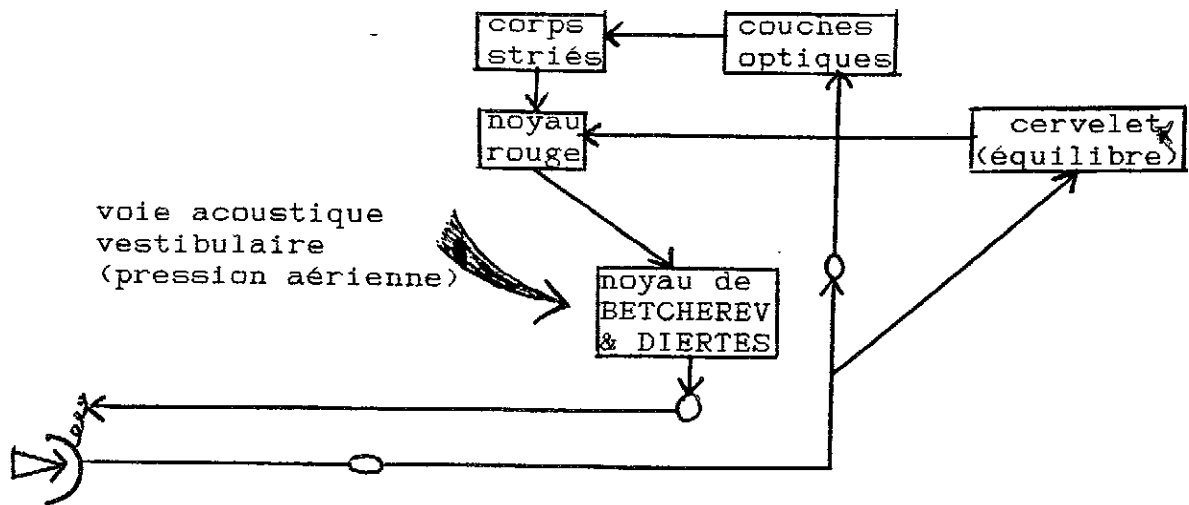
4°) La voie réflexe supracortico-psycho-motrice dite "consciente" et "subconsciente"; elle permet la conservation des engrammes (mémoire) et la volonté.



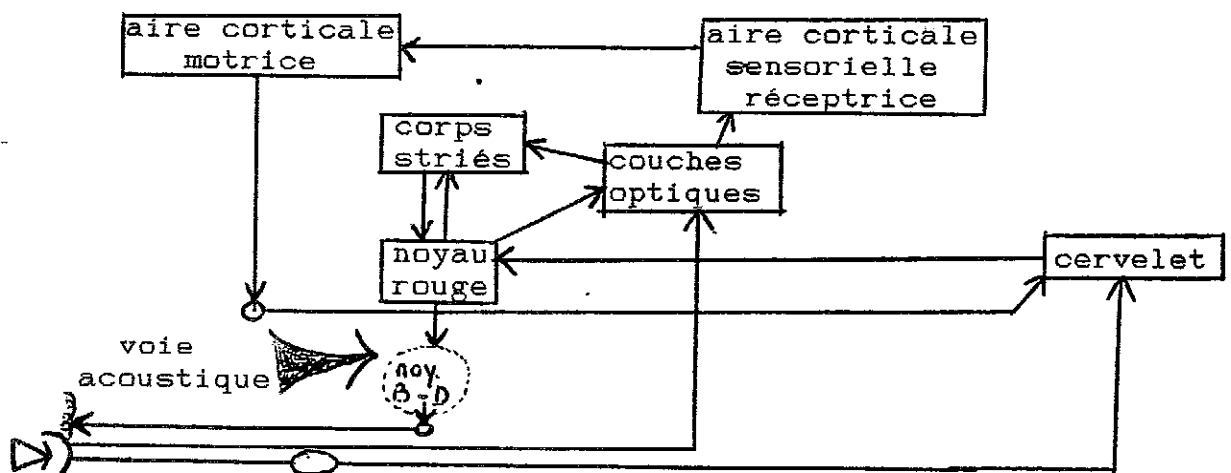
5°) La voie réflexe opto-acoustico-mésencéphalo-motrice:



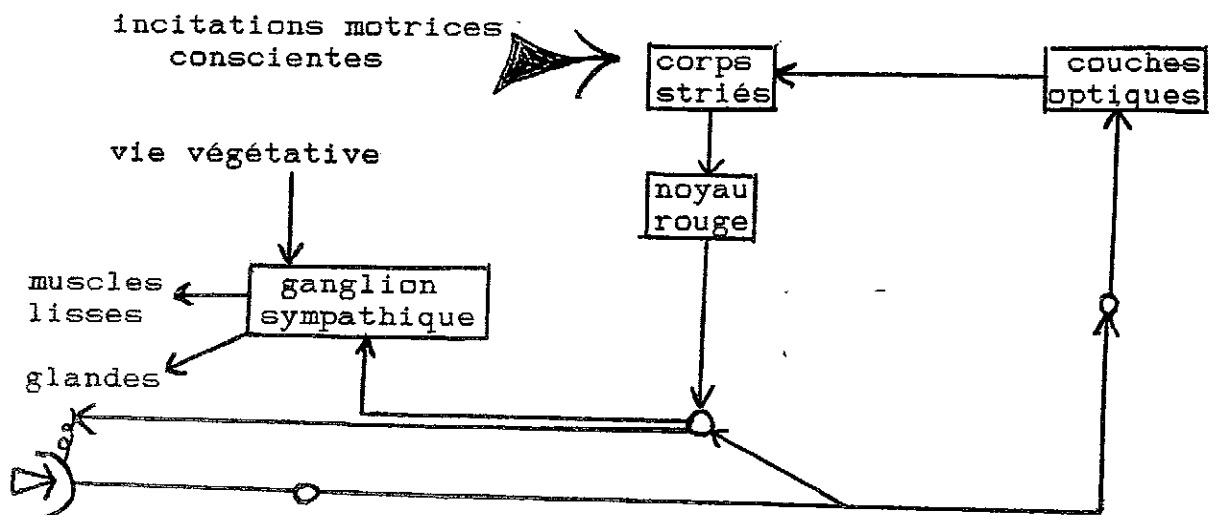
6°) La voie réflexe indirecte cérébelleuse



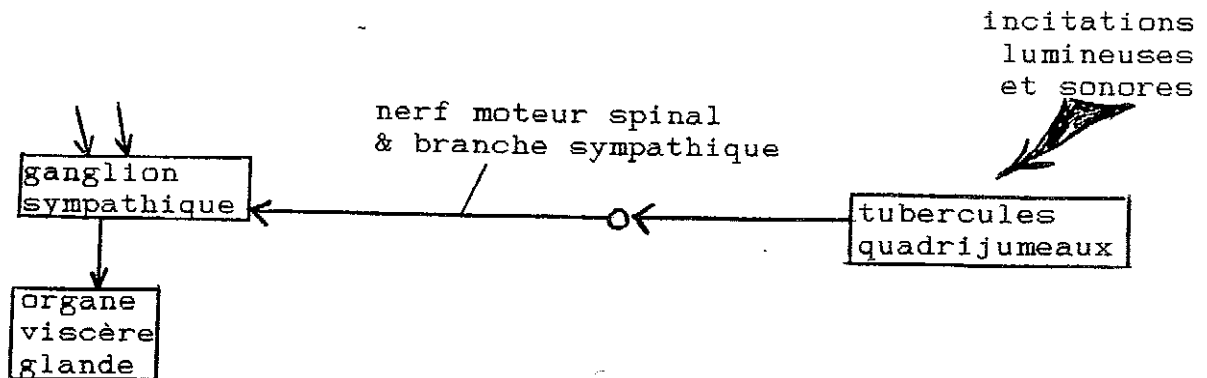
7°) La voie réflexe cortico-cérébelleuse



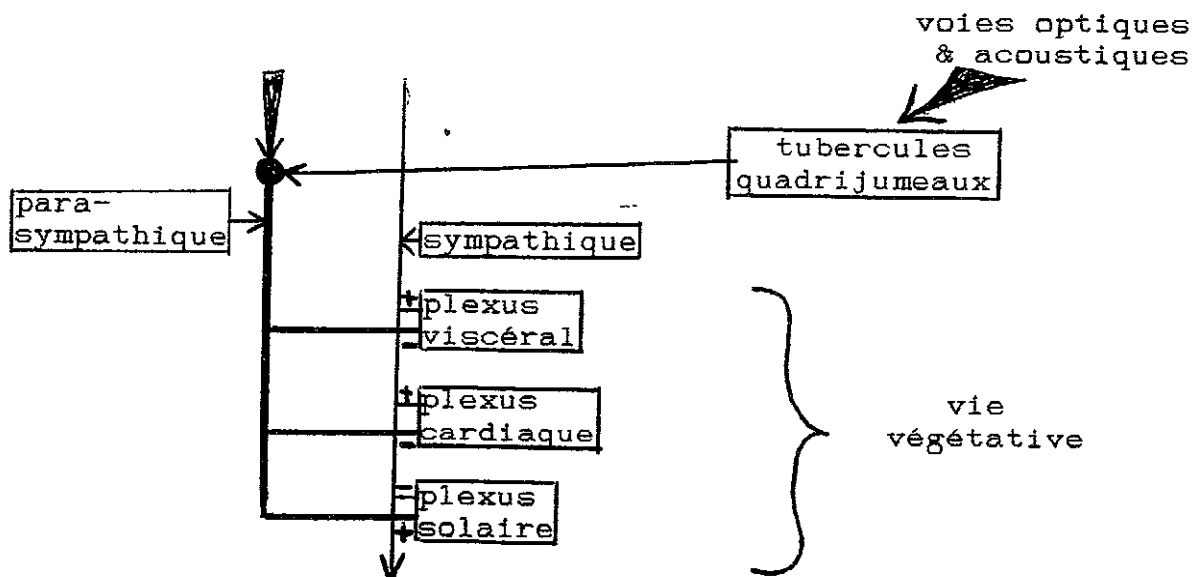
8°) Le réflexe axone: influence de la vie de relation sur la vie végétative (système sympathique, régulateur des fonctions organiques: viscérales, vasculaires, glandulaires).



9°) Influence des incitations lumineuses et sonores sur le réflexe axone

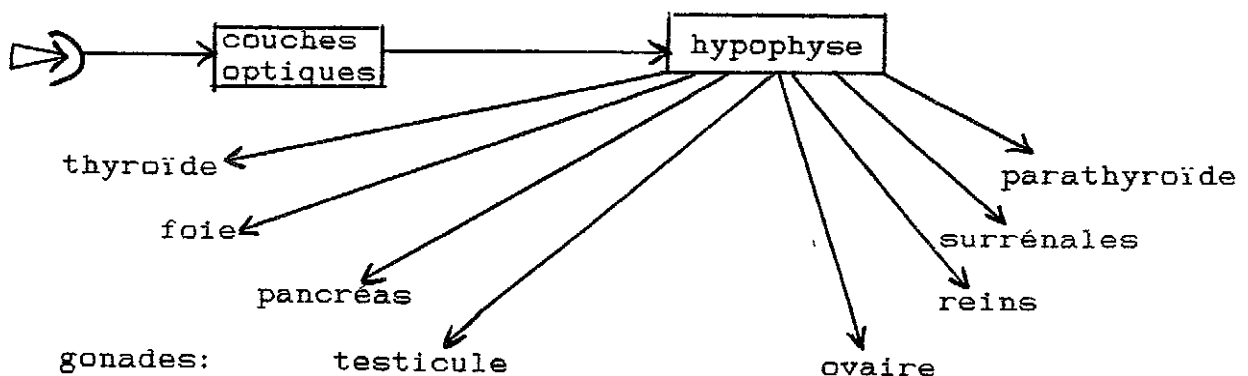


10°) Réflexe du nerf crânien n°X: il ralentit le rythme cardiaque et respiratoire et accélère les fonctions gastriques et intestinales.



Le nerf crânien X (nerf vague ou pneumogastrique) a une fonction antagoniste du sympathique.

11°) La voie réflexe opto-hypophysaire, opto-pigmentaire, opto-sexuelle.



Les onze réflexes qui interviennent lors d'une stimulation visuelle et qui permettent à l'individu de "regarder" témoignent de l'étroite connexion entre les trois types de vie qui forment le complexe somatopsychique de G. QUERTANT.

En résumé, le trajet d'une incitation visuelle s'effectue tantôt de façon inconsciente, tantôt de façon consciente selon les centres nerveux intervenant dans l'élaboration de l'image visuelle.

Il existe une voie sensitive médullaire qui engendre une incitation motrice. D'autres voies, toujours réflexes, font intervenir la vie neurovégétative en créant des synapses avec des ganglions sympathiques qui transmettent l'influx nerveux aux différents organes. En remontant dans le névrase, l'incitation visuelle peut stimuler les tubercules quadrijumeaux et provoquer par ce relais d'autres incitations motrices qui atteindront les paires de nerfs crâniens. Après exclusion des excitations trop fortes, les couches optiques transmettent l'information visuelle au cortex via certains centres d'association où elle est rendue consciente. Certaines incitations lumineuses se propagent à l'hypothalamus qui à son tour agira sur l'hypophyse.

G. QUERTANT (74) précise que dans le cortex, chaque aire a une fonction bien déterminée et délimitée organiquement. C'est là que les incitations sensorielles se transforment en *"impressions persistantes, en idées appropriées à leur provenance, qu'elles mettent en jeu la sensibilité, l'émotivité de ces mêmes régions, qu'elles s'amplifient et se transforment à travers les différentes zones de cellules qui les tamisent et qu'enfin elles sont exportées et réfléchies au dehors sous forme de manifestations motrices volontaires, expressions plus ou moins indirectes d'un phénomène primordial de la sensibilité. Ces mécanismes et les différentes phases fonctionnelles que nous venons d'étudier prennent nom d'entendement, de jugement, de mémoire, de comportement"*.

Du cortex, par la voie centrifuge, l'incitation devenue motrice va innervier les corps opto-striés. Ces derniers reçoivent de la voie cérébelleuse une influence régularisatrice, équilibrante, stabilisante avant de transmettre l'influx nerveux au noyau rouge puis aux différents noyaux moteurs de l'axe spinal grâce auxquels la fibre musculaire sera stimulée.

"Quand les fonctions de ces divers éléments ne se réalisent pas normalement, explique G. QUERTANT (73), par suite de carence ou d'insuffisance des propriétés de vitesse, de rythme, de continuité, d'activation, de pulsation, de stimulation nécessaire, il y a nervosisme".

C. LES CENTRES NERVEUX DE LA VISION:

Nous allons étudier les centres nerveux (figure 9), selon G.QUERTANT, mis en jeu par une excitation visuelle, dans l'ordre correspondant à leur localisation dans le cerveau. Trois zones cérébrales sont activées lors d'une stimulation visuelle (figure 10).

1°) LE MESENCEPHALE

Deux centres nerveux du mésencéphale sont activés lors d'une stimulation visuelle:

-les tubercules quadrijumeaux antérieurs sont les aboutissants des fibres optiques et acoustiques. Ils commandent les nerfs moteurs crâniens et excitent la dixième paire (le pneumogastrique ou vague), parasympathique, dont on connaît le rôle antagoniste du sympathique. Par son intermédiaire, les tubercules quadrijumeaux antérieurs influencent les centres photomoteurs, vaso-moteurs, hypnique, lacrymal, salivaire, régulateurs cardiaques, thermique, respiratoire et, de ce fait, les fonctions de la vie de relation, de la vie végétative et de l'ensemble du complexe somatopsychique.

-les noyaux rouges: LAPICQ, au début de notre siècle, démontrait que, pour que la transmission physique entre deux neurones soit possible, il fallait qu'il y ait entre eux un accord fonctionnel de leurs chronaxies, ou loi d'isochronisme. Cette régulation des chronaxies était régie (par l'intermédiaire du cervelet) par les noyaux rouges situés en avant des tubercules quadrijumeaux. Les noyaux rouges participent à la coordination de la motricité et permettent des réponses motrices adaptées en fonction des excitations sensorielles reçues.

En 1945, P.CHAUCHARD * insistait sur l'importance de ce centre, dans son ouvrage intitulé "Analyse chronaximétrique des états pathologiques": "*La subordination des chronaxies est une fonction physiologique primordiale qui assure les aiguillages nerveux, donc tout le fonctionnement des centres nerveux de façon adaptée aux besoins*".

Les noyaux rouges sont contrôlés par le cervelet, le thalamus, les corps striés et les aires corticales de la motricité volontaire.

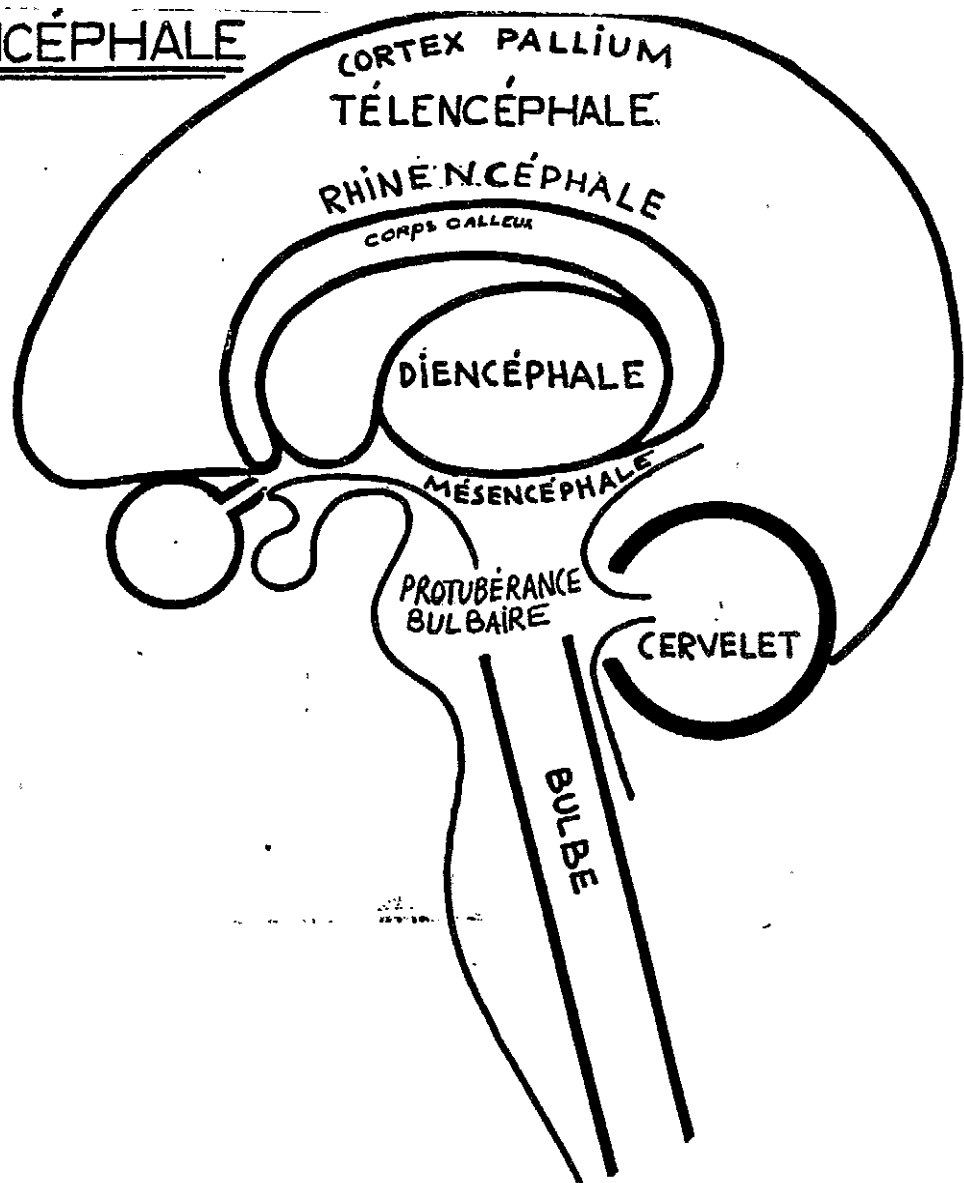
2°) LE DIENCEPHALE

Il a une fonction importante lors d'une stimulation visuelle puisque cinq de ses centres sont activés:

-le thalamus reçoit, analyse, régule toute stimulation,

* Cité par G.QUERTANT (75)

L'ENCÉPHALE



G. QUERTANT

Figure 10 : Les différents étages de l'encéphale.

qu'elle vienne de l'extérieur ou de l'organisme lui-même. Ce centre régit la tonalité agréable ou désagréable de l'odorat, de la vision, de la sensibilité générale, de l'ouïe, en les épurant et en régulant l'intensité de l'incitation. C'est le régulateur de l'émotivité.

Centre de la douleur, le thalamus est incapable de faire les différenciations fines ni d'évaluer l'intensité des sensations. Le thalamus influence directement les corps striés et assure au comportement humain sa cohésion. Il est en relation avec les aires d'association du télencéphale et influence la vie végétative par son action directe sur le système sympathique.

-les corps striés sont le centre régulateur du tonus musculaire, des attitudes, des mouvements automatiques primaires émotionnels (mimique émotionnelle). Ce centre régule les incitations psychomotrices modulant certaines fonctions nerveuses, notamment les fonctions sensori-motrices. Il permet des mouvements coordonnés et précis en contrôlant les réflexes. Les corps striés régulent aussi les fonctions sensorielles, affectives et conditionnent les manifestations du comportement. Ce centre est en relation avec le thalamus, les noyaux rouges, les aires corticales de la motricité volontaire du télencéphale.

-l'hypothalamus est le centre régulateur des fonctions neurovégétatives, neuro-endocriniennes. Il régit les automatismes instinctifs primaires (sexuel, faim, soif, reproduction) ou secondaires et acquis (réflexes conditionnés). L'état thymique et certaines fonctions de l'intellect dépendent de son bon fonctionnement.

-la glande hypophyse est le cerveau endocrinien. Elle est en rapport étroit avec l'hypothalamus; de ce fait, elle régule, outre les glandes endocrines, les fonctions neurovégétatives, intellectuelles et psychiques.

-le centre vigile, encore appelé centre hypnique, centralise toutes les informations sensorielles, neurovégétatives et participe également au contrôle de l'activité du cortex. Régulateur de l'état de veille et de sommeil, ce centre découvert en 1942, était encore mal localisé. Les chercheurs, en se basant sur la fonction de ce centre (vigilance), le localisèrent dans le diencéphale, siège de la conscience selon eux. Le centre vigile régule aussi la tension psychologique, l'attention et l'état de conscience.

3. LE TELEENCEPHALE (cortex-pallium)

Il est considéré comme le maître de toutes les fonctions nerveuses. Sa fonction est la plus noble et la plus indispensable à l'exercice de l'affectivité, de la pensée, de la conscience, de la personnalité morale.

La vie mentale localisée dans le télencéphale dépendrait, comme toutes les autres fonctions de l'encéphale, du fonctionnement d'arcs réflexes.

Selon G.QUERTANT, la pensée ne peut être localisée dans tel ou tel centre; elle est un phénomène spécial qui résulte du fonctionnement de tout le cerveau. Ses facultés ne peuvent exister ni se manifester normalement sans l'intégrité totale "fonctionnelle" des éléments du substrat organique qui lui sert de support.

La psychophysiologie, à l'époque où le neuropédagogue mit au point sa technique, démontre que le rôle de l'écorce cérébrale est essentiellement intellectuel et le rôle de la base (le mésencéphale) essentiellement affectif, qu'il existe entre elles des interactions étroites, avec contrôles réciproques, l'écorce jouant un rôle dans la régulation affective, et la base, dans la régulation intellectuelle. Ainsi, l'intelligence s'explique entièrement par des données et des mécanismes neurophysiologiques. Elle comprend l'entendement, le jugement et le comportement correspondant. Pour ce faire, l'attention, la conscience, la mémoire et la volonté entrent en jeu.

Les fonctions normales coordinatrices, l'interaction des mécanismes cérébraux du substrat fonctionnel permettent un apport normal et complet d'agents et éléments indispensables à l'élaboration et aux manifestations de la pensée et de l'esprit. L'aire corticale qui intervient essentiellement lors d'une stimulation visuelle est celle spécialement affectée aux impressions sensorielles lumineuses. Aucune précision n'est apportée quant à la localisation exacte de cette aire. Cette partie de l'encéphale est en rapport avec le thalamus, les corps striés, les noyaux rouges.

4°) LE CERVELET

Embryologiquement distinct des autres centres cérébraux, le cervelet joue un rôle déterminant dans la coordination des mouvements. Il régule la motricité. En influençant les noyaux rouges, il assure la diversité des combinaisons nécessaires aux mouvements réflexes et à la préparation des mouvements volontaires. Régulateur du tonus, il a également une fonction d'équilibration. Le cervelet envoie des projections aux corps striés et au thalamus.

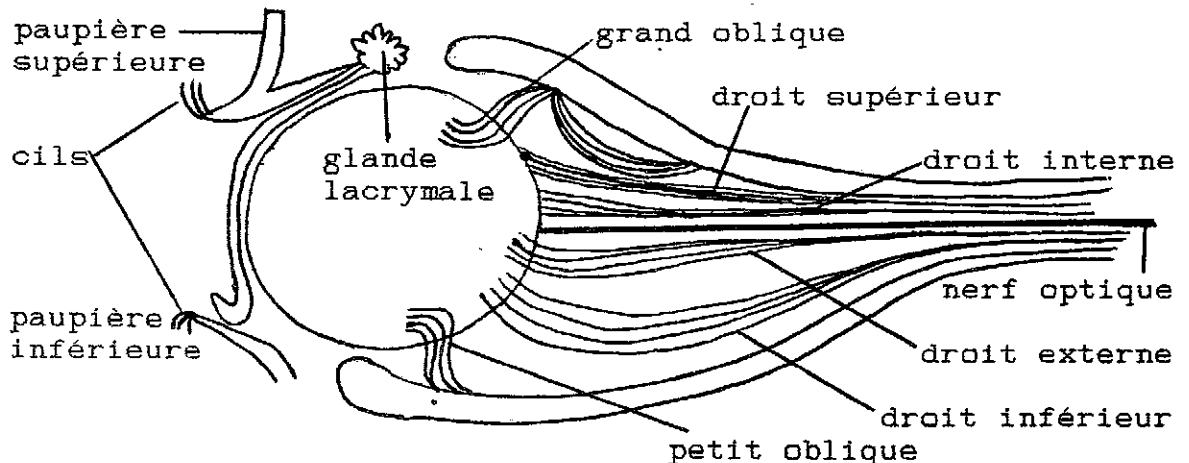
Lors d'une stimulation visuelle, grâce à l'étude neurophysiologique, nous pouvons constater que l'ensemble de l'organisme humain est affecté, tant dans son métabolisme, sa vie neurovégétative, que dans ses fonctions affectives et intellectuelles et, par conséquent, au niveau du comportement qui en est la concrétisation. L'ensemble du complexe somatopsychique est sensibilisé. G.QUERTANT se propose de contrôler, de rééduquer les centres régulateurs de la base du cerveau en régularisant les chronaxies, la vitesse de propagation et l'intensité de l'influx nerveux; il s'agit d'amener l'individu à fournir une énergie nerveuse proportionnelle à la stimulation visuelle reçue.

III. LES MECANISMES DE LA VISION

A. LA MOTRICITE OCULAIRE:

1°) La musculature extrinsèque

L'orientation de l'oeil se fait grâce à la coordination de six muscles externes dont quatre sont situés en position droite et deux en position oblique.



-Figure 11 : La musculature extrinsèque de l'oeil

L'incitation sensorielle transmise par les voies nerveuses puis analysée et modulée par les centres nerveux va innervier par la voie centrifuge les muscles oculaires. Selon l'intensité et la nature de l'influx, l'oeil s'orientera différemment.

Chacun de ces six muscles a une fonction propre:

- le droit interne permet les mouvements de l'oeil du côté nasal. Il intervient donc dans la convergence;
- le droit externe, antagoniste du précédent, détermine l'orientation du côté temporal. Il est détendu lors de la convergence;
- le droit supérieur assure les mouvements vers le haut ainsi qu'une faible rotation du côté nasal;
- le droit inférieur assure les mouvements vers le bas et une faible rotation du côté temporal;
- le grand oblique permet la rotation côté nasal ainsi qu'un abaissement minimal et un mouvement horizontal côté temporal;
- le petit oblique permet une rotation côté temporal et assure une faible élévation des yeux ainsi qu'un mouvement horizontal du côté temporal.

Pour orienter l'oeil, les impulsions neuronales doivent innervier certains muscles pour les contracter alors que leurs antagonistes doivent être relâchés. La parfaite

innervation de l'ensemble de ces muscles permet la coordination des mouvements des yeux.

Trois nerfs crâniens conduisent les impulsions motrices aux muscles oculaires:

1°) Le nerf oculomoteur commun (nerf crânien n°III) naît du mésencéphale et commande, outre quatre des six muscles externes (droit interne, droit supérieur, droit inférieur et petit oblique), le muscle releveur de la paupière supérieure, le muscle ciliaire permettant l'accommodation, le muscle sphincter permettant la contraction de la pupille.

2°) Le nerf pathétique (nerf crânien n°IV) innerve le grand oblique et permet la rotation de l'oeil. Il a son origine sous les tubercules quadrijumeaux et possède des liaisons nerveuses avec le cervelet contribuant à l'adaptation de l'oculomotricité selon la position du corps.

3°) Le nerf oculomoteur externe (nerf crânien n°VI), dont l'origine est dans la protubérance du bulbe, innerve le muscle droit externe.

Outre les nerfs qui commandent les muscles oculaires, trois nerfs crâniens ont une fonction motrice et sensorielle lors d'une stimulation visuelle:

1°) Le nerf trijumeau (nerf crânien n°V) comporte plusieurs ramifications. La branche principale est le nerf ophtalmique. Il influence le muscle ciliaire du cristallin, le sphincter de l'iris et innerve le muscle releveur des paupières. Il contrôle aussi la sensibilité tactile, thermique et douloureuse.

2°) Le nerf facial (nerf crânien n°VII), influence les muscles du visage, en particulier le muscle qui permet la fermeture des paupières et la stimulation des glandes lacrymales.

3°) Le nerf vague ou pneumogastrique (nerf crânien n°X) a son origine dans le bulbe. Sa tâche consiste à coordonner différentes fonctions: le rythme cardiaque, la vasomotricité, le fonctionnement viscéral, digestif et urinaire, le travail du foie, la respiration, les sécrétions glandulaires. Il a aussi une fonction sensitive et motrice aux niveaux du larynx, du pharynx et du voile du palais.

Le réflexe oculo-cardiaque (lorsqu'on exerce une pression sur le globe oculaire, le rythme cardiaque ralenti) témoigne de la relation directe entre l'oeil et le système sympathique.

Avec le nerf optique (nerf crânien n°II), au total, sept paires de nerfs crâniens participent à la vision et sont directement influencées par le fonctionnement des centres régulateurs.

En 1934, G.QUERTANT (72), prenant conscience des possibilités pédagogiques du système nerveux grâce à la richesse de la vision, écrivait:

"C'est la vision qui offre le plus de ressources et représente l'appareil naturel et complet, tant par sa voie sensitive et les nombreux centres avec lesquels elle est en rapport direct (centres du mésencéphale, du diencéphale, thalamus et hypothalamus, tubercules quadrijumeaux antérieurs, aires corticales de la sensibilité, mnémoniques et d'associations, hypophyse) que par les réflexes qu'elle suscite. En résumé, un ensemble remarquable d'éléments mettant en jeu tous les mécanismes régulateurs des vies de relation, neurovégétative et psychique, ainsi que la réalisation de tous les modes et formes des arcs réflexes y compris neuro-endocriniens, sous-tend la vision".

2°) La musculature intrinsèque:

a) L'accommodation à la distance

Les rayons lumineux pénètrent par la pupille et après avoir subi plusieurs réfractions en traversant les différents milieux qu'ils rencontrent sur leur passage (cornée, humeur aqueuse, cristallin et corps vitré), ils convergent vers la rétine où se trouve leur foyer. Le cristallin est le milieu réfringent le plus actif. En devenant plus ou moins globuleux, il peut augmenter ou diminuer son pouvoir de convergence. Lorsque l'oeil normal regarde un objet situé à une distance de six mètres ou davantage, distance à partir de laquelle les rayons peuvent être considérés comme parallèles, les mécanismes d'accommodation n'ont pas besoin d'intervenir pour permettre une image nette. L'oeil est emmétrope. Si les milieux réfringents de l'oeil étaient invariables, les objets, en se rapprochant, perdraient de leur netteté car les rayons ne sont plus parallèles et le foyer se formerait en arrière de la rétine. Pour que le foyer se forme sur la rétine, l'oeil doit augmenter son pouvoir de convergence. Le cristallin remplit ce rôle d'accommodation à la distance.

L'action irido-constrictrice est due à la contraction du muscle ciliaire, innervé par des fibres parasympathiques qui passent par le tronc du nerf moteur oculaire commun. L'augmentation de la convexité de la face antérieure du cristallin s'accompagne d'une exagération de son pouvoir de convergence.

L'action irido-dilatatrice est le fait de fibres efférentes qui arrivent par la voie du sympathique cervical. La vision des objets éloignés s'accompagne non seulement d'un relâchement des fibres du muscle ciliaire, mais aussi d'une contraction de ses fibres radiaires qui augmentent la tension du ligament suspenseur et déterminent ainsi un aplatissement de la face antérieure du cristallin, ce qui diminue son pouvoir convergent. Le pouvoir d'accommodation pour la vision de près n'est pas illimité. La distance

minimum compatible avec une vision nette constitue le punctum proximum. Il dépend de l'élasticité des structures oculaires mises en jeu; l'élasticité du cristallin et de sa capsule diminue avec l'âge.

Les mécanismes de l'accommodation à la distance sont complexes. Des contractions de la musculature extrinsèque de l'oeil déterminent le degré de convergence des axes oculaires nécessaires pour regarder le même point avec les deux yeux. En même temps, le diamètre pupillaire varie selon la distance de l'objet: il diminue dans la vision de près et augmente avec l'éloignement de l'objet. Simultanément, on observe des contractions de la musculature faciale lors du réflexe de fixation.

La voie afférente est constituée par le nerf optique et les voies efférentes par le nerf moteur oculaire commun pour les modifications du cristallin et de la pupille et par les nerfs qui innervent la musculature extrinsèque de l'oeil (moteur oculaire commun, moteur oculaire externe et pathétique) pour les mouvements des globes oculaires. Le nerf facial commande les réactions des muscles faciaux.

Lorsque les rayons lumineux ont leur foyer en avant de la rétine le sujet voit une image floue; on dit qu'il est myope. Le myope a des difficultés à distinguer nettement les objets éloignés mais il est favorisé dans la vision de près.

Dans le cas contraire, c'est à dire lorsque les rayons se forment en arrière de la rétine, le sujet est dit hypermétrope. La vision est floue lorsque le sujet regarde un objet de près.

b) L'accommodation à la lumière:

L'iris, constitué par un diaphragme, permet de graduer l'entrée de la lumière. La pupille, orifice située au centre de l'iris peut se dilater ou se rétrécir suivant les circonstances: lorsque la lumière est faible, la pupille est très dilatée (mydriase) et permet ainsi le passage d'un plus grand nombre de rayons vers l'intérieur de l'oeil.

Inversement, le diamètre pupillaire diminue (myosis) lorsque la lumière est vive. Les variations de taille de la pupille sont dues aux contractions des fibres musculaires lisses radiées et circulaires de l'iris. La mydriase est due à la contraction des fibres radiées et au relâchement des fibres circulaires; le myosis est obtenu par la contraction des fibres circulaires et le relâchement des premières. La musculature de l'iris est commandée par le système nerveux autonome; le système parasympathique par la voie du moteur oculaire commun provoque le myosis. L'innervation du système orthosympathique, par la voie du sympathique cervical, produit une mydriase. Les deux systèmes ont donc des effets antagonistes.

La voie afférente du réflexe pupillaire est constituée par le nerf optique et la voie efférente par le nerf moteur oculaire commun et le sympathique cervical via les tubercules quadrijumeaux antérieurs.

Le reflexe d'accommodation à la distance du cristallin et de la pupille nécessite l'intervention de l'écorce cérébrale; en revanche, l'arc réflexe d'accommodation pupillaire à la lumière se forme au niveau des centres sous-corticaux. Il faut environ dix minutes pour obtenir l'accommodation maximale aux conditions lumineuses. Le réflexe pupillaire, qu'il soit à la lumière ou à la distance, est dit consensuel: en effet, les excitations ne touchant qu'un oeil entraînent la réaction des deux pupilles grâce à la décussation partielle des fibres du nerf optique dans le chiasma.

E. VISION BINOCULAIRE ET SIMULTANEE:

La plupart des insectes et animaux ont une vision monoculaire: chaque oeil fonctionne indépendamment de l'autre. L'homme possède la vision binoculaire; celle-ci consiste en l'utilisation coordonnée des deux yeux pour recueillir une seule image visuelle. Elle constitue un perfectionnement par rapport à la vision monoculaire car les petits défauts optiques d'un oeil sont compensés par les images nettes formées au niveau de l'autre. Le champ combiné des deux yeux est supérieur à celui de chacun d'eux pris individuellement. La vision binoculaire permet enfin une meilleure appréciation de la forme, du relief et de la profondeur.

Dans la vision binoculaire, il est essentiel que les images se forment dans des régions correspondantes des deux rétines; on entend par régions correspondantes, les régions de chaque rétine où se forment les foyers des objets extérieurs (fovéa centralis). Pour chaque point d'une rétine, il existe un point correspondant au niveau de l'autre. La musculature extrinsèque des yeux, si elle est innervée de façon appropriée, les dispose de telle façon que les images se forment au niveau des points correspondants. Sinon, les objets sont vus doubles. C'est le phénomène de la diopie.

L'horoptère est l'ensemble des points de l'espace dont les images se forment sur les points correspondants des deux rétines. L'horoptère change naturellement pour chaque distance.

La fixation est un acte qui peut être volontaire ou simplement réflexe et inconscient, grâce auquel les yeux se dirigent vers le point à observer.

Pour la vision binoculaire, une stricte synergie fonctionnelle entre les différents muscles extrinsèques est essentielle pour obtenir les mouvements adéquats des deux globes oculaires, c'est à dire de façon à ce que la fovéa centralis reçoive le point lumineux. Cette position adéquate des yeux est assurée par des connexions anatomiques particulières entre les noyaux des troisième, quatrième et cinquième paires crâniennes. Les muscles droits supérieurs ou inférieurs des deux côtés se contractent en même temps grâce aux connexions transversales qui unissent les noyaux

correspondants. Les mouvements synergiques des muscles droits externes et internes qui commandent les déviations des yeux dans le plan horizontal sont assurés par des connexions établies par le faisceau longitudinal postérieur, entre le noyau de commande du muscle droit externe d'un côté et celui du droit interne de l'autre.

Des connexions analogues entre centres assurent l'harmonie du fonctionnement des muscles obliques. Tous ces noyaux sont reliés à leur tour à la zone motrice de l'écorce cérébrale à laquelle parviennent des fibres provenant de l'écorce visuelle.

Des connexions entre l'appareil vestibulaire et les noyaux oculomoteurs assurent la fixité du regard malgré la rotation de la tête.

Après avoir constaté ce qui se passe au niveau oculomoteur, étudions à présent les mécanismes neurologiques qui en sont le fondement.

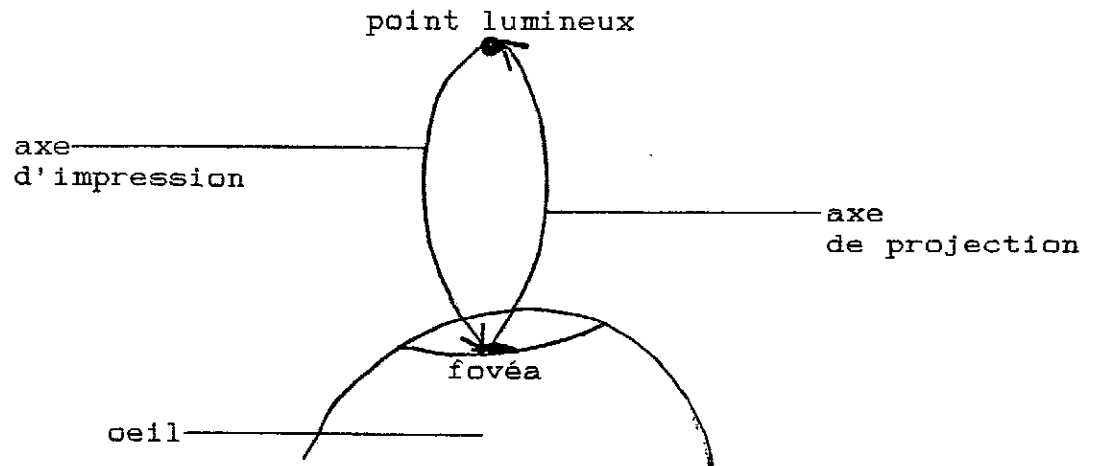
La convergence des deux yeux n'est rendue possible que par un relâchement des muscles droits externes en même temps que par une tension des muscles droits internes. Pour que le mouvement de convergence s'effectue, il faut que les cellules du nerf moteur oculaire externe restreignent leur débit d'énergie et que les cellules du nerf antagoniste, au contraire, l'augmentent. Lorsque l'organe visuel est au repos, les nerfs moteurs oculaires communs (nerfs n°III), dépensent la même somme d'énergie nerveuse.

Ainsi, la façon dont nous voyons dépend du fonctionnement de nos centres nerveux. Si le débit d'énergie nerveuse est approprié à la stimulation reçue, les muscles de l'oeil orienteront l'organe correctement vers le point lumineux, c'est à dire de façon à ce que la fovéa centralis, partie la plus sensible de la rétine, reçoive l'impression lumineuse. Si les centres régulateurs réagissent par excès à la stimulation visuelle reçue, les muscles oculaires seront exagérément innervés et l'oeil ne sera pas orienté de façon correcte vers la source lumineuse. Le sujet ne verra pas l'objet tel qu'il est ni à sa place réelle dans l'espace. La motricité des deux yeux et l'accommodation, si importante pour la vision, doivent être proportionnées aux impressions sensorielles. La formation de l'image visuelle est donc une matérialisation, une objectivation des mécanismes de cette fonction.

Si tout l'arc réflexe qui préside à l'élaboration de l'image visuelle est normal, l'objet sera vu dans sa réalité objective puisque l'innervation musculaire, correctement dosée par rapport à la stimulation reçue, orientera les deux yeux symétriquement vers la source lumineuse de façon à ce que la fovéa centralis reçoive son impression.

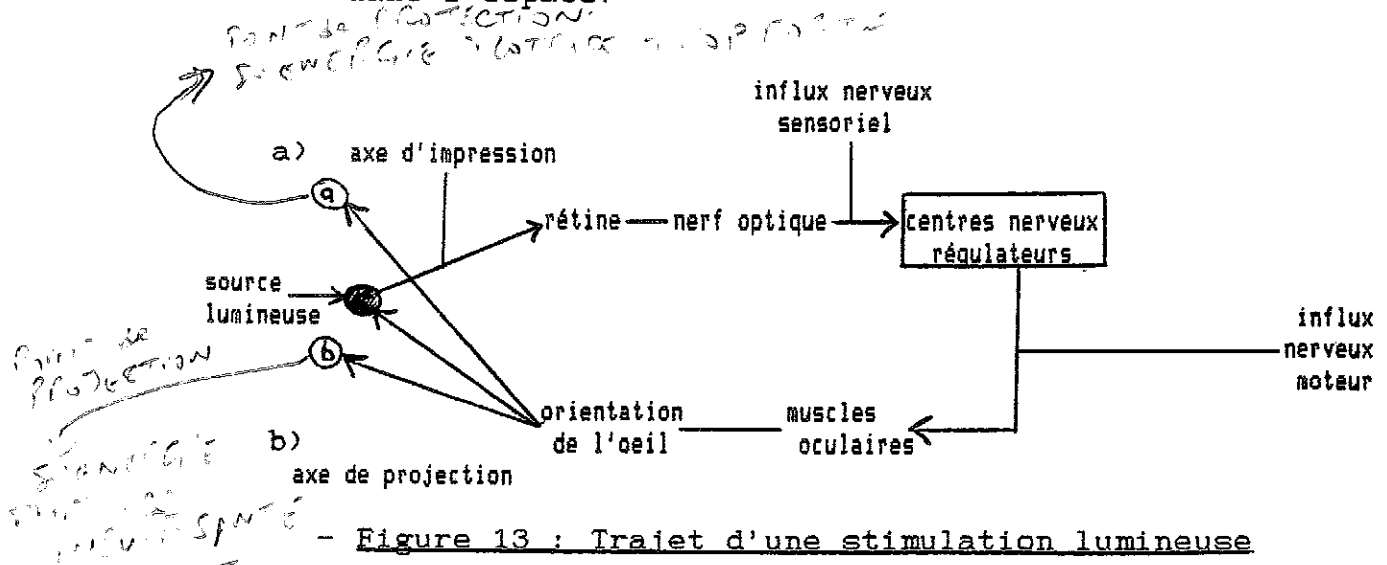
Lorsque l'oeil reçoit une stimulation visuelle, l'axe joignant le point lumineux et la rétine s'appelle axe d'impression. Celui-ci, après avoir transmis l'intensité lumineuse aux centres nerveux qui l'analysent, la

modulent, se projette au dehors. On appelle axe de projection l'axe issu de l'oeil qui place le point lumineux dans l'espace (figure 12).



-Figure 12 : Les axes d'impression et de projection.

Lorsqu'axe d'impression et axe de projection se confondent, l'objet est vu à sa place réelle. Pour que les deux axes coïncident, la réaction motrice doit être proportionnée à la stimulation lumineuse. Cette condition n'est remplie que si les centres régulateurs assurent correctement leur fonction en appropriant le débit d'énergie nerveuse à la stimulation. Si ces centres ne modulent pas correctement l'incitation sensorielle, un influx disproportionné va entraîner une innervation inappropriée des muscles oculaires: l'objet ne sera pas vu à sa place exacte dans l'espace.



- Figure 13 : Trajet d'une stimulation lumineuse

Ce schéma récapitulatif permet de mettre en évidence les deux éventualités que l'on peut rencontrer lors du dépistage effectué à l'aide des appareils de G. QUERTANT.

-a) Si l'énergie motrice est trop forte, l'axe d'impression va sensibiliser la rétine à gauche de la fovea pour l'oeil droit et l'image visuelle de l'objet sera projetée à droite de sa position réelle.

-b) Si l'énergie motrice est insuffisante, l'axe d'impression va toucher la rétine à droite de la fovea (oeil droit) et l'objet sera projeté à gauche.

C'est avec des appareils de contrôle de l'axe de projection que G. QUERTANT fut le premier à mesurer quantitativement le débit d'énergie nerveuse.

Si axe d'impression et axe de projection ne coïncident pas, c'est que la dépense d'énergie nerveuse est inadéquate. La déviation de l'axe de projection par rapport à l'axe d'impression donne la mesure des erreurs du débit d'énergie nerveuse et donc de l'efficience des centres régulateurs qui concourent à la production, à la transmission, au contrôle de cette énergie.

La déviation de l'axe de projection permet de mesurer le degré de *nervosisme* d'un sujet par la mise en évidence du taux de dysfonctionnement de ses centres régulateurs.

C. LES FONCTIONS DE LA RETINE:

Pour qu'une source lumineuse soit perçue, elle doit être suffisamment intense, avoir une taille minimum et sa longueur d'onde doit appartenir au spectre visible. Selon la zone rétinienne sensibilisée, la sensation lumineuse sera sans couleur (achromatique) si elle met en jeu les bâtonnets, ou colorée (chromatique) si elle active les cônes.

1°) La sensibilité achromatique:

Le champ des intensités d'excitation pour lesquelles la rétine fonctionne est remarquablement étendu: l'intensité lumineuse maximale perçue peut être vingt millions de fois supérieure à l'intensité minimale; la sensibilité de l'oeil s'adapte à chaque degré de luminosité. Elle est maximale quand l'oeil est adapté à l'obscurité totale. Le stimulus liminal doit cependant durer suffisamment pour être perçu.

L'étude de la sensibilité rétinienne nécessite donc, pour chaque degré d'adaptation, la connaissance de deux facteurs: l'énergie incidente et sa durée d'application. L'énergie incidente est fonction de l'intensité de la source et de l'importance de la surface rétinienne exposée. Les expériences montrent que, quand la taille de la source diminue, son intensité doit augmenter pour que la perception ne soit pas interrompue. Le produit de la surface par l'intensité est donc une constante. Les seuils les plus bas sont ceux des bâtonnets, donc en dehors de la fovea. La vitesse d'adaptation est variable. Si le changement de luminosité est peu important, l'adaptation est presque

instantanée. Lors du passage d'un éclaircissement faible à un éclaircissement fort, l'adaptation demande cinq minutes; pour passer de la lumière du jour à l'obscurité presque totale, l'adaptation demande un peu moins d'une heure.

2°) La sensibilité chromatique:

(? CHROMATINANCE?)

Les limites absolues de visibilité sont: 330 mμ vers l'ultraviolet pour l'oeil adapté à l'obscurité et 900 mμ vers l'infrarouge lorsque la lumière est suffisamment intense. Les limites habituelles sont 396 mμ et 712 mμ. La zone jaune-vert se comporte comme la plus lumineuse du spectre pour l'oeil normal; ceci est dû au fait que, pour des longueurs d'onde comprises entre 500 et 555 mμ, le seuil est atteint avec des intensités plus faibles que pour toute autre zone.

Les courbes de visibilité, en tenant compte des différentes longueurs d'onde, varient suivant l'adaptation de l'oeil à la luminosité. Pour la vision scotopsique (oeil adapté à l'obscurité), la sensation est simplement lumineuse et l'impression maximum est obtenue par la lumière bleu-vert. Pour la vision photopsique (oeil adapté à la lumière), la sensation est lumineuse et colorée et l'impression maximum est obtenue dans le jaune-vert. La couleur dépend de la longueur d'onde de la radiation lumineuse. La relation entre longueur d'onde et couleur perçue est la suivante:

723 à 647 mμ	: rouge	575 à 492 mμ	: vert
647 à 585 mμ	: orange	492 à 455 mμ	: bleu
585 à 575 mμ	: jaune	455 à 424 mμ	: indigo
		424 à 397 mμ	: violet

La perception et l'existence de toutes les couleurs s'expliquent si l'on admet l'existence de récepteurs spécialement sensibles à trois couleurs fondamentales (rouge, vert, violet). Les autres couleurs et leurs diverses nuances résultent de la perception combinée, dans des proportions variables, de ces trois couleurs fondamentales. Le blanc est dû à la perception simultanée des trois couleurs; le noir, à l'absence de toute perception des couleurs.

En 1950, environ 80 hypothèses prétendaient décrire le mécanisme intime de la perception des couleurs mais aucune d'elles n'était capable, par elle-même, de rendre compte de tous les faits connus.

YOUNG (1773-1829) considérait qu'il existe dans la rétine trois types différents de cônes répondant chacun à l'une des trois couleurs fondamentales. Des calculs basés sur la taille des cônes et la perception nette des images démontrèrent que l'unité optique de perception devait être constituée d'un seul cône. Aussi HELMHOLTZ (1821-1894) suggéra-t-il l'existence de trois substances, chacune sensible à l'une des couleurs fondamentales; chaque cône peut répondre aux trois couleurs et à la lumière blanche.

MAXWELL et ABNEY démontrent que chaque couleur fondamentale doit exciter à un certain degré les deux autres sensations en plus de la sienne propre. L'hypothèse de HERING admet l'existence dans la rétine de trois substances ayant une tendance permanente à se dissocier en leurs composantes. Elles se reconstituent à partir de matériaux sanguins aussi vite qu'elles sont détruites. Cet équilibre métabolique subsiste tant que la rétine n'est pas excitée et il n'y a pas d'excitation nerveuse tant que cet équilibre persiste. Chacune de ces substances se dissocie respectivement sous l'action de la lumière rouge, jaune et blanche et se reconstitue sous l'action du vert, du bleu et du noir. Il existerait ainsi trois systèmes: rouge/vert, jaune/bleu, blanc/noir. Lorsqu'une lumière colorée parvient sur la rétine, les proportions variables de substances dissociées et reconstituées créent les sensations qui, interprétées par le cerveau, correspondent aux couleurs que nous connaissons. D'autres théories font jouer un rôle plus important, dans l'appréciation des couleurs, aux centres nerveux eux-mêmes et spécialement à l'écorce cérébrale.

IV. LES PROCEDES DE REEDUCATION

A. LES APPAREILS DE STEREOSCOPIE

La neuropédagogie fondée par G. QUERTANT consiste en le dépistage des troubles de la vision simultanée et binoculaire puis en leur rééducation. Le contrôle de l'orientation des axes visuels s'effectue avec des appareils spéciaux dérivés du diploscope de REMY (XIX^e siècle).

Les huit appareils mis au point par G. QUERTANT permettent le contrôle objectif de la vision binoculaire (les deux yeux ont un objet de vision commun) et de la vision simultanée (une excitation différente est proposée à chaque oeil). Les appareils sont conçus de façon à ce que l'on puisse objectiver ces deux modes de vision séparément ou dans un même temps.

Chaque appareil se compose de:

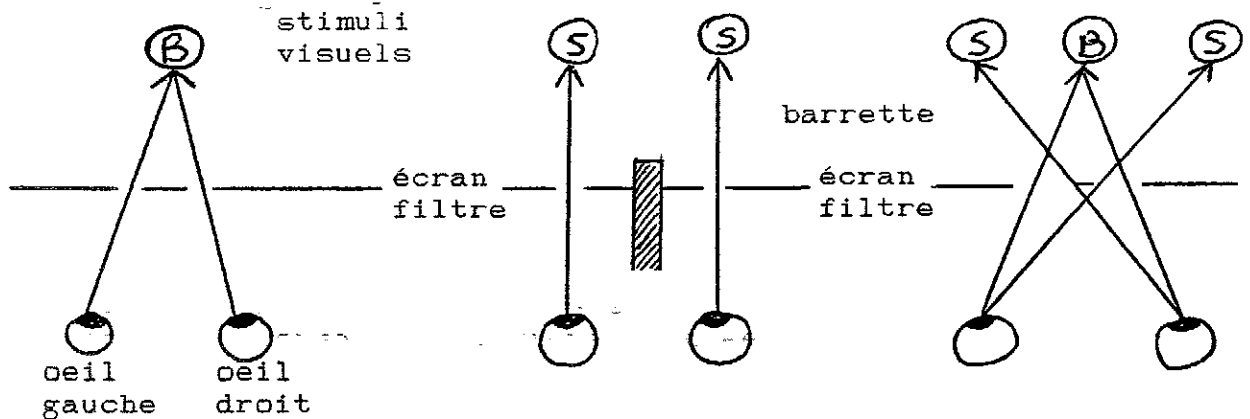
- une plaque porte-test où sont disposés les stimuli visuels (lettres ou couleurs) pouvant être déplacés sur la plaque pour obtenir différentes images;

- un écran filtre permettant de sélectionner les axes lumineux pour les deux types de vision (simultanée et binoculaire). On peut faire varier le nombre et la disposition des trous à l'aide d'obturateurs;

- un appui frontal ou une mentonnière indiquant au sujet sa position de travail tout en l'empêchant de bouger au cours de la séance;

- entre l'appui frontal et l'écran filtre sont placées une ou deux barrettes coupant certains axes lumineux et permettant de contrôler la vision simultanée. En effet, là où les barrettes sont en position verticale, les axes lumineux

filtrés à droite par l'écran sont reçus par l'oeil droit et ceux filtrés à gauche sont reçus par l'oeil gauche.



VISION BIOCULAIRE VISION SIMULTANEE VISION SIMULTANEE(S)
VISION BINOCULAIRE(B)

- Figure 14 : Visions binoculaire et simultanée

L'écran filtre ne laisse passer que les rayons désirés et élimine toutes les autres excitations lumineuses.

Les appareils se différencient également par la distance qui sépare le sujet du test. G. QUERTANT, grâce à trente années d'expériences et de travaux empiriques, a pu définir et attribuer à chacun des appareils, sa fonction rééducative, à savoir quels centres nerveux étaient atteints en fonction de la distance du sujet par rapport à son test.

Aux trois distances essentiellement utilisées correspondent différents degrés de performance visuelle qui eux-mêmes correspondent à différentes fonctions neuro-psycho-sensorielles:

↳ l'appareil dit de repos (1,20 mètre) permet d'évaluer le tonus général du sujet;

↳ l'appareil dit de moyen effort (0,60 mètre) permet de contrôler le système sympathique et hormonal;

↳ l'appareil dit de grand effort (0,30 mètre) stimule tantôt les centres modulant l'affectivité, tantôt ceux qui permettent l'activité des facultés intellectuelles, selon les stimuli employés.

Ces appareils peuvent également se déplacer dans tous les périmètres de l'espace afin de permettre à tous les muscles oculomoteurs de travailler en synergie. Ce sont ces mêmes appareils qui servent au dépistage puis à la rééducation de l'état fonctionnel des centres nerveux régulateurs.

B. LES STIMULI ET LEUR PROGRESSION.

L'administration progressive des stimuli permet d'atteindre un à un tous les arcs réflexes nécessaires au fonctionnement harmonieux du complexe somatopsychique. Cette

progression doit être minutieuse. Si elle est trop rapide, les seuils d'intolérance neurophysiologiques peuvent être dépassés et des phénomènes d'inhibition peuvent prendre place. G. QUERTANT précise que ce phénomène, localisé dans les couches optiques, se manifeste à partir de la longueur d'onde de 4000 Å. De même, avant de passer à un circuit neuro-réflexe plus élaboré, il faut que les réflexes sous-jacents soient bien inscrits.

Chaque excitation visuelle produit une incitation sensorielle différente; la cellule nerveuse réagit différemment selon le stimulus.

G. QUERTANT a insisté sur l'intérêt que présente l'exploitation des vibrations naturelles car, dit-il, elles sont à la base de toute vie sensorielle normale. C'est ainsi qu'il fut possible au neuropédagogue de consigner avec la plus grande précision les influences progressives des couleurs du spectre suivant leurs longueurs d'onde, sur le système sensorio-sensitif et les réactions motrices qu'elles suscitaient.

En 1932, G. QUERTANT (74) écrivait dans son ouvrage sur "la mélothérapie":

"La découverte de nouvelles couleurs et de nouveaux sons a contribué au développement des intelligences visuelle et auditive, donnant à l'être humain une organisation cérébrale plus homogène, plus complète, plus raffinée. Puisque ces stimulations ont été assez actives pour développer certains centres nerveux de l'homme, dès que cet homme, par suite de causes différentes, subit ou une déficience ou une perte des facultés mentales, ces stimulations lui seront d'un grand secours et combleront le déficit momentané en influençant d'autres centres.

A la page précédente, il précise que plus l'intensité des stimuli nerveux est faible et plus les centres nerveux y sont sensibles, c'est à dire que les couleurs de grandes longueurs d'onde sont les plus curatives et excitent mieux les centres nerveux que les autres. "Les stimuli permettent de rendre aux cellules nerveuses leurs propriétés vibratoires, leurs facultés d'oscillation".

La modulation des stimuli intervient à plusieurs niveaux:

-la distance entre le sujet et l'image visuelle.

Elle est de plus en plus réduite pour le sujet surdivergent, l'obligeant à converger davantage. Inversement, elle est de plus en plus grande pour le sujet surconvergent, l'obligeant à diverger. De ce fait, le travail des muscles oculomoteurs est progressif dans son intensité.

-les images proposées:

A ce niveau, plusieurs facteurs interviennent:

-le nombre des symboles visuels varie de 1 à 21 avec une grande variété de disposition;

-la nature des symboles influe également sur la difficulté du test à réaliser. Dans l'ordre croissant de difficulté, on rencontre les couleurs spectrales,

les couleurs pigmentaires, les couleurs chimiques et enfin le noir sur blanc (lettres et/ou chiffres).

-la disposition des stimuli (verticale, horizontale, oblique, courbe).

Les tests principaux sont exposés à la figure 15. Le nombre des possibilités de disposition de ces images visuelles est supérieur à 200. Ces images forment des figures géométriques archétypiques. Il semblerait que l'activité cérébrale soit associée à des structures géométriques.

L'étude des phosphènes, qui sont des perceptions de lumière et de forme sans origine visuelle externe, a permis de consolider cette hypothèse. Dans les phosphènes, on peut constater des figures géométriques revenant fréquemment, comme des croix, des triangles, des spirales, des formes étoilées, ce qui semble indiquer que les formes géométriques sont inhérentes aux activités du cerveau.

-le mode de vision employé pour la perception du test:

En effet, nous l'avons dit, un test peut être perçu en vision binoculaire et/ou en vision simultanée. La vision binoculaire est la plus facile; une image utilisant la vision binoculaire et simultanée est plus difficile. Moins l'image comporte de points lumineux perçus en vision binoculaire et plus difficile est le test. Les tests les plus difficiles à réaliser sont ceux comportant uniquement des points lumineux vus en vision simultanée (figure 16).

-la source lumineuse qui éclaire le test:

La nature de la lumière rend le test plus ou moins difficile à réaliser par le sujet. Les principaux types d'éclairage sont: la lumière du jour, la lumière artificielle usuelle, la lumière artificielle visant à reproduire le spectre solaire. Les travaux empiriques de G. Quertant lui ont permis de mettre en évidence certains faits dépendant de la nature de l'éclairage des tests. Une stimulation importante de l'hypophyse semble obtenue par l'utilisation de la lumière bleue, celle de l'hypothalamus par l'utilisation de la lumière du jour et une stimulation générale du système cérébro-spinal est possible par la lumière des lampes à incandescence usuelles.

La progression des stimuli contribue à ramener à la normale les capacités nerveuses de chaque cellule, favorisant par conséquent un influx nerveux adapté à l'intensité, la nature, la disposition du stimulus visuel. Elle permet aussi une normalisation des fonctions des centres régulateurs leur permettant de moduler l'influx de façon appropriée.

On peut noter, grâce à l'observation empirique de G. Quertant, qu'à différents degrés de difficulté correspondent différentes images, selon la figure géométrique dans laquelle elles sont vues. En même temps peuvent être déclenchées différentes réactions psychiques, intellectuelles et parfois physiques, qui peuvent être très subtiles et pourtant différenciées.

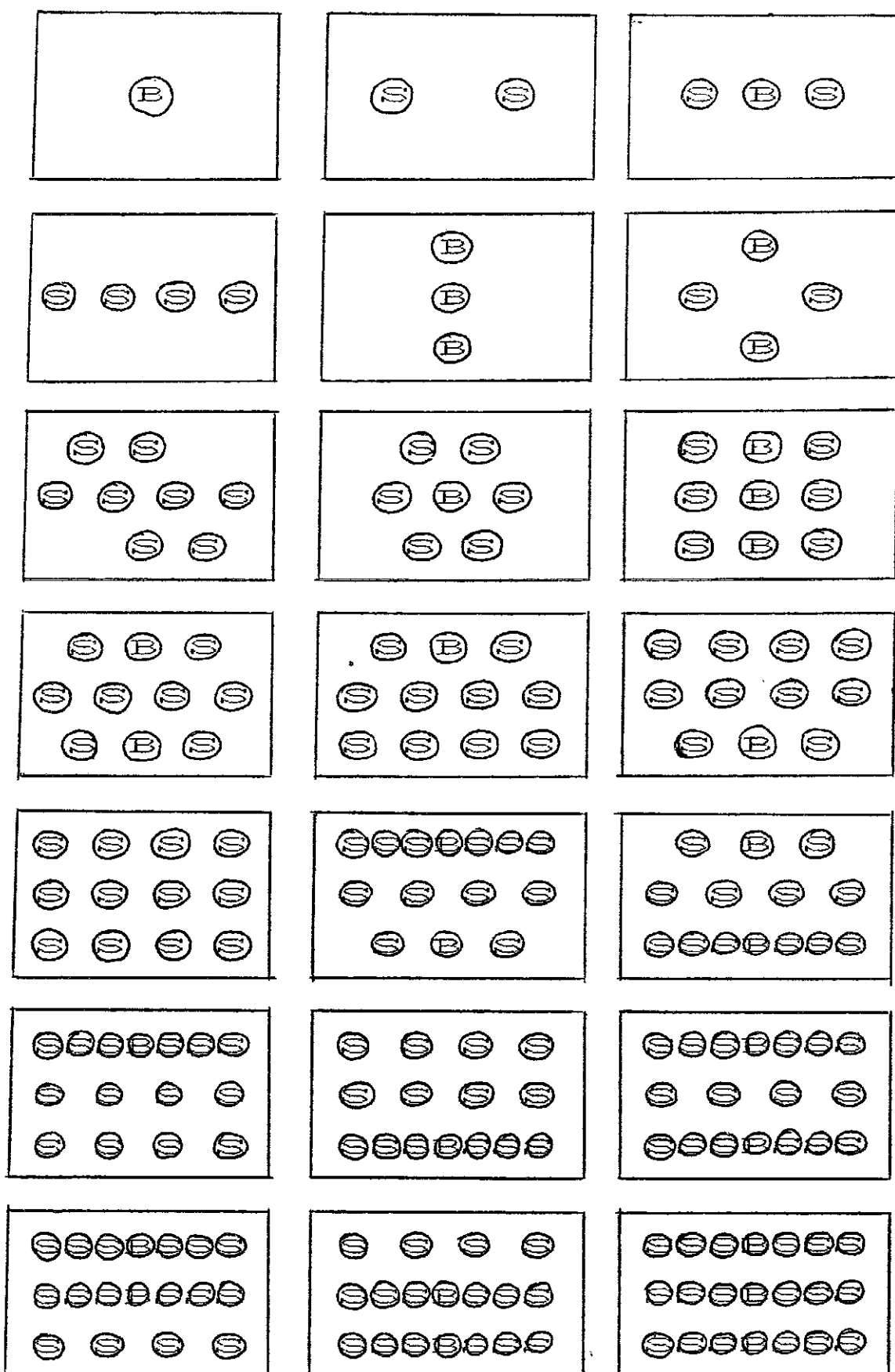


Figure 15: La disposition des stimuli. B: point vu en vision binoculaire
S: point vu en vision simultanée

C. LE DEPISTAGE ET SON INTERPRETATION

Cet examen initial permet d'évaluer l'intensité du nervosisme en se basant sur le degré de déviation des axes visuels. Le dépistage permet également, dans bien des cas, de dresser une liste des symptômes dont souffre le sujet.

Nous avons vu que, dans le cas d'un oeil dont les muscles sont normalement innervés, l'oeil s'oriente normalement vers la source lumineuse, de façon à ce que la fovéa reçoive la stimulation. Axe d'impression et axe de projection sont alors confondus et l'objet est vu à sa place réelle dans l'espace.

Si l'innervation des muscles oculomoteurs est inadaptée, l'oeil ne s'orientera pas correctement et le faisceau lumineux touchera la rétine à côté de la fovéa centralis; l'axe de projection sera dévié et placera l'objet à droite ou à gauche de sa place réelle.

Le sujet est assis devant un appareil et une stimulation lumineuse, selon des axes déterminés, lui est appliquée. Il décrit alors l'image qui se forme dans son cortex. Cette image peut être correcte ou altérée (figure 16-d: exemple de test).

Les appareils mis au point par G. Quertant permettent de contrôler, séparément ou en même temps, la vision simultanée et binoculaire

En tenant compte de la vision simultanée, le dépistage permet de vérifier si les deux yeux, et par conséquent tous les mécanismes nerveux qui concourent à une innervation oculomotrice correcte, travaillent ensemble en fournissant le même effort. Si l'énergie nerveuse est mal répartie entre les muscles des deux organes visuels, certaines altérations peuvent s'observer. G. Quertant (72) explique ce phénomène de la façon suivante: "*Quand deux centres pairs ne fonctionnent pas en synergie, parvenus à un certain degré de dyssynergie, l'un d'eux est exclu; c'est le phénomène de neutralisation ou d'inhibition monolatérale.*"

L'objectivation de ce mécanisme, à l'aide des appareils Quertant, révélera le fonctionnement d'un seul oeil, l'autre, plus faible, étant inhibé.

La vision simultanée (cf. figure 16) demande moins d'énergie nerveuse que la vision binoculaire puisque les yeux ne font pas d'effort de convergence. Ils regardent passivement. Cependant, de même qu'il est plus difficile de rester en équilibre sans bouger sur un portique que de le parcourir en marchant, la vision simultanée offre plus de difficulté, chaque oeil fonctionnant séparément. On conçoit la plus grande facilité de la vision binoculaire, au cours de laquelle les deux yeux regardent la même image: elle est consolidée.

Un test composé uniquement de points en vision simultanée sera plus difficile qu'un autre comportant ne serait-ce, qu'un seul point en vision binoculaire.

FIGURE 16: L'HYPO- ET L'HYPERAUTOCINESIE

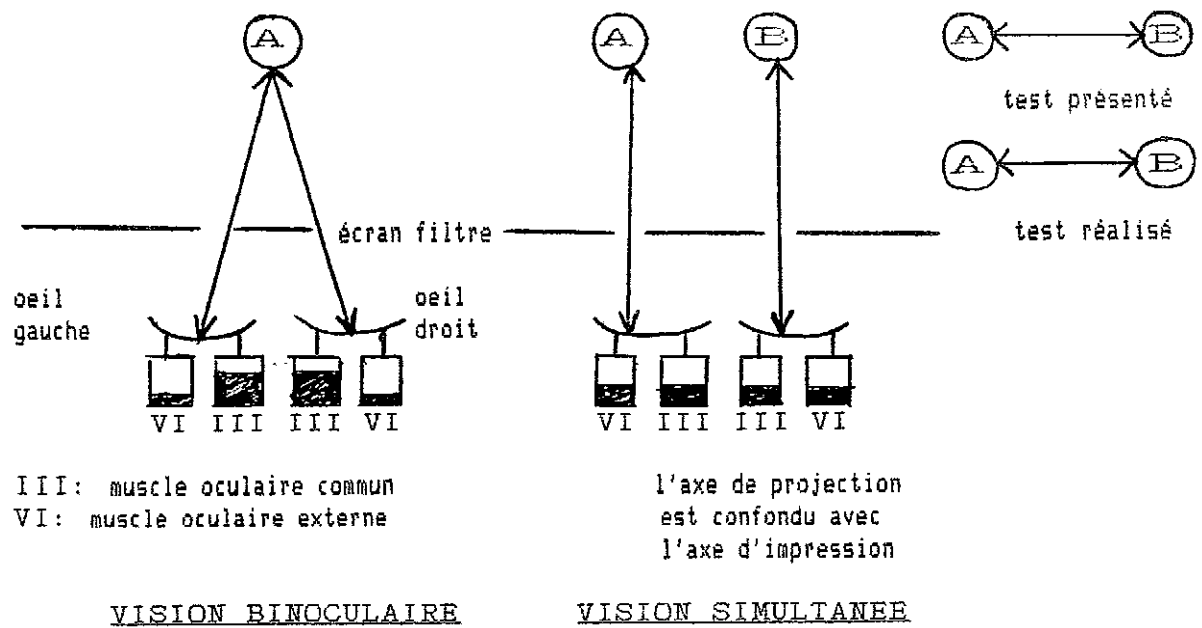


Figure 16-a: vision normale

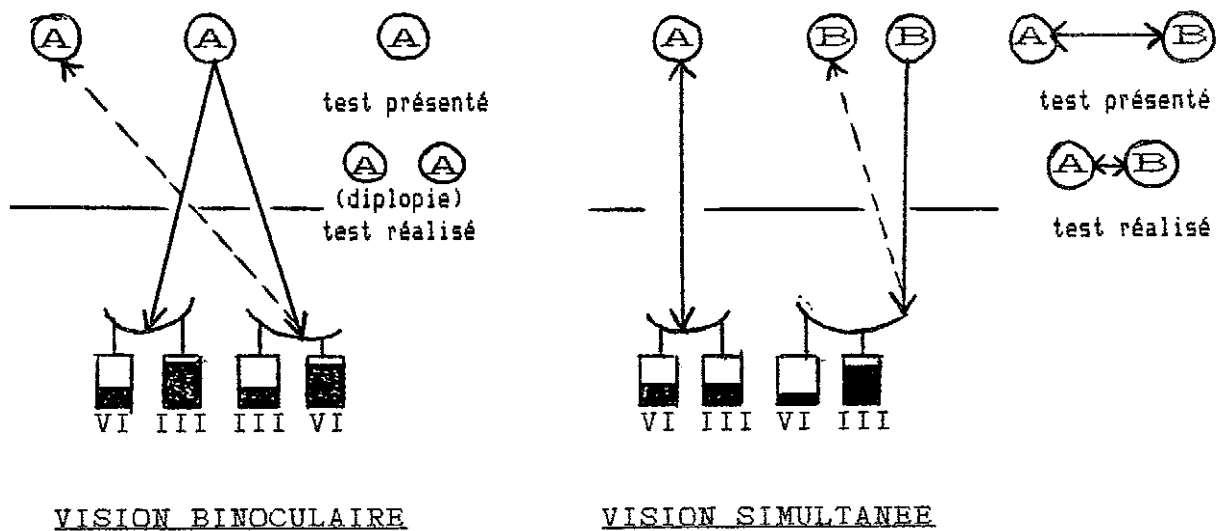


Figure 16-b: cas d'hypoaesthésie

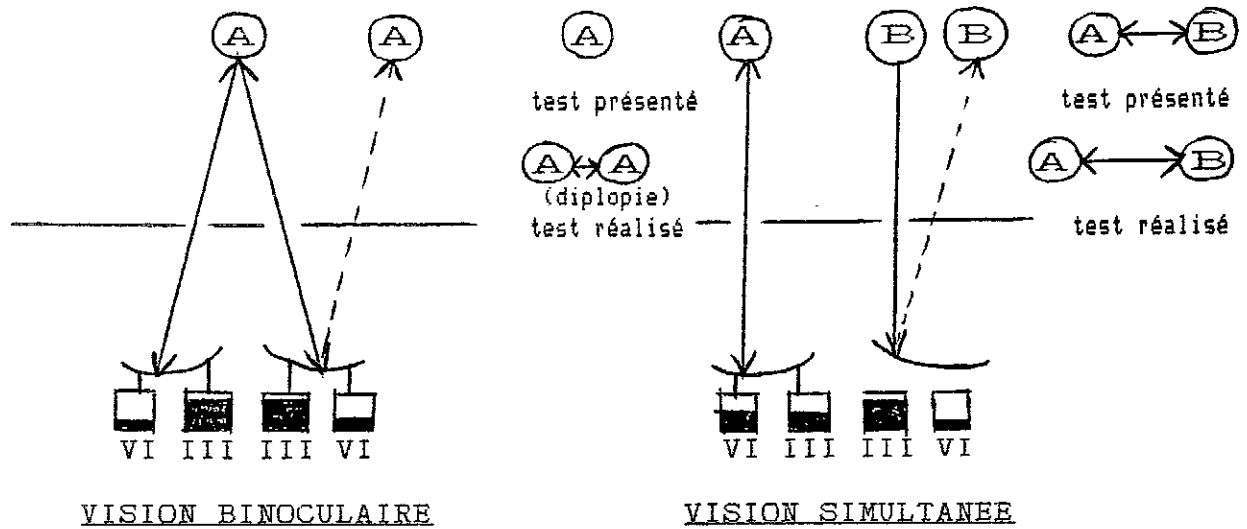


Figure 16-c: cas d'hyperautocinésie

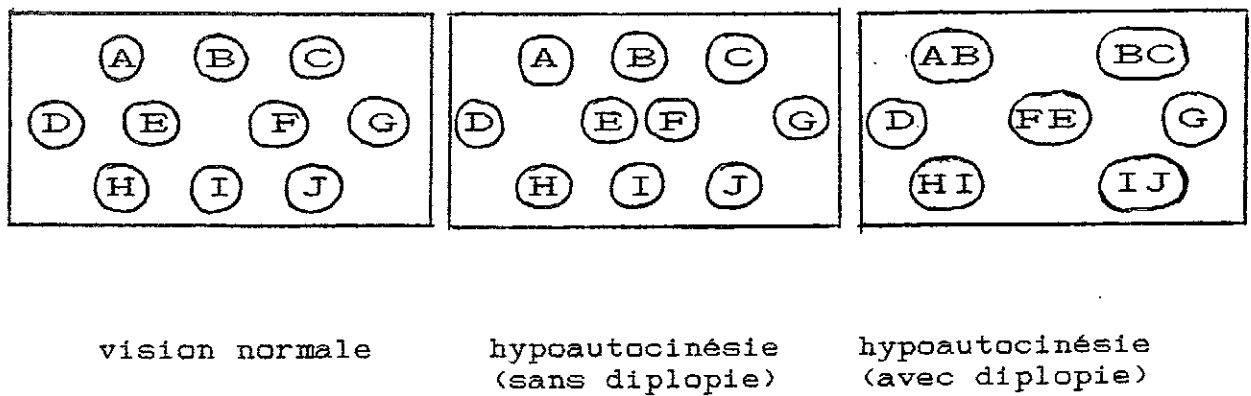


Figure 16-d: exemple pratique d'hypoautocinésie

La vision binoculaire correspond à la fusion parfaite des deux images venant des deux yeux. Toute altération de ce mécanisme entraîne la diplopie: l'objet ou le point lumineux est vu double. En vision binoculaire normale (figure 16-a), les deux yeux convergent vers un point donné. Pour que cette convergence s'effectue, les muscles droits internes des deux yeux se contractent et, en même temps, les muscles antagonistes (oculaires droits externes) se relâchent. Ce mécanisme n'est possible que si les nerfs qui commandent ces muscles envoient une énergie nerveuse adéquate: la fusion des deux images est parfaite; le test est alors vu correctement.

Si, à cause d'un dysfonctionnement des centres régulateurs ou d'une perturbation dans la transmission neuronale de l'influx nerveux, l'innervation des muscles oculomoteurs est inappropriée, il y aura diplopie. Plus la contraction du muscle droit interne sera importante et plus le relâchement de son antagoniste devra être grand. Cet équilibre des forces nerveuses mises en jeu s'établit grâce à un filet nerveux adressé par le nerf moteur droit externe au nerf moteur droit interne. Ces liaisons nerveuses réalisent un principe qui est le même que l'attelage de deux chevaux à une voiture. S'il y a diplopie, c'est que les muscles oculomoteurs ne reçoivent pas l'innervation appropriée. Deux cas peuvent alors être objectivés grâce à l'appareillage prévu à cet effet:

- soit l'énergie nerveuse venant innervier les muscles droits internes est insuffisante (figure 16-b); l'axe de projection placera le point lumineux en dedans de sa place réelle. C'est ce que G. Quertant appelle un cas d'hypoaautocinésie.

- soit, au contraire, l'énergie nerveuse est trop intense et le muscle droit interne est exagérément contracté. L'axe de projection situera l'objet en dehors de sa place réelle (figure 16-c). C'est le cas du sujet hyperautocinésique.

Le dépistage permet de mettre en évidence les caractéristiques de l'énergie nerveuse (son excès ou son défaut) selon l'éloignement du point vu en diplopie par rapport à sa place réelle.

L'exemple décrit à la figure 16-d est celui d'un sujet hypoaautocinésique sans diplopie d'abord, avec diplopie ensuite. Ces deux défauts de convergence peuvent se présenter isolément selon le test considéré, ou bien en alternance devant le même test.

Par le jeu des stimuli visuels, des éclairages utilisés, des appareils employés, l'interprétation des tests permet une connaissance du fonctionnement des trois types de vie: sensori-motrice, neurovégétative, psychique.

L'amplitude de l'angle de déviation entre l'objet réel et l'image visuelle, la présence ou non de diplopie en vision binoculaire, la possibilité ou non par le sujet de voir au bout d'un instant un test normal, donneront le taux de "nervosisme" et donc le taux de dysfonctionnement des

centres régulateurs et indiqueront par conséquent les troubles fonctionnels qui en résultent.

L'examen psychosensoriel nous renseigne donc sur l'état fonctionnel:

- du système cérébrospinal
- du système végétatif sympathique
- des centres nerveux supérieurs responsables du fonctionnement de l'affectivité et de l'intellect.

Le fonctionnement des différents centres nerveux mis en évidence par la déviation de l'axe de projection dépend en partie de l'appareil utilisé, donc de la distance du sujet par rapport à l'image.

1) L'appareil dit "de repos" révèle les dysfonctionnements au niveau de la réaction nerveuse se répercutant sur l'état de tension. C'est le tonus général du sujet qui est mis en évidence. L'hypoautocinésie correspond à un tonus général faible et révélera une tendance à l'apathie. Si le sujet est hyperautocinésique, il présentera un excès de tension et sera prédisposé à une hyperactivité motrice, voire à des crises de tétanie.

2) L'appareil dit "de moyen effort" objective des dysharmonies fonctionnelles provenant des centres régulateurs des processus végétatifs du "milieu intérieur" (digestion, assimilation, excrétion, circulation sanguine...). Le sujet hypoautocinésique présente, selon G. Quertant, une prédominance de l'orthosympathique et le sujet hyperautocinésique, une exagération de la fonction parasympathique.

3) L'appareil dit "de grand effort" met en évidence les troubles fonctionnels touchant à la vie psychique. Selon les stimuli employés, c'est tantôt l'affectivité, tantôt l'intellect qui est pris en compte.

Les dysfonctionnements mis en évidence à l'aide des trois appareils se manifestent par des troubles de la vision simultanée et/ou binoculaire. Le degré de surconvergence ou de sousconvergence indique si les troubles fonctionnels peuvent être maîtrisés par la volonté consciente du sujet. Le dépistage s'accompagne d'un entretien permettant de connaître l'anamnèse du sujet et surtout d'éliminer l'hypothèse d'une cause organique aux troubles nerveux que présente le sujet.

D. LA PHASE EDUCATIVE:

Son but est de diriger l'attention visuelle vers une image afin de soumettre les systèmes neuronaux concernés à une situation d'apprentissage de plus en plus difficile.

Les troubles fonctionnels des centres régulateurs décelés lors du dépistage, grâce aux défauts de perception lors de la vision binoculaire et simultanée, sont à l'inverse supprimés par des corrections utilisant la vision binoculaire et simultanée.

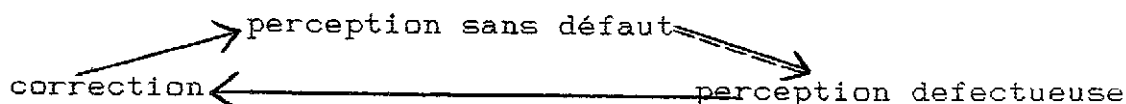
La première étape de la phase éducative ou "training" est de s'assurer que les deux yeux fonctionnent en même temps. Dans le cas où la vision d'un oeil est faible, voire nulle, il convient de stimuler cet oeil avec des excitants très doux dans un premier temps, puis progressivement l'amener au même niveau visuel que l'autre oeil. Il faut rétablir la synergie et l'équilibre entre les nerfs oculomoteurs. Il semblerait, selon l'expérience de G. Quertant, que les images provoquant la vision simultanée agissent sur les centres nerveux subcorticaux.

Après avoir contrôlé et rééduqué au besoin la vision simultanée en corrigeant les phénomènes d'inhibition monolatérale, le sujet devra corriger son défaut de surconvergence ou de sousconvergence en vision binoculaire. Plus l'image perçue dévie de l'image proposée (plus la diplopie est importante), plus la correction nécessaire sera longue et difficile et plus le travail des centres nerveux sera intensif.

La correction faite par le sujet consistera en un effort de motricité volontaire au niveau visuel pour que l'axe de projection se confonde avec l'axe d'impression. L'image sera vue, alors, dans sa réalité objective.

Rappelons que les différentes images doivent être de difficulté croissante et très progressive pour ne pas surcharger le système nerveux. Un test trop difficile entraînerait de la part du sujet une incapacité de concentration et de ce fait, l'impossibilité de corriger le défaut de perception.

Basée sur la répétition de l'effort, la culture psychosensorielle (C.P.S.) utilise une technique de correction jouant le rôle d'impulsion rétroactive normalisatrice:



Le sujet est placé devant un test. Deux cas peuvent alors se présenter: soit le sujet voit les éléments du test dans leur réalité objective et alors, l'énergie nerveuse innervant les muscles oculomoteurs est appropriée; on peut conclure que les centres nerveux fonctionnent normalement. Soit le test perçu est différent du test réel; dans ce cas le sujet devra faire un effort de motricité volontaire en fixant des points de repère pour converger s'il est en surdivergence et pour diverger s'il est en surconvergence. Tout d'abord, le sujet verra son test de façon correcte pendant quelques secondes, puis au fur et à mesure qu'il corrige son défaut visuel, il verra correctement son test de plus en plus longtemps. Les corrections ne sont employées que lorsque le sujet ne voit pas son test tel qu'il est réellement. Lorsque le sujet verra son test de façon juste pendant toute la séance c'est que les associations de neurones et le travail des centres régulateurs intervenant dans le test présenté seront normalisés. On peut alors

présenter un test plus difficile au sujet, faisant intervenir des fonctions plus élaborées du cerveau.

Le but du training consiste à répéter l'acte correcteur jusqu'à ce que l'image soit inscrite, la volonté n'ayant plus à intervenir. Le sujet travaille à son rythme propre. La possibilité de percevoir correctement l'image d'un exercice n'est que l'expression d'une transformation fonctionnelle qui s'est produite dans les centres régulateurs du diencéphale et du mésencéphale et qui s'est répercutée sur tout l'organisme psycho-physique.

En fait, en demandant au sujet d'accomplir un mouvement volontaire influençant les muscles oculomoteurs de façon à ce que l'oeil soit correctement dirigé par le jeu des mécanismes conscients et volontaires, on entraîne et on dynamise les mécanismes inconscients et involontaires des centres méso-diencéphaliques qui remplissent alors correctement leurs fonctions nerveuses. Les tests ont pour but de solliciter des centaines de mouvements susceptibles d'être réalisés par les globes oculaires, donc, de susciter un débit progressif d'énergie nerveuse en rapport avec chaque mouvement sollicité.

Au fur et à mesure que le sujet réalise des tests de plus en plus difficiles, normalisant ainsi les centres nerveux de plus en plus complexes, les troubles fonctionnels dont il souffre diminuent d'intensité et s'espacent jusqu'à complète disparition dans 90% des cas selon G. Quertant. En effet, de même que lors du test, les déviations de l'image indiquent des troubles fonctionnels des centres régulateurs, de même les corrections au cours du training se manifestent, par l'intermédiaire des centres régulateurs, dans tout l'ensemble du complexe somatopsychique.

Les effets régulateurs de la C.P.S. vont se manifester dans la vie de relation, la vie neurovégétative et la vie psychique.

Le rôle du professeur de culture psychosensorielle est important. "Il ne suffit pas de mettre le sujet devant un appareil, explique G. Quertant (74), il faut pouvoir interpréter les manifestations qui s'y révèlent et savoir estimer quelles en sont les causes, et par quel phénomène elles se manifestent, quels sont les centres et les fonctions affectés... Constater est bien, mais il faut par des tests, des exercices spécialement affectés à ce but, arriver à juguler ces manifestations; savoir quel centre doit être sollicité, quel mouvement doit être demandé; dans quelle proportion, à quelle vitesse; il faut savoir encore juger quelle fréquence, quelle longueur d'onde, sera susceptible de rétablir progressivement les arcs réflexes; savoir choisir le mouvement favorable et précis où tel test devra être employé; telle incitation motrice sollicitée agira sur la voie motrice corticale".

Le training s'effectue à raison de 2 à 3 séances d'une demi-heure par semaine et ceci pendant 8 mois en moyenne. Mais sa durée dépend du degré de nervosisme constaté et de son ancienneté.

Nous pouvons dire avec G. QUERTANT (72) que "la C.P.S., ayant appris à manier ces organes nerveux qui servent de régulateurs aux fonctions, la physiologie nous donnait les moyens d'action sur les manifestations les plus élevées des êtres vivants."

Pour P. CHAUCHARD (30) : "l'équilibre et la santé reposent sur la joie que procure l'apaisement hypothalamique tandis que l'énervement hypothalamique est source d'angoisse et de peur aboutissant à un déchaînement agressif, à la timidité, à la toxicomanie ou au déchaînement autoérotique narcissique, défense contre la rencontre de l'autre, but de la sexualité."

La rééquilibration hypothalamique de la méthode QUERTANT sera ainsi une vraie rééducation caractérielle facilitant les relations sociales dont on ignore trop qu'elles ont une base neurosociologique. Dans une perspective d'unité psychosomatique, c'est rééquilibrer l'aspect individuel de la personne en équilibrant l'aspect relationnel et par le fait même l'aspect civique et communautaire."

V. LES TROUBLES FONCTIONNELS JUGULES PAR LA C.P.S.

La culture psychosensorielle jugule de nombreux troubles fonctionnels. Mais son action préventive n'est pas négligeable. En effet, sa pratique permet à l'individu indemne de nervosisme de développer ses facultés et de les utiliser sans effort et sans fatigue. La C.P.S. permet à l'individu d'affronter la vie en pleine possession de ses moyens.

Toute maladie organique, même accompagnée de symptômes d'origine nerveuse sur lesquels la C.P.S. fera ses effets, doit recevoir un traitement médical.

La C.P.S. n'est efficace que si le trouble est de nature fonctionnelle et donc si le dépistage révèle un mauvais fonctionnement des centres nerveux. Par exemple, certains cas de strabisme sont provoqués par une déformation ou une paralysie de certains muscles de l'oeil, d'autres cas sont purement fonctionnels et répondent à la C.P.S.. L'asthme d'origine infectieuse ne peut être soulagé par la C.P.S., qui réussit bien sur d'autres formes. Un examen médical est essentiel dans tous les cas où une maladie organique est possible

La liste des symptômes que peut enrayer la C.P.S. est longue. Nous la présenterons selon les 3 expressions qui forment le complexe somatopsychique (vies de relation, neurovégétative, psychique).

A. EXPRESSION SENSORI-MOTRICE:

La C.P.S. permet d'agir sur les perturbations des fonctions du système cérébro-spinal (vie de relation) et au niveau des troubles des sens dits "sensoriels" à ne pas confondre avec les troubles des organes des sens. Ces

troubles se manifestent alors que les organes des sens sont sains et bien conformes.

LA VISION: -les myopies et hypermétropies fonctionnelles
-l'incapacité de se concentrer à la lecture
-l'asthénopie accommodative
-les strabismes
-les diplopies
-la vision monoculaire (amblyopie)
-les dyschromatopsies
-les exophtalmies et enophtalmies
-les migraines ophtalmiques
-les nystagmus oscillants
-les myosis et mydriases fonctionnels
-les ptosis
-les sensations de tensions dans les yeux
-les fatigues à la vision de près ou de loin
-les faiblesses de la vue sans cause organique
-les rétrécissements du champ visuel
-les défauts de perception des formes

L'OUÏE: -les surdi-mutités
-les hyper- ou hypoacousies
-les confusions auditives
-les difficultés de concentration auditive
-certains cas de séquelles d'otospongiose

LE TACT: -les hyper- et hypodermoessthésies
-les agnosies tactiles

L'ODORAT: -les hyper- et hyposensibilités olfactives
-les agnosies olfactives

LE GOUT: -les hyper- et hyposensibilités gustatives
-les agnosies gustatives

LA PHONATION: -le bégaiement
-les dysphonies
-les dyslalies
-les dysarthries
-les audimutités

LA PROPRIOCEPTIVITE: -les myoclonies
-les manques et excès de réflexivité tendineuse
-les crampes de l'écrivain
-les agraphies

Les dysfonctions entre les aires d'associations des sens: -les dyslexies
-les dysorthographies
-les photismes
-les aphasies

La C.P.S. obtient des améliorations sur les troubles morbides sensoriels tels que cécité et surdité intermittentes, hallucinations visuelles, auditives, tactiles; cécité et surdité verbales; troubles de la kinesthésie, etc. Elle obtient des effets normalisateurs sur les troubles sensoriels et psycho-sensoriels pré- et post opératoires.

B. EXPRESSION NEUROVEGETATIVE:

Le nervosisme se répercute à ce niveau sur l'ortho- et le parasympathique avec pour conséquence des troubles métaboliques et humoraux à expression cardiovasculaire, endocrinienne, digestive, respiratoire, tégumentaire:

- céphalées
- insomnies, somnolences, fatigues au réveil
- vertiges
- troubles digestifs et alimentaires (boulimie, anorexie, cachexie, aérophagie)
- troubles respiratoires (dyspnée)
- troubles cardiaques (tachycardie, bradycardie, extrasystoles, syncopes, fausse angine de poitrine)
- troubles sexuels (frigidity, impuissance)
- dérèglements hormonaux de la puberté et de la ménopause
- règles douloureuses, irrégulières, trop abondantes
- suites d'hystérectomie (bouffées de chaleur)
- troubles intestinaux (diarrhée, constipation)
- allergies (rhume des foins, prurit, vitiligo, urticaire, anaphylaxie)
- spasmophilie, tétanie
- diabète insipide
- tics (onychophagie,...).

C. EXPRESSION PSYCHIQUE:

- troubles du caractère: irritabilité, hyperémotivité, dépression, cyclothymie, manie, neurasthénie, psychasthénie, paresse, timidité, angoisses, susceptibilité, amorphisme, mélancolie, phobies, obsessions, doutes, scrupules, aboulie;
- perturbations des fonctions intellectuelles: difficulté de concentration, perte de mémoire.

Le surmenage et ses symptômes accompagnateurs se résorbent aisément grâce à la culture psychosensorielle. Les manifestations psychiques du nervosisme peuvent être identiques chez les sujets hypo- et hyperautocinésiques. Un sujet souffrant de nervosisme présente le plus souvent des troubles fonctionnels au niveau des trois expressions du complexe somatopsychique. Cependant, il arrive qu'une seule de ces expressions présente des troubles manifestes.

Rappelons que le but de la rééducation n'est pas la suppression des symptômes mais le rétablissement de l'équilibre nerveux au cours duquel on observe la disparition des symptômes.

Si très nombreux ont été les succès obtenus par la C.P.S., nombreux aussi ont été les échecs enregistrés principalement lorsque le symptôme est très ancien ou lorsque la pratique rééducative n'est pas régulière. Un tableau récapitulatif (tableau A) établi par G. QUERTANT indique le nombre de guérisons obtenues en fonction du trouble initial et la durée de rééducation nécessaire à sa complète disparition.

TABLEAU A .

TROUBLES	NOMBRE DE CAS	NORMALISATION		CAUSES	DURÉE DU TRAINING
		complète	partielle		
Ptosis	4	4			6 à 18 mois
Migraines ophtalmiques	10	10			6 à 24 mois
Bégaitements	15	13	2	a	9 à 30 mois
Crampes de l'écrivain	3	3			9 à 24 mois
Céphalées	45	42		a b c	6 à 18 mois
Hyperémotivité	50	50			6 à 12 mois
Hyperaffectivité	50	50			6 à 18 mois
Dystonie neuro-végétative	30	30			3 à 18 mois
Insomnies	50	45	5	a b c	6 à 24 mois
Asthme	15	12	3	a b c	3 à 36 mois
Enurésie	50	45	5	a b c	3 à 36 mois
Encoprésie	4	4			6 à 24 mois
Allergies Dermatoses	15	11	4	a b c	12 à 36 mois
Dysménorrhée Aménorrhée	25	22	3	a b	6 à 24 mois
Tics	15	12	3	a	6 à 24 mois
Onychophagie	10	10			3 à 24 mois
Troubles de l'attention	50	45	5	a	6 à 18 mois
de la mémoire	50	45	5	a c	6 à 24 mois
Instabilité psychomotrice	50	48	2	a	6 à 18 mois
Dyslexie majeure	20	14	6		6 à 36 mois
Dyslexie mineure	30	28	2		6 à 18 mois
T S. V. P					

Troubles du caractère	50	44	6	a b c	6 à 24 mois
Angoisses	50	45	5	a b c	6 à 18 mois
Phobies Obsessions	30	27	3	a c	3 à 36 mois
Doutes Scrupules	25	22	3	a c	3 à 36 mois
Boulémie Anorexie	15	15			6 à 24 mois
Anorexie mentale	5	5			6 à 24 mois
Troubles épileptoides	10	7	3	a c	6 à 24 mois
TOTAL	776	718 (92 %)	72		

CAUSES DE RESULTATS PARTIELS :

Irrégularité dans le training : a

Troubles organiques ou infectieux non décelés à l'examen clinique précédant le training : b

Accoutumance à un traitement médicamenteux : c

CHAPITRE CINQUIEME

* * *

ACTUALISATION DE LA CULTURE
PSYCHOSENSORIELLE
EN FONCTION DE L'EVOLUTION
DES CONNAISSANCES
NEUROPHYSIOLOGIQUES

INTRODUCTION

Georges QUERTANT a fondé la culture psycho-sensorielle entre 1911 et 1935. L'étude de l'anatomie et de la physiologie s'est poursuivie depuis et les conclusions de 1935 doivent être confrontées aux acquis nouveaux. Les schémas de G. QUERTANT, basés sur les cablagés neuroniques et les influx électriques ont le mérite de la clarté et d'une simplicité relative. A ce titre, ils ne sont pas caducs. Toutefois, ils ne sauraient représenter l'ensemble éminemment complexe des fonctions du système nerveux central.

Il semble que la recherche en ce domaine, après le palier électrophysiologique, ait abordé le palier biochimique. Mais de fait, l'exploration du système nerveux central se poursuit dans tous les domaines et découvre des questions nouvelles en même temps que des réponses à nos interrogations.

Les techniques d'étude récentes sont de plusieurs ordres:

-a) Cartographie: -scanner

- résonnance magnétique nucléaire
- camera à positons
- scintigraphie
- localisation cérébrale fonctionnelle selon le métabolisme

On peut obtenir d'excellentes images du système nerveux central chez le vivant.

-b) Etude fonctionnelle électrologique:

- électroencéphalogramme quantitatif
- micro-électrodes permettant l'étude fonctionnelle du niveau cellulaire

-c) Histologie:

- radio-immunologie
- traceurs marqués
- méthode anatomique de dégénérescence des axones.

-d) Biochimie-pharmacologie: dosage de substances actives dans le système nerveux central, expérimentation de l'effet de ces substances, de l'effet de leur carence, de l'effet de substances agonistes et de substances antagonistes; c'est le domaine des neuromédiateurs.

-e) Analyse mathématique et cybernétique: la conception d'ordinateurs et la recherche de l'intelligence artificielle fournissent des éléments utiles à la compréhension du fonctionnement cérébral.

-f) Etude statistique: cette étude des données recueillies, contraignante, peut garantir la validité des conclusions.

I. LIAISONS ENTRE FONCTIONS SENSORIELLES

Aux cinq sens de la sensibilité extérieure correspond une sensibilité intérieure, à laquelle les Cinq sens participent, mais qui en est différenciée: c'est le sensorium, par quoi nous saisissons la qualité des choses, leur image, sinon leur essence.

Au-delà des phénomènes synesthésiques marginaux, il est admis que l'information sensorielle n'est pas traitée de façon séquentielle dans les différents centres cérébraux; elle circule en permanence entre différentes zones et l'on ne doit plus espérer démontrer la localisation stricte des fonctions dans chacune des aires cérébrales.

Même si, après relais dans le thalamus, l'information, selon chaque modalité sensorielle, est envoyée spécifiquement dans une région précise du cortex (aire corticale primaire), elle aboutit ensuite aux aires corticales secondaires, associatives, plus vastes et beaucoup moins spécifiques. Qui plus est, il existe des voies directes entre le relais thalamique et les aires associatives.

Ces aires associatives ont une sensibilité discriminative élaborée (par exemple selon la taille, la forme, la vitesse d'un stimulus à l'exclusion éventuelle d'autres facteurs). La méthode anatomique de dégénérescence des axones a permis la mise en évidence de trois de ces zones corticales où convergent plusieurs modalités sensorielles.

Remarquons encore que l'influx nerveux sensoriel n'a pas de caractéristique décelable selon son origine particulière. La différenciation semble être le fait de l'interprétation centrale. La formation réticulée est le siège d'une convergence de toutes les afférences sensorielles; les influx acheminés par les collatérales des neurones sensoriels ascendants perdraient leurs caractères spécifiques avant de s'additionner. En fait, nous l'avons vu, cette spécificité n'est qu'une apparence.

Au total, si les modalités sensorielles sont bien réellement multiples, il n'est pas moins vrai que l'intégration des informations qu'elles transmettent est le fait d'un sensorium unique.

D'un point de vue quantitatif, on notera que sur les trois millions de quanta nerveux que reçoit l'encéphale humain chaque milliseconde, les deux tiers sont d'origine rétinienne. Hors toute hiérarchie qualitative dans le concert des sens, cet aspect quantitatif peut conforter le choix de la vision comme mode d'accès au cerveau.

NOTAUTE sensorielle =

II. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA VISION

A. ANATOMIE DE L'ENCEPHALE:

La description macroscopique du système nerveux central est la même pour nous et pour G. QUERTANT. C'est dans le cadre fonctionnel que certaines formations anatomiques ont pris une autre importance (lobe de l'insula, circonvolution de l'hippocampe, structures limbiques).

De même, certains progrès de l'histologie (organisation cellulaire de la rétine, de l'écorce cérébrale, description des voies neuronales) n'ont d'intérêt qu'au plan fonctionnel.

Notons que la formation reticulée, contrairement à l'opinion des anatomistes de l'époque de G. QUERTANT, n'est pas un noyau central mais un ensemble de cellules réparties dans la partie médiane du tronc cérébral, dans le bulbe rachidien et dans le diencéphale. Elle comporte en tout plus de 40 noyaux.

B. LES CELLULES VISUELLES:

La stimulation lumineuse, captée grâce à la coordination motrice du corps, de la tête, des muscles oculaires extrinsèques et intrinsèques, suit de la rétine au cortex associatif un parcours où elle est analysée, comparée, intégrée et utilisée. De la rétine aux centres sous-corticaux, aux aires visuelles occipitales et aux aires corticales associatives, les cellules visuelles convoient l'image et la comprennent tout en même temps, puisque chaque relais est déjà l'organe d'une analyse logique et hiérarchisée.

Au niveau retinien, les cellules sont les bâtonnets et les cônes. Les cônes sont de trois types, chaque type ayant une sensibilité maximale à la longueur d'onde d'une des trois couleurs fondamentales. Certaines cellules sont excitées par l'établissement d'un stimulus, d'autres par sa disparition.

Au niveau des relais sous-corticaux, l'organisation spatiale des combinaisons cellulaires permet déjà de préciser, de mettre en forme l'information visuelle.

Au niveau cortical, il existe dans les aires visuelles des cellules simples, activées selon la disposition du stimulus (verticale, horizontale, rectiligne), des cellules complexes, activées selon la forme et l'orientation du stimulus. A côté de ces cellules réceptrices spécifiques, d'autres cellules sont disponibles pour la réception et l'analyse d'autres catégories de stimuli moins stéréotypés.

Au total, la lumière captée par la machine optique que sont les yeux est transformée en influx nerveux par les bâtonnets et par les cônes de la rétine. Les bâtonnets sont sensibles à de faibles intensités lumineuses, ignorent les couleurs et sont absents de la fovea. Ils analysent les configurations, les contrastes, les variations d'ensembles.

Les cônes sont sensibles aux intensités lumineuses plus fortes, déterminent les couleurs et sont les plus nombreux à la fovéa. Ils assurent la discrimination fine, la vision précise du point fixé par le regard, la coloration de l'image.

Déjà la disposition dans la rétine de ces deux types de cellules, leur mode de convergence sur les cellules ganglionnaires sont les premières étapes de l'exploitation intelligente de l'image, reçue et perçue. Les neurones au-delà de la rétine ne sont pas à proprement parler des cellules visuelles. Nous étudions ci-dessous la connaissance actuelle des voies et centres visuels.

C. LES VOIES VISUELLES:

Nous avons étudié les voies visuelles dans le chapitre III (pages 48 & 49). L'énumération que nous en avons faite n'est pas exhaustive. Les principales voies nerveuses empruntées par les influx sensoriels ou moteurs se rapportant à la vision sont pour la plupart prises en compte par G. QUERTANT. Répétons ici qu'il ne faut plus concevoir le fonctionnement du système nerveux central comme celui d'un montage électrique et que la description d'arcs réflexes ne suffit pas à représenter les mécanismes de la vision.

Nous n'approfondirons pas l'étude anatomique détaillée des voies visuelles car notre formation de psychologue ne nous autorise pas à faire la part des hypothèses et des certitudes de la neurophysiologie contemporaine.

D'une façon générale, chaque auteur décrit les voies visuelles centripètes et centrifuges selon un schéma qui lui est particulier. En effet, si les voies principales sont bien établies, il existe en outre de multiples connexions à sens unique ou double, des rétroactions nombreuses, des interactions incessantes. L'organisation de la vision est un ensemble dynamique, c'est à dire que selon la nature d'une stimulation nerveuse, son intensité, sa durée, son intérêt, le stade de son analyse, l'état somatique et psychique du sujet, la fonction visuelle emprunte des voies multiples et diverses.

Ce qui demeure établi de façon identique depuis G. QUERTANT, c'est l'implication du mésencéphale dans le mécanisme de la vision, de concert avec la plupart des formations à vocation régulatrice de l'encéphale.

D. LES CENTRES VISUELS:

Les centres visuels spécifiques sont décrits par G. QUERTANT. Le cortex visuel primaire est occipital (aire 17 de BRODMANN). L'aire 8, motrice oculogyre, est spécifique. Les aires 18 et 19, le cortex associatif pariéto-occipito-temporal, le cortex moteur des aires 4 et 6 ne sont pas spécifiques. Les autres centres sont des relais ou des aboutissements non spécifiques: l'hypothalamus, les tubercules quadrijumeaux antérieurs, le pretectum,

les corps genouillés latéraux, la formation réticulée, le thalamus non spécifique, le cervelet; la moelle épinière.

Les noyaux optiques accessoires, les noyaux ventro-latéraux du thalamus, le pulvinar et les noyaux latéraux postérieurs du thalamus figurent encore dans l'énumération des centres cérébraux qui participent à la vision.

Certains éléments du fonctionnement de ces centres sont mieux connus:

-Les tubercules quadrijumeaux reçoivent essentiellement l'information provenant de la rétine périphérique. Le thalamus et le cortex occipital reçoivent essentiellement l'information provenant de la rétine fovéale. Ainsi peut avoir lieu la fixation fovéale: l'objet étant repéré par la périphérie rétinienne, un réflexe oculo-centrique mésencéphalique amène sa fixation fovéale aux fins d'analyse thalamo-corticale.

-Dans l'hypothalamus antérieur, un noyau supra-chiasmatique, en liaison avec la formation réticulée, participe à la modulation du cycle veille-sommeil.

-L'analyse des intensités lumineuses et des contrastes se fait essentiellement au niveau des corps genouillés externes et des tubercules quadrijumeaux antérieurs et peut se poursuivre par des éfférences réflexes vers la moelle: un chat privé de cortex cérébral peut se diriger sans heurt au milieu d'obstacles.

-L'hypothalamus est un centre visuel dans les réflexes neuro-endocriniens: la voie afférente est constituée de plusieurs neurones, ici en provenance de la rétine. Le centre hypothalamique a pour éfférence des vaisseaux sanguins qui transportent vers l'hypophyse des facteurs de largage hormonal.

E. REACTION DES CELLULES VISUELLES SELON LE STIMULUS:

Quoique nous ayons conscience d'une vision continue et stable, notre cerveau ne perçoit pas des points isolés pour former une image; il perçoit des ensembles, surtout en mouvement. Il perçoit les caractères de l'image (taille, forme, orientation). Les influx nerveux correspondants à chaque caractère peuvent suivre des circuits neuronaux différents pour un traitement simultané. La synthèse associative n'existe qu'en dernier lieu.

Ainsi, certaines cellules sont excitées par l'apparition ou par la disparition d'un stimulus lumineux ou, au contraire, elles sont inhibées par ces phénomènes.

La vision des couleurs et la stabilité des couleurs perçues, indépendamment du flux lumineux, nécessitent une analyse comparative sur trame noir et blanc. La perception des couleurs n'est pas une fonction élémentaire simple mais un élément surajouté et sophistiqué.

Cette abstraction des lignes générales, des caractères de l'image, débute à la rétine et même dans le fait que nous ayons deux yeux. La projection sur l'aire 17 ne reproduit pas l'image en mosaïque.

Cinquante pour cent des neurones du cortex visuel primaire ne réagissent pas à des stimuli simples; cent pour cent réagissent à une stimulation complexe structurée. De ce fait, le nombre de potentiels d'action transmis, c'est à dire l'intensité en termes d'électrogénèse, est plus grand quand le stimulus a une configuration structurée.

Notons ici qu'un certain nombre de neurones du cortex visuel primaire répondent à des stimulations auditives, tactiles, olfactives, douloureuses.

La vision binoculaire n'existe pas encore au niveau du cortex visuel primaire.

L'attention visuelle du sujet influe sur le devenir de la stimulation lumineuse. Hors attention, l'influx est dirigé surtout vers les régions sous-corticales. L'attention étant acquise, l'influx est dirigé surtout vers le cortex.

Les performances d'attention visuelle diminuent au-delà d'une durée de trente minutes. Elles peuvent se maintenir si le sujet fait des pauses ou si l'intérêt du sujet est soutenu par l'obtention consciente d'un résultat.

F. L'OCULOMOTRICITE:

La description des muscles oculomoteurs est inchangée. Les fuseaux sensoriels sont nombreux: un pour cinq fibres musculaires; c'est un maximum chez l'homme et cela assure une précision extrême des mouvements oculaires. Les nerfs oculomoteurs sont constitués de fibres motrices à l'exclusion de fibres sensorielles.

La coordination oculomotrice est donc un cas très particulier de la sensorimotricité. Elle est réglée par des circuits larges, encéphaliques, et peut être soit réflexe soit très élaborée. A tout moment la question est posée de savoir si l'acte est automatique ou s'il y a phénomène volitif. Cette différence parfois subtile existe dans le langage courant entre voir et regarder.

G. LA FIXATION, L'ACCOMODATION ET LA CONVERGENCE:

Fixation, accommodation et convergence sont trois fonctions oculaires liées:

- la fixation est soit réflexe soit volontaire;
- l'accommodation est réflexe;
- la convergence est réflexe ou volontaire;
- la divergence est réflexe mais difficile à réaliser volontairement.

La mobilisation des axes visuels peut être obtenue par une stimulation périphérique, visuelle ou non, et par une stimulation centrale sympathique (centres sous-corticaux: mésencéphale, formations pontiques, tubercules quadrijumeaux antérieurs et centres ponto-mésencéphaliques).

La traction d'un muscle oculomoteur est prise en compte automatiquement par le névraxe par l'intermédiaire de récepteurs fusoriaux et du nerf trijumeau.

Il existe des relations étroites entre les noyaux

vestibulaires et les noyaux oculomoteurs (arc réflexe vestibulo-oculomoteur, coopération sensorielle de la vision et de l'équilibre).

Le cortex frontal, les aires corticales oculocéphalogyres (dans les aires 17 et 18 de BRODMANN) sont reliés aux noyaux céphalogyres bulbo-spinaux par le prétectum, le mésencéphale, les noyaux oculomoteurs, les tubercules quadrijumeaux antérieurs.

L'accommodation a pour centre le groupe nucléaire de la troisième paire de nerfs crâniens, situé dans le mésencéphale. Elle est liée de façon réflexe à la convergence.

La convergence est un phénomène complexe dont dépend la vision binoculaire. Son mécanisme n'est pas entièrement connu. Il existe vraisemblablement un circuit passant par le cortex visuel. Chez l'homme, la convergence n'est acquise qu'à l'âge de deux mois. Son apprentissage nécessite la maîtrise de l'ensemble des structures dont dépend la motricité oculaire.

H. LA VISION BINOCULAIRE:

La vision binoculaire ne se réduit pas, à partir de deux images, à n'en former qu'une seule. Elle nous permet de percevoir le relief, c'est à dire la situation dans l'espace en trois dimensions des objets.

La vision stéréoscopique n'est effective que pour les objets rapprochés. Mais l'expérience qu'elle représente permet au cerveau d'extrapoler et d'attribuer du relief aux objets lointains (ceci est par ailleurs à l'origine d'illusions optiques).

Un décalage de quelques secondes d'arc entre les images de chaque oeil n'empêche pas leur fusion et la vision en relief. La diplopie n'apparaît qu'à partir d'un décalage de quelques degrés.

Le cortex visuel de chaque hémisphère reçoit les éléments d'image des deux rétines et a la capacité de les faire fusionner point à point, ou plutôt élément par élément; toutefois, la vision binoculaire n'est réalisée qu'au-delà du cortex visuel primaire, dans les aires associatives qui communiquent entre elles par le corps calleux.

Au total, la vision binoculaire est une fonction visuelle sophistiquée qui nécessite les aires corticales visuelles primaires et associatives des deux hémisphères et qui mobilise particulièrement les mécanismes de convergence, d'accommodation et de fixation.

I. LES NEUROTRANSMETTEURS:

Nous ne décrivons pas à nouveau la synapse. Nous rappellerons que l'information circule de neurone à neurone, le plus souvent par la voie synaptique chimique. Les substances qui permettent la progression sélective de l'influx nerveux sont appelées neurotransmetteurs (il existe également des corps chimiques jouant un rôle accessoire dans la neurotransmission, plusieurs dizaines, appelés neuro-modulateurs).

Les neurotransmetteurs sont au nombre de cinq (dopamine, noradrénaline, sérotonine, acétylcholine, acide gamma aminobutyrique) et particularisent cinq voies neurochimiques cérébrales. Entreprise en 1964, leur description n'est pas achevée. Les cinq systèmes ont en commun: une origine dans le tronc cérébral, une émergence fasciculaire, une projection à distance sur de vastes territoires. La cartographie, fondée sur la spécificité neurochimique des populations neuronales, éclaire la neurophysiologie et la pathologie cérébrale.

1°) Les voies dopaminergiques les mieux connues comprennent:

- le système nigrostrié, issu du locus niger (mésencéphale). Il se projette, par un faisceau ascendant, vers le striatum (noyau caudé et putamen) qu'il inhibe. Pierre angulaire du système extrapyramidal, ce système régule la motricité volontaire, en compétition avec le système cholinergique. Sa dégénérescence (Parkinson) ou son inhibition (neuroleptiques) entraîne un syndrome moteur caractéristique;
- le système mésocortical émane du pédoncule cérébral, près de la réticulée mésencéphalique. Ses projections atteignent le cortex frontal et l'hippocampe. Il joue un rôle dans la vie psychique et régule sommeil et vigilance. Il serait le support anatomique de la schizophrénie;
- le système tubéro-infundibulaire naît dans l'hypothalamus. Ses fibres aboutissent à l'éminence médiane, près de la tige pituitaire. Il a un rôle neurohormonal, inhibiteur de la prolactine; les antagonistes de la dopamine (neuroleptiques) lèvent l'inhibition et favorisent ainsi l'hyperprolactinémie. Il a une deuxième action neurotransmettrice vis à vis de l'hypophyse antérieure.

2°) Les voies noradrénergiques se forment dans les noyaux bulbaires; elles se distribuent en trois faisceaux:

- un faisceau médullaire qui inhibe le tonus sympathique;
- un faisceau ascendant qui se répartit entre l'hypothalamus, le septum et le thalamus;
- un faisceau ascendant destiné au cortex cérébral et cérébelleux.

La noradrénaline cérébrale participe à la régulation des états de vigilance (éveil, sommeil paradoxal), de l'équilibre thermique, des comportements alimentaires et de l'humeur.

3°) Les voies sérotoninergiques proviennent des noyaux du raphé-médian (protubérance). Elles forment un faisceau descendant vers les centres médullaires (analgésie); un faisceau ascendant à projection corticale; un faisceau ascendant médian, vers l'hypothalamus. La sérotonine cérébrale agit sur le sommeil lent, sur la thermo-régulation, l'humeur, le comportement sexuel et les rythmes chrono-biologiques.

4°) Les voies cholinergiques sont sommairement décrites, et leurs actions cérébrales mal documentées. Des amas neuronaux fonctionnels figurent dans le locus niger et dans le striatum.

Les voies efférentes atteignent le thalamus, le septum, le cortex (hémisphères, cervelet, hippocampe). Elles participent à l'éveil, au sommeil paradoxal, au rêve, à la mémoire, au comportement alimentaire, à la régulation motrice.

5°) Le système GABA-ergique est présent dans toute la substance grise sous forme d'interneurones courts. Son action univoque est inhibitrice et jouerait un rôle dans l'épilepsie.

Quoique incomplète, la cartographie de la neurotransmission a déjà invalidé la vision linéaire des circuits neuronaux. La structure spatiale du neurone, la profusion de ses connexions, l'enchevêtrement des populations neuronales ont aidé à substituer à la notion de "centres anatomiques" celle, plus physiologique, de groupements neuronaux "à systèmes ouverts", de configuration cybernétique. La neurobiochimie clinique et la neuropharmacologie se fondent désormais sur la spécificité chimique des ensembles neuronaux.

Nous voyons donc la nouveauté que représentent ces ensembles neurochimiques par rapport aux circuits neuronaux décrits précédemment.

Certains neuropeptides, tels les endorphines et les enképhalines, ont un impact majeur sur la vie émotionnelle.

Au-delà de la biochimie cérébrale, c'est tout le complexe psychosomatique qui se trouve éclairé d'un jour nouveau quand on sait qu'il y a continuité entre les neurotransmetteurs, la neuro-endocrinologie, et, de ce fait, l'endocrinologie de tout l'organisme. Quelques exemples sont bien décrits: la cholécystokinine (hormone digestive), l'angiotensine II (facteur de régulation de la pression artérielle), le polypeptide vasoactif intestinal, ont perdu le caractère de spécificité qu'on leur accordait au départ puisqu'ils jouent des rôles notables dans le fonctionnement du cerveau.

Par la chimie, le cerveau s'est révélé une deuxième fois (après l'étape électrique), comme chef d'orchestre de l'organisme et le concept "psychosomatique" a acquis une riche matière.

Dans cette articulation remarquable de la neurologie classique et de la neurobiologie en pleine expansion, la C.P.S. ne peut encore décrire des mécanismes neuro-humoraux précis quant à son mécanisme; en effet, les questions posées aux neurochimistes restent nombreuses et bien des découvertes sont encore à faire.

Cependant, en confirmant le rôle essentiel de la base du cerveau dans la vie émotionnelle et comportementale des individus, la neurochimie actuelle va dans le sens de la C.F.S. qui pourrait se poser en alternative valable face aux thérapeutiques issues de la recherche neuropharmacologique.

III. NEUROPHYSIOLOGIE ET C.P.S. EN 1986

Le développement puis l'entretien des capacités perceptives du système nerveux central sont le fait d'une maturation, phénomène inné, et d'un apprentissage. Par exemple, les cellules spécialisées dans la réception et l'étude d'un stimulus lumineux spécifique n'existent que si ce stimulus a lui-même existé lors de la phase critique de leur maturation-apprentissage (essentiellement dans l'enfance). Le maintien des capacités perceptives nécessite l'existence des stimulations correspondantes. Un exemple: les lignes obliques sont statistiquement moins bien perçues par les populations industrialisées, dont l'environnement visuel favorise les lignes horizontales et verticales, que par d'autres populations.

On peut penser que les capacités d'attention, de concentration, en particulier de vision binoculaire précise ne sont pas entretenues chez les personnes atteintes de désordres psychosomatiques. La C.P.S., en palliant cette carence, peut logiquement remédier à des troubles diffus de l'organisation mésentérique. La perception d'objets en mouvement, leur vision binoculaire mobilise plus notablement les voies et centres visuels que la fixation statique.

On peut imaginer des exercices nouveaux de C.P.S., dynamiques. La mise en place de tels tests, tant pour l'appareillage que pour les sujets, reste à étudier. Pour le reste, le choix des stimuli et des exercices, leur progressivité, les modalités de leur administration tels qu'ils ont été établis par G. QUERTANT, s'accordent avec la neurophysiologie et la neuropédagogie actuelles.

Les divers types de stress se traduisent tous par une modification du milieu neuro-endocrinien. On admet actuellement (la neuropharmacologie est basée sur ces constatations) qu'une perturbation prolongée du système des neurotransmetteurs et des amines cérébrales neuro-modulatrices est au départ de troubles neurovégétatifs, psychologiques et psychosomatiques nombreux.

La C.P.S., en mobilisant les cellules, les organes, les voies et les centres de la vision, et, nous l'avons vu, de très nombreux éléments de la base du cerveau, agit vraisemblablement sur ces systèmes biochimiques.

La multiplicité des données en neurophysiologie, avec les systèmes biochimiques se superposant aux descriptions histologiques, bénéficie heureusement d'un cadre cybernétique. La cybernétique permet de comprendre les hiérarchies des niveaux de régulation, avec leurs interactions et leurs rétrocontrôles. Elle permet de sortir du dilemme "quelle est la cause - quel est l'effet" et d'éviter certaines interprétations finalistes erronées.

Les thérapeutiques médicamenteuses à visée neurologique ont des bases explicatives et expérimentales fragmentaires. Une variation du taux cérébral de telle ou telle substance est-elle la cause ou l'effet de tel trouble? S'il est possible de décrire un mécanisme d'action et de prévoir un

effet pharmaco-clinique, il existe tant de connexions, de rétroactions, d'effets annexes, que l'approche théorique ne peut en aucun cas être suffisante. L'expérimentation animale, puis clinique humaine, est indispensable pour juger de l'efficacité d'un traitement.

De fait, si l'abord scientifique des mécanismes d'une thérapeutique est une nécessité, il convient en premier lieu d'étudier l'effet de cette thérapeutique.

La base théorique explicative du mode d'action de la C.P.S. est au moins aussi solide que celle des thérapeutiques employées en pathologie fonctionnelle. L'attitude critique consiste à nier tout effet autre que ceux qu'obtiendrait la suggestion.

Outre que l'effet placebo existe dans toute modalité de traitement et qu'il en est souvent l'élément principal, on doit admettre qu'il est improbable que la répétition régulière de séances de C.P.S. soit indifférente, puisqu'elle amène des phénomènes volitifs à contrôler des phénomènes réflexes, par le moyen de la vision, activité du système nerveux central qui mobilise le plus de cellules, de voies et de centres nerveux.

Les progrès dans la connaissance de la physiologie permettront d'étayer ou de corriger les données explicatives de la C.P.S.

C'est en étudiant ses résultats chez des sujets souffrant de troubles fonctionnels et en prouvant la réalité et la positivité de ces résultats, que l'on peut promouvoir la C.P.S.

Le présent travail est un pas dans cette direction. -

CHAPITRE SIXIEME

* * *

HYPOTHESES & METHODOLOGIE

CHAPITRE VI

HYPOTHESES ET METHODOLOGIE

HYPOTHESES:

- 1°) La culture psycho-sensorielle traite efficacement les troubles psychosomatiques.
- 2°) La neurophysiologie actuelle peut éclaircir le mode d'action de la culture psycho-sensorielle.
- 3°) L'acquisition de nouvelles données neurophysiologiques peut aboutir à une modification de la technique de culture psycho-sensorielle dans le but d'en optimiser les résultats.

I. LA CULTURE PSYCHOSENSORIELLE TRAITE EFFICACEMENT LES TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES.

METHODOLOGIE

On se contentera pour infirmer ou confirmer cette hypothèse d'une mise en évidence des résultats de la C.P.S. Ces résultats seront jugés le plus objectivement possible. A cet effet, on emploiera une batterie de tests (test de personnalité, test projectif, échelle d'intelligence, échelle d'anxiété) accompagnée d'un entretien et d'un questionnaire permettant d'établir l'anamnèse du sujet. Ainsi, outre les résultats métriques, l'appréciation subjective du sujet sera prise en compte.

A) POPULATION:

Elle sera déterminée par les critères suivants:

-l'âge: à partir de 13 ans sans limitation supérieure. Les tables de conversion de l'Echelle d'Intelligence de WECHSLER pour Adultes ne sont utilisables qu'à partir de cet âge.

-les symptômes: le sujet doit présenter au moins deux symptômes d'origine nerveuse se manifestant fréquemment.

-le dépistage C.P.S.: le sujet doit présenter au dépistage un certain degré de nervosisme (hyper- ou hypo-autocinésique maximal avec diplopie à l'un des quatre tests au moins).

-le training C.P.S.: il doit être entrepris pour la première fois après la passation des différents tests et effectué régulièrement (deux fois par semaine).

Sur ces critères, 23 sujets ont été retenus dont 6 de sexe masculin. Sur cet effectif, 18 sujets dont 5 masculins ont effectué le nombre minimum de séances requis pour l'élaboration de ce travail.

B) TRAINING C.P.S.:

Les sujets devront effectuer 50 séances de C.P.S. de façon régulière, ce qui correspond à environ 6 mois de training à raison de 2 séances par semaine. Le training assidu nécessite du temps, des moyens financiers (ne serait-ce que pour le déplacement), un effort de volonté de la part du sujet pour suivre régulièrement son training.

Sur 23 sujets, 18 ont effectué le nombre de séances requis; les autres ont abandonné la C.P.S. avant d'avoir terminé.

C) LES METHODES DE CONTROLE:

Différents tests sont présentés au sujet qui réalise 2 passations de formes différentes, l'une avant le début du training et la deuxième après. La comparaison des résultats de ces deux passations permettra de mettre en évidence certains effets éventuels de la C.P.S.

1. L'entretien: il permet un premier contact avec le sujet et révèle les traits les plus marquants de sa personnalité. On note l'anamnèse (cf. annexe I), les symptômes actuels, la motivation du sujet pour suivre la C.P.S. Il est parfois difficile de distinguer les motifs personnels de consultation qui peuvent différer de ceux avancés par l'entourage. Dans certains cas, le sujet ne se plaint de rien et consulte uniquement sur le conseil d'une personne de son entourage.

L'entretien permet encore de situer la relation familiale du sujet, ses motivations professionnelles, d'apprécier le degré d'investissement dans la C.P.S. et la relation avec le thérapeute (cf. annexe I).

2. Le questionnaire: il permet de préciser les symptômes, leur fréquence, le besoin de soutien psychologique et thérapeutique (cf. annexe II).

En comparant les symptômes notés par le sujet dans le questionnaire et ceux révélés par l'entretien, on évalue leur importance et la stabilité du sujet dans le vécu de ses symptômes. Certains symptômes cochés dans la colonne "souvent" ne sont même pas signalés au cours de l'entretien. On peut en déduire que ces symptômes sont soit bien vécus, soit même ignorés du sujet ou peu remarqués par l'entourage.

3. L'Echelle d'Intelligence de WECHSLER pour Adultes (W.A.I.S.): L'intérêt de ce test se situe essentiellement à deux niveaux;

-il permet de mieux connaître le sujet en observant ses attitudes, réactions et mimiques face à des épreuves qui revêtent une importance pour lui dans la mesure où elles le situent par rapport aux autres. Pour une question à laquelle le sujet ne peut répondre, il est intéressant de noter sa réaction: évitement, rationalisation, autoaccusation, dépréciation personnelle, irritabilité, colère; ces réactions sont souvent projetées sur le testeur perçu comme responsable de l'échec.

L'information non verbale n'est pas à négliger: les gestes stéréotypés, les mimiques, les tremblements, les exclamations et soupirs, la transpiration révèlent des traits de personnalité du sujet. L'émotivité, les difficultés de concentration et de mémoire sont les indices d'un système nerveux perturbé. Par les doutes exprimés ou non, par les demandes de réassurance, on parvient à évaluer l'image qu'a le sujet de lui-même et l'importance qu'il accorde à cette image.

-la W.A.I.S., outre la détermination d'un quotient d'intelligence, permet d'apprécier le mode de fonctionnement de cette intelligence: concrète, abstraite, la manière d'associer ces deux caractères; le sens de l'observation, celui de la logique, la culture générale, la patience, la persévérance sont aussi testés.

Composition du test: la W.A.I.S., publiée aux Etats-Unis en 1939, n'est apparue en France qu'en 1970. Elle comprend onze tests. Six d'entre eux forment l'Echelle Verbale; les cinq autres constituent l'Echelle de Performance; la combinaison des onze tests donne l'Echelle Totale (cf. annexe III).

• Tests verbaux

- Information: cette épreuve met en valeur les connaissances générales du sujet.
- Compréhension: le bon sens est principalement pris en compte.
- Arithmétique: la logique et sa rapidité sont testées.
- Similitudes: ce test fait appel aux connaissances et au bon sens.
- Mémoire des chiffres: seule la mémoire est prise en compte.
- Vocabulaire: cette épreuve met en valeur les connaissances.

• Tests de performance

- Code: ce test consiste à reproduire des symboles aussi rapidement que possible.
- Complètement d'images: les facultés d'observation sont mises en évidence.

- Cubes: cette épreuve fait intervenir les facultés d'organisation spatiale.
- Arrangements d'images: ce test requiert une logique temporelle et des qualités d'observation.
- Assemblage d'objets: ce puzzle à reconstituer en un temps limité demande observation et bon sens.

Avant d'entreprendre le training C.P.S., tous les sujets sont soumis à ces tests et aucune réponse ne leur est donnée.

Lors de la deuxième passation, seuls quelques tests ne pouvant être mémorisés sont présentés à nouveau:

- Arithmétique: cette épreuve de calcul mental obtient de meilleurs résultats lorsque l'émotivité est faible et la concentration bonne.
- Mémoire des chiffres: on supposera qu'une bonne mémoire est la marque d'un bon fonctionnement cérébral.
- Code: une émotivité moindre et une concentration mieux soutenue seraient responsables de l'obtention d'une meilleure note à ce test.
- Complètement d'images: le sens de l'observation, la rapidité d'exécution sont testés au terme des 50 séances de C.P.S.
- Cubes: une émotivité plus faible, mieux contrôlée, et une meilleure organisation spatiale améliorent les résultats de ce test.
- Arrangements d'images: la concentration, l'organisation temporelle, la logique sont autant de facteurs de réussite à ce test. Plus le sujet est calme et détendu, plus, on le suppose au départ, ces tests seront améliorés.

Pour donner une idée des niveaux d'intelligence des sujets, voici un tableau de classification des niveaux d'intelligence:

Q.I.	CLASSIFICATION	POURCENTAGE INCLUS
130 et plus	très supérieur	2,2
120 à 129	supérieur	6,7
110 à 119	normal fort	16,1
90 à 109	moyen	50
80 à 89	normal faible	16,1
70 à 79	limite	6,7
69 et moins	débile	2,2

4. Le questionnaire de personnalité en 16 facteurs ou 16 PF: Ce test de CATTELL permet d'obtenir en un temps réduit une information extensive sur les traits de personnalité. Le 16 PF comprend 187 questions; elles sont en majorité liées à des intérêts dont le sujet ne perçoit pas nécessairement la relation avec le trait impliqué, mais dont on sait, par l'étude des corrélations, qu'elles le mesurent.

Sur les 16 facteurs (cf. annexe IV), 5 mesurent le taux d'anxiété. Il s'agit des facteurs O (propension à la culpabilité), Q₄ (tension ergique), Q₈ (conscience de soi), C (force du Moi), L (insécurité paranoïaque).

Les notes brutes obtenues pour chaque facteur sont transformées en notes standard selon l'activité du sujet (scolaire ou professionnelle), son âge et son sexe. Il existe onze classes de notes standard, de 0 à 10.

Nous avons rencontré une difficulté pour la transformation des notes brutes en notes standard: en effet, ce test comporte deux formes A et B; la formulation différente des questions permet de rendre la seconde passation B indépendante de la première A et du souvenir qu'a pu en conserver le sujet; or, pour l'une des deux formes, la population féminine n'est pas représentée dans l'échelle des notes standard. Nous avons utilisé dans tous les cas les tableaux de notes standard concernant la population masculine.

Il nous faut ajouter ici que les tests sous forme de questionnaires ne sont pas des instruments universellement valables. Les résultats varient selon le degré de coopération des sujets, leur niveau culturel, leur franchise ou leur réticence. Dans cette optique, nous devons motiver le sujet à être sincère par une intervention personnelle sur la portée et le sérieux de l'examen dont il sera lui-même le premier bénéficiaire. Les résultats des tests sont communiqués au sujet dans le but de l'impliquer dans les diverses épreuves dont la durée totale est d'environ quatre heures et demi.

5. L'échelle d'anxiété de CATTELL: L'entretien permet déjà d'estimer le degré d'anxiété mais de nombreuses raisons (manque de franchise de la part du sujet, différences de vocabulaire) rendent une juste estimation difficile.

L'Echelle d'Anxiété semble être l'instrument le plus efficace pour déterminer rapidement le degré d'anxiété (cf; annexe VII). Elle apporte une mesure objective en ce domaine et complète le diagnostic clinique. La note standard obtenue pour "l'Anxiété Totale" situe le sujet sur une échelle de onze classes, relativement à la population générale ou à des groupes particuliers. D'autres notes sont obtenues pour:

- la participation des structures de la personnalité à la genèse de l'anxiété;
- la distinction entre anxiété manifeste, symptomatique, et anxiété voilée.

Cinq facteurs sont déterminés par ce test. Ils sont identiques à ceux qui mesurent l'anxiété dans le 16 PF.

Ainsi, chaque test corrobore l'autre. la comparaison des résultats de ces deux tests indique si le sujet est stable dans ses attitudes, ses réactions, ses jugements et s'il se connaît bien ou non.

La grille de correction de l'Echelle d'Anxiété est construite de telle sorte que l'on peut distinguer chaque facteur et déterminer celui qui porte le plus de responsabilité dans l'anxiété.

La signification des notes obtenues à ce test est la suivante:

- une note standard entre 0 et 3 révèle une personne tranquille, flegmatique, tenace, placide, détendue, voire manquant de motivation.
- une note standard de 4 à 6 dénote une anxiété moyenne.
- de 7 à 8, la personne est considérée comme névrotiquement anxieuse.
- une note de 9 à 10 indique le besoin pour le sujet d'une aide psychothérapique ou médicale.

Ce même test, composé de 40 questions et qui ne demande que peu de temps, est présenté à nouveau au sujet après les 50 séances de training C.P.S.

Il semble préférable de laisser au sujet le soin de répondre aux questions écrites du 16 PF et de l'Echelle d'Anxiété en l'absence de l'expérimentateur, si possible au calme chez lui. Sans surveillance, dans une situation impersonnelle, le sujet ressent une moindre gêne et consent plus volontiers à être sincère et objectif que lors d'une interrogation directe.

Selon CATTELL, c'est dans une certaine mesure sur le facteur C et plus encore sur Q₃ que l'on doit s'attendre à voir se manifester d'abord les effets directs du traitement. Il précise que Q₃ et Q₄ sont des aspects de la personnalité plus fortement déterminés par le milieu que les autres. Les facteurs Q₄ et C varient le plus fortement avec les changements de situation à court terme. Les situations de stress, non seulement engendrent une forte pression des pulsions (Q₄) mais encore bouleversent et affaiblissent la force du Moi.

6. Le test de RORSCHACH: On ne peut connaître et comprendre la dynamique personnelle d'un individu sans prendre en considération l'élément inconscient. Dans cette optique, nous avons choisi de présenter au sujet, avant et après les 50 séances de C.P.S., un test projectif, le test de RORSCHACH. Ce test est le plus employé; sa correction demande, suivant le protocole utilisé, de trois à cinq heures de dépouillement.

Composition du test: le test de RORSCHACH comprend dix planches rectangulaires représentant des formes imprécises du genre de celles que l'on obtient en écrasant des taches d'encre entre les deux moitiés d'une feuille de papier.

Par suite de ce mode de réalisation, elles possèdent toutes un axe de symétrie. En réalité, n'importe quelle tache ainsi obtenue n'est pas utilisable; celles que RORSCHACH a retenues ont été soigneusement étudiées. L'examineur présente l'une après l'autre au sujet les dix planches en un temps déterminé et lui demande ce qu'il y voit. Au préalable, le sujet est prévenu qu'il peut prendre la planche dans n'importe quel sens, qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse et qu'il doit rendre la planche lorsqu'il n'a plus rien à en dire.

L'examineur note tout ce que dit le sujet de même que les mimiques, gestes, réflexions, le temps de réponse et le temps de latence avant de répondre.

Les interprétations données par le sujet sont ensuite classifiées selon:

- le mode d'appréhension;
- le déterminant;
- le contenu;
- l'originalité ou la banalité de la réponse.

Le Rorschach permet, outre une détermination relativement précise des mécanismes de l'intelligence, de définir les conflits affectifs refoulés et leur répercussion sur les différents domaines de la vie du sujet. Ce test est également présenté avant et après le training C.P.S. et met en valeur les modifications profondes qui ont pu s'opérer dans ce laps de temps.

La difficulté réside dans la correction du Rorschach qui doit être la même pour tous les sujets et pour les deux passages. Dans ce but, la subjectivité du correcteur doit être rigoureusement contrôlée.

7. Le dépistage aux appareils Quertant: Il consiste à placer le sujet devant plusieurs tests et à lui demander ce qu'il voit. La perturbation nerveuse est cotée selon son intensité (de N [normal] à 4 croix).

- Si le sujet est hyperautocinésique maximal avec diplopie et sans aucune correction, le degré de nervosisme est coté ++++ .
- Si le sujet est hyperautocinésique maximal avec diplopie et correction, le nervosisme est coté +++ .
- Si le sujet est hyperautocinésique maximal mais sans diplopie et avec correction, on note ++ .
- Si le sujet ne présente qu'une tendance hyperautocinésique, il est coté + .
- Si le sujet ne présente aucun nervosisme, c'est à dire aucune déviation des axes visuels, il sera qualifié de N (normal).

Les sujets hypoautocinésiques sont classés sur une échelle inverse correspondante où les croix sont remplacées par des signes (-) (cf. annexe VIII).

On pourra évaluer le tonus général du sujet, son fonctionnement neurovégétatif, son affectivité et ses

facultés intellectuelles selon le test et l'appareil concernés.

Le sujet ayant effectué 50 séances de C.P.S. entre les deux passations, il ne sera pas surprenant, bien au contraire, de remarquer une meilleure performance des tests C.P.S. Cependant, il faudra tenir compte du fait que la plupart des sujets choisis présentent une symptomatologie importante et n'auront pas encore terminé leur training C.P.S.. La corrélation, entre les symptômes persistants et le nombre de tests restant à réaliser, doit être prise en considération.

D) CHOIX DE L'OUTIL STATISTIQUE:

Après avoir exposé les 18 études de cas dans le chapitre VII, nous essayerons de mettre en évidence (chapitre VIII), par l'analyse des résultats obtenus aux différents tests, les effets de la méthode QUERTANT sur les troubles nerveux.

Afin de comparer le plus précisément possible l'évolution des différents facteurs (composantes de l'anxiété et de l'intelligence, symptômes) entre les deux passations de tests, une étude statistique nous a paru indispensable.

Cette étude est destinée à mettre en évidence une éventuelle différence significative dans la qualité des composantes de l'anxiété ou encore dans la cotation des performances intellectuelles, avant et après le training C.P.S..

Le choix des tests statistiques à utiliser doit tenir compte des caractéristiques propres à l'étude. Ici, 3 critères méthodologiques influencent ce choix:

*Robert F. Fisher
STUDENT*
- l'appariement des résultats: le paramètre est mesuré 2 fois chez le même sujet, avant et après "l'expérience";

W. G. Cochran
- la faiblesse des effectifs considérés: lorsque la taille d'un échantillon est inférieure à 30 (ici 18), on peut, en effet, émettre des doutes sur la normalité de la distribution du paramètre à l'intérieur de cet échantillon.

- la dualité de l'évaluation des critères étudiés:

* quantitative lorsqu'on s'intéresse, par exemple, aux différentes composantes du QI.;

* qualitative en ce qui concerne l'évolution des symptômes entre les deux passations.

Dans le premier cas, 2 tests nous ont paru correspondre assez justement aux buts recherchés:

-le test "t" de STUDENT et FISHER qui permet la comparaison de 2 moyennes observées dans le cas de petits échantillons;

-le test "T" de WILCOXON qui est un test non-paramétrique, adapté aux échantillons appariés.

Dans le deuxième cas, c'est à dire pour la comparaison qualitative des symptômes entre les 2 passations, nous n'avons pas trouvé de test statistique correspondant au but recherché. Aussi, nous nous contenterons de commenter le tableau récapitulatif et de mettre en évidence un certain nombre de modifications intervenues entre les 2 passations.

II. LA NEUROPHYSIOLOGIE ACTUELLE PEUT ECLAIRCIR LE MODE D'ACTION DE LA CULTURE PSYCHOSENSORIELLE.

1.) LA NEUROPHYSIOLOGIE ACTUELLE

A. SES BUTS

Le but de la neurophysiologie est la compréhension du fonctionnement du système nerveux.

Le fonctionnement du système nerveux central de l'homme, dans ses modalités normales, est remarquablement complexe. L'étude de sa pathologie, fonctionnelle et lésionnelle, est très utile à cette compréhension. L'étude, outre la pathologie et parfois superposées sur elle, des potentialités du cerveau, exprimées de façon inhabituelle par des génies ou des prodiges, complète logiquement la gamme des intérêts du neurophysiologue.

La neurophysiologie tente aussi, à mesure qu'elle progresse dans sa compréhension du fonctionnement du système nerveux de l'homme, de relier ses découvertes aux acquis d'autres disciplines: la psychologie, la psychiatrie, l'étude des comportements, la sociologie, l'intelligence artificielle, entre autres.

La neurophysiologie a également un impact sur la santé publique, de par ses retombées diagnostiques et thérapeutiques. Le démontage et la compréhension des mécanismes permettent un diagnostic précis des troubles et peuvent être au départ de la mise au point de traitements étiologiques. Meilleure sera la compréhension et plus grande sera la probabilité que ces traitements soient les plus efficaces. Or, il est vraisemblable que la plus grande efficacité d'un traitement assure, tout compte fait, son moindre coût.

En dernier lieu, il ne fait pas de doute que la neurophysiologie débouche sur l'étude, l'explication et éventuellement l'amélioration de certaines des capacités les plus caractéristiques de l'homme: intelligence, créativité, sens artistique. L'enseignement, notamment, pourrait en bénéficier.

B. SES MOYENS

1. Les moyens techniques: Nous avons cité les principales techniques dont dispose la neurophysiologie moderne (chapitre 5, page 102). Elle travaille surtout sur:

-des observations: observation macroscopique des actions, des réactions, du comportement des sujets; observation d'images: c'est le domaine de l'imagerie médicale; observation invasive: chirurgie, biopsie,

vérification anatomique.

-des enregistrements de l'activité cérébrale (thermique, électrique, métabolique, motrice), directement ou indirectement. Les techniques non invasives utilisent des capteurs ne pénétrant pas dans l'organisme: encéphalogramme, nystagmogramme, pléthysmogramme et micropléthysmogramme, cardiogramme. Les capteurs peuvent être invasifs: intra-musculaires, intra-cérébraux. L'étude de l'activité d'autres systèmes que le système nerveux peut intéresser la neurophysiologie en tant que reflet du fonctionnement cérébral.

-des dosages urinaires, in vitro, sur cellules de culture, sanguins, intra-tissulaires.

C'est surtout la conjonction des techniques, leur complémentarité, qui permettent de progresser.

2. Les moyens humains: La communauté scientifique est nombreuse, qualifiée, et soumise à l'émulation de la rivalité. Ses moyens de communication, et donc de coopération, sont grands.

La neurophysiologie est une discipline fondamentale dont la recherche connaît déjà des applications. C'est pourquoi on pourrait distinguer les chercheurs travaillant plus particulièrement pour les universités ou les organismes publics, les chercheurs indépendants (les moins nombreux), et ceux employés par des firmes de produits pharmaceutiques.

Les moyens humains sont difficilement dissociables des moyens financiers.

3. Les moyens financiers: Ils sont importants dans la mesure où l'intérêt des questions étudiées l'est aussi et où le prestige d'une équipe de recherche ou même d'un état sont en jeu.

Les investissements dans la recherche que consentent les laboratoires pharmaceutiques sont lourds; la commercialisation des psychotropes rapporte de fortes sommes d'argent.

La culture psycho-sensorielle, quant à elle, en dehors de la fabrication des appareils et des honoraires des moniteurs, n'a pas d'aspect commercial. Il revient à ses moniteurs praticiens, aux bénéficiaires de la C.P.S. et à toutes personnes intéressées de promouvoir une recherche neurophysiologique spécifique.

Actuellement, en dehors de la présente étude menée par un psychologue, l'actualisation de la C.P.S. ne se fait que sur la base de données recueillies çà et là, hors toute recherche spécifique.

C. SES METHODES

Les méthodes de la neurophysiologie (élargie à la neurobiochimie et à la physiopathologie) doivent rester celles de la médecine expérimentale.

Une remise en question existe actuellement sous la poussée de ce que certains appellent "les alternatives thérapeutiques", qui tendent à introduire des modes de pensée inhabituels.

C'est l'occasion de faire la part des choses et d'imposer plus de rigueur encore à l'expérimentation et à l'évaluation des coûts et des résultats des soins.

L'influence des milieux scientifiques nord-américains est bonne en ce domaine et incite à fournir l'effort de raison requis; l'évaluation d'une neuropédagogie telle que la C.P.S. est ardue mais nécessaire.

2°) LA NEUROPHYSIOLOGIE ACTUELLE ECLAIRE EN PARTIE LE MODE D'ACTION DE LA CULTURE PSYCHO-SENSORIELLE

A. PHYSIOLOGIE

La relation entre régulation de la sensori-motricité visuelle et régulation du complexe psychosomatique, la première entraînant la seconde, est le fondement de la C.P.S.

S'il est aisé d'admettre la relation inverse, à savoir l'influence néfaste d'un désordre psychosomatique global sur la finesse de l'oculomotricité, il faut en revanche accepter, pour comprendre la C.P.S., de considérer que le rétablissement de l'ordre s'étend de la partie au tout.

Il faut admettre que, dans l'amas des origines et des manifestations des désordres psychosomatiques, il existe un maillon unique sur lequel agit la C.P.S.

Cet élément fondamental unique, cette capacité d'action de la partie sur le tout, se situent peut-être aux niveaux du carrefour méso-diencephalique et de la neuromédiation.

Certes, il est connu depuis longtemps qu'une action (visuelle) volontaire peut agir sur ce carrefour et devenir réflexe. Mais c'est la mise en évidence de la neurotransmission et de ses effets régulateurs qui a établi un lien entre motricité, fonctions végétatives et viscérales, et psychisme.

B. COMPORTEMENT

La neurophysiologie contemporaine étudie toutes les réactions du système nerveux à des stimulations sensorielles. Les gestes et mimiques sont étudiés. Depuis peu, le regard est l'objet d'études particulières, principalement dans le but d'apprécier les différences de fonctionnement des deux hémisphères cérébraux. Ces études se poursuivent, mais l'idée qui les inspire semble juste: on peut mettre en parallèle le type de regard et le mode de

fonctionnement cérébral (et pas seulement l'orientation du regard et l'attitude mentale).

On connaît le regard particulier des anxieux et surtout des mélancoliques, qui n'est pas uniquement dû aux plis de leur front. L'apathique tourne la tête et non les yeux, alors que l'excité a les yeux rapidement mouvants. Certains corps chimiques provoquent à la fois flou visuel et troubles digestifs; les psychotropes opiacés entraînent un myosis. Le sujet qui perd conscience tourne de l'œil; pour dormir, l'obscurité est préférable et les yeux sont fermés; le sujet qui dort a les yeux révilés. Le sommeil paradoxal est caractérisé par des mouvements oculaires rapides.

Le travail intellectuel paraît s'accompagner de modifications des axes visuels: le sujet qui cherche à répondre à une question passe par une phase de crispation; il a tendance à fixer son regard sur un objet proche (convergence). Dès qu'il a trouvé la réponse, une phase de détente survient en même temps que le sujet regarde au loin (divergence).

Ces éléments qui restent à étudier sérieusement, ne sont que des indications mais concourent à faire de la vision, un moyen d'accès privilégié aux fonctions cérébrales.

C. NEUROMEDIATION

La neurophysiologie a confirmé le rôle du diencephale dans la régulation psychosomatique. Elle a précisé un mode d'interaction soma-psyché en découvrant la neuromédiation, domaine remarquable où la biochimie relie le psychique et le somatique.

La notion de régulation des arcs réflexes ou des systèmes neuronaux, selon G. QUERTANT, bénéficie, avec la découverte des neuromédiateurs et neuromodulateurs, d'un éclairage nouveau. En effet, lorsque le neurophysiologue mit au point sa méthode, les neuromédiateurs étaient encore inconnus. La transmission nerveuse se faisait par "pulsations" et on parlait de "rythme cellulaire", de "longueurs d'onde de l'influx nerveux" et de "chronaxies". Le névraxe fonctionnait par arcs réflexes. Cette conception spécifique et sélective ne trouve plus sa place dans la neurophysiologie actuelle dans laquelle les neuromédiateurs remplissent une fonction primordiale dans la mesure où ils permettent une expansion considérable de l'information cellulaire.

A partir de là, la spécificité éducative de tel ou tel appareil stéréoscopique, normalisant tel ou tel centre nerveux peut paraître douteuse absurde. Pourtant, l'observation empirique permet de constater cette spécificité, en constatant la normalisation de tel test en même temps que la disparition des troubles correspondants.

Les troubles moteurs fonctionnels d'origine neurologique centrale (maladie de Parkinson, tremblements divers) sont reliés à un déséquilibre des neuromédiateurs cérébraux dont on connaît les effets, sur la thymie en particulier.

La C.P.S. prétend rééduquer et supprimer des troubles moteurs fonctionnels par l'exercice visuel et rétablir par là même, l'équilibre diencephalique (ce que G.QUERTANT nomme la régulation du débit d'énergie nerveuse).

Au total, la C.P.S. postule que les afférences et efférences qui entrent en jeu dans les troubles fonctionnels psychosomatiques empruntent, au niveau mésencéphalique, un même ensemble de circuits cellulaires et de molécules chimiques. Cet ensemble, dans certaines conditions pathogènes, est susceptible de présenter un trouble fonctionnel. La rééducation de cet ensemble peut remédier à ces désordres. Cette rééducation est possible par la normalisation de la vision binoculaire et simultanée. Ces affirmations ne sont pas contredites par la neurophysiologie actuelle.

3°) LA NEUROPHYSIOLOGIE ACTUELLE N'ECLAIRE QU'EN PARTIE LE MODE D'ACTION DE LA C.P.S.

Il reste, en effet, beaucoup à apprendre et à comprendre sur la C.P.S. :

A. Il conviendrait d'administrer la preuve expérimentale de l'activité de la C.P.S. en tant que neuropédagogie. On peut imaginer des expériences visualisant le fonctionnement cérébral pendant les séances de training C.P.S., en démontrant l'amélioration des mécanismes régulateurs de la base du cerveau. On peut espérer que des dosages et des enregistrements démonstratifs étayeront, un jour, nos théories.

B. Il conviendrait ensuite d'affiner ce résultat. Expérimentalement en effet, G.QUERTANT fait correspondre aux diverses stimulations visuelles, différents niveaux d'action.

A l'appareil de 120 cm, le tonus général est pris en compte; la surdivergence correspond à un défaut de tonus et la surconvergence, à un excès.

A l'appareil de 60 cm, les fonctions neurovégétatives sont prises en compte. La surconvergence correspondrait à une prédominance parasympathique, la surdivergence, à une prédominance orthosympathique, ce que nous n'avons pas retrouvé dans nos 18 études de cas.

A l'appareil de 30 cm, les stimuli colorés toucheraient l'affectivité. Surconvergence comme surdivergence, à ce niveau, signeraient une hyperémotivité. La surdivergence correspond le plus souvent à une tendance dépressive, une aboulie. La surconvergence correspond à une hétéro-agressivité ou à une auto-agressivité. Dans les deux cas, il y a hyperaffectivité.

A ce même appareil, les stimuli sous forme de lettres toucheraient l'intellect. Le sujet surconvergent ou surdivergent présente sur ce plan les mêmes troubles: difficultés de concentration, pertes de mémoires, obsessions, phobies et parfois des perturbations au niveau du sommeil.

A tous les appareils, la possibilité de correction spontanée du trouble visuel signe l'intermittence des symptômes; l'alternance divergence/convergence signe une instabilité quant à l'expression des symptômes.

Les bienfaits de la C.P.S. sont généralement ressentis, d'abord au niveau du tonus musculaire, puis de la vie neurovégétative, et enfin, sur le plan psychique.

Tout cela est le fruit d'observations expérimentales qui méritent d'être reprises et approfondies. Il est remarquable que, par exemple, on observe des sujets en surconvergence à 120 cm et à 30 cm, et qui sont en surdivergence à 60 cm.

G. QUERTANT a su, sans pouvoir démontrer scientifiquement les faits, mettre en évidence certaines fonctions du système nerveux. La progression dans l'utilisation des stimuli, afin d'éviter les phénomènes d'inhibition, en est un exemple. La progression au niveau des appareils, permettant au sujet surconvergent, par exemple, d'effectuer des tests l'obligeant à diverger graduellement confirme ce fait.

Le neuropédagogue a évalué le nombre hebdomadaire (2) et la durée (30 minutes) des séances nécessaires, certifiant que si ces normes étaient dépassées, le système nerveux s'épuisait inutilement; de même, en diminuant soit la durée, soit le nombre des séances, la rééducation s'avérerait inefficace. Il est étonnant de constater que la plupart des méthodes neuropédagogiques proposent une éducation respectant la même durée et la même fréquence des séances.

G. QUERTANT a également insisté sur l'importance de la régularité des 2 premiers mois de training C.P.S.. Cette période neuropédagogique constitue un acquis que le sujet possèdera, même s'il venait à interrompre la thérapie pendant plusieurs semaines.

C. En dernier lieu, il conviendrait de déterminer, dans la disparition d'un trouble psychosomatique, la part qui revient à la C.P.S. et celle qui relève de la psychothérapie "incidente", "de fait".

Tout traitement bénéficie d'une chance de succès complémentaire dans la mesure où thérapeutique ou/et thérapeute inspirent confiance au sujet, et où celui-ci s'investit dans la relation. Inévitablement, ceci est encore plus vrai lorsque le trouble initial est, par définition et à priori, psychosomatique.

Toutefois, C.P.S. et psychothérapie involontaire éventuelle sont vraisemblablement complémentaires et il serait injustifié, en niant la réalité de l'un, de détruire l'autre du même coup.

III. L'ACQUISITION DE NOUVELLES DONNEES NEUROPHYSIOLOGIQUES PEUT ABOUTIR A UNE MODIFICATION DE LA TECHNIQUE DE CULTURE PSYCHO-SENSORIALE DANS LE BUT D'EN OPTIMISER LES RESULTATS.

On ne peut actuellement proposer raisonnablement des changements importants dans les modalités de la culture psycho-sensorielle telles qu'elles ont été établies par Georges QUERTANT.

La forme carrée des plages de stimulation visuelle serait plus efficace que la forme ronde. Des barres horizontales auraient plus d'effet que des stimuli verticaux ou obliques. Des stimuli intermittents, des stimuli en mouvement et non plus fixes seraient plus actifs.

L'apprentissage de réflexes est conditionné par certains éléments: il est facilité chez des sujets reposés, motivés, non intoxiqués. On ne peut exclure le fait qu'une mise en condition physique, psychique, voire pharmacologique puisse être utile pour l'optimisation des résultats de la C.P.S.

D'un point de vue pratique, l'amélioration technique de l'appareillage paraît envisageable.

On peut tout-à-fait imaginer un appareil unique capable de:

- déterminer les distances de travail (qui pourraient prendre toutes les valeurs de 0 à 1,20 m par exemple);
- définir les axes visuels utilisés;
- définir les images (leur nature, leur forme, leur couleur, leur éclaircissement ou leur luminosité propre, leur intermittence éventuelle);
- réaliser des tests cinétiques.

On peut aussi imaginer de coupler à un tel appareil un dispositif (existant déjà par ailleurs) d'observation et d'enregistrement des axes visuels et des mouvements oculaires du sujet. Cela autoriserait également une approche expérimentale qui pourrait déboucher sur la meilleure stratégie de progression des exercices.

Avec les découvertes quotidiennes de la neurophysiologie, la technique C.P.S. devrait être rendue la plus efficace possible afin d'obtenir les meilleurs résultats et dans les délais les plus brefs.

Nous laisserons aux neurophysiologues, ce travail de recherche considérable, certes, mais n'oublions pas que la C.P.S. permet la jugulation des troubles nerveux sans aucune prise médicamenteuse, et, qui plus est, de façon durable.

CHAPITRE SEPTIEME

* * *

ETUDES DE CAS

ETUDE DE CAS n°1

Mademoiselle L.

-Présentation générale du sujet:

Mademoiselle L., 23 ans, est une jolie femme, grande, mince, ouverte et chaleureuse. Elle consulte sur les conseils de son médecin pour une spasmophilie qui dure depuis trois ans. Les crises sont fréquentes (une par semaine en moyenne) et deux traitements entrepris auparavant n'y ont pas remédié. Toutefois, depuis le début d'un traitement par l'acupuncture il y a cinq mois, les crises sont plus rares (une par quinzaine) et le sujet a pu reprendre son activité professionnelle qu'il avait interrompue depuis un an.

La spasmophilie ne résume pas les troubles, loin s'en faut: Mlle L. ne peut rester seule un instant; si elle n'est pas accompagnée de sa mère ou de son fiancé, une angoisse de la mort la saisit et la situation devient intolérable. Bien entendu, elle est venue avec sa mère qui assiste à l'entretien.

Le comportement du sujet au cours de la passation des tests est plutôt inhibé: des réponses brèves sont données; la mimique est pauvre, les remarques et les demandes de réassurance rares. Pourtant, l'entretien révèle une personne qui parle volontiers de ses symptômes.

-Personnalité du sujet:

Le quotient intellectuel est affaibli par les notes obtenues aux épreuves de performance; l'émotion peut y empêcher le sujet de se concentrer suffisamment pour maîtriser l'épreuve dans le temps imparti. Dans l'échelle verbale, qui teste les connaissances du sujet, l'épreuve arithmétique est la seule à être limitée en temps: le sujet y a obtenu sa moins bonne note.

La différence entre la note globale des épreuves verbales et celle des épreuves de performance est de 20 points. De plus, au facteur B du test 16 PF qui mesure le niveau intellectuel, le sujet a obtenu 8 points sur 11. Ceci peut s'expliquer par les conditions de passation du test: le sujet est au calme, sans observateur et sans limitation de temps.

L'intelligence est synthétique mais primaire du fait des mécanismes de défense qui empêchent le sujet d'approfondir sa pensée. Le sujet reste collé au concret pour éviter tout contact avec ses conflits intérieurs. On note une crispation mentale probablement en rapport avec des tensions affectives.

Les qualités d'observation sont peu développées. L'humeur dépressive est liée à une forte anxiété qui pourrait être à l'origine d'une inhibition de l'intellect.

La pensée est rigide; le sujet emploie des mécanismes formels dans l'appréhension de la réalité au détriment des affects. Cependant le rapport entre fonction consciente rationnelle et affectivité est bon. Il y a une tendance à trop se conformer à la pensée du groupe d'où imitation plus que création. Les capacités d'adaptation sont bonnes.

Nous sommes en présence d'un sujet extraverti, ouvert, chaleureux et coopérant. Cet aspect de la personnalité est évident et se retrouve à plusieurs niveaux. Le sujet est modeste, doux, accommodant, peu agressif. L'apparence insouciant et enthousiaste cache une nature

sérieuse. Sans être moralisateur, le sujet est consciencieux. Audacieux, spontané, sociable, il est cependant parfois soupçonneux et difficilement dupe. Il est réaliste et a tendance à rationaliser ses affects. La sincérité confine parfois à la naïveté.

L'anxiété, présente mais non excessive, semble être projetée sur des situations externes. Les symptômes manifestes sont plus importants que l'anxiété voilée. L'anxiété est donc somatisée, notamment sous forme de crises de spasmophilie. Cependant, vue l'ampleur des perturbations qu'entraîne l'angoisse dans la vie du sujet, on peut présumer que celui-ci contrôle ses réponses aux tests. L'adaptation sociale est bonne; l'affectivité du sujet entre dans les normes du groupe.

Mlle L. est formaliste, soucieuse de son image; elle aime contrôler situations et sentiments. Cette préférence accordée à la raison au détriment des affects correspond à une défense envers les conflits refoulés. Lorsque le sujet ne peut plus ni raisonner ni contrôler son angoisse, la crise paroxystique survient. Accompagné, le sujet est capable de se contrôler et les crises sont rares.

Ainsi, lors de la passation des tests, la présence de la mère maintient l'angoisse à l'état latent. Le degré d'anxiété du sujet isolé aurait été plus important.

Les causes de l'angoisse semblent tenir à la vie affective du sujet.

-Vie affective et relationnelle:

La problématique paraît centrée sur la relation du sujet avec sa mère. L'image de la mère évoque une agressivité mal contrôlée et une angoisse. Cette angoisse persiste malgré une tentative de rationalisation; des demandes de réassurance sont faites auprès du testeur pour lutter contre l'angoisse.

Il y a comme une fusion du sujet et de sa mère. L'évocation de l'image maternelle s'accompagne systématiquement d'instabilité affective et de régression. Ces éléments, une crainte du morcellement, permettent de situer l'origine des troubles dans la prime enfance du sujet.

La perception de l'image paternelle suscite des affects anxieux et un sentiment d'insécurité, comme si le père n'avait pas joué son rôle de parent protecteur. De fait, Mlle L. parle de son père comme d'un être froid et distant qui se retranche derrière une maladie coronarienne.

La mère est qualifiée de possessive. Il semble que la mère se soit déchargée de ses responsabilités sur le sujet, lui demandant de se substituer à elle. En effet, le couple parental désuni s'est déchargé de ses problèmes propres et d'une partie de l'éducation des enfants plus jeunes sur Mlle L.

Au total, l'angoisse semble en grande partie devoir être rapportée à l'insécurité affective de l'enfance. La peur panique qu'entraîne l'absence des êtres aimés explique l'angoisse de revivre cette insécurité affective.

Mlle L. vit en concubinage depuis trois années avec un jeune homme de son âge qui achève son service militaire. La relation semble sérieuse. Le concubin est la première personne apte à remplacer la mère. La séparation d'avec la mère a permis à l'angoisse de se manifester et on remarque que la spasmophilie remonte aux débuts de la liaison. Il est possible qu'un sentiment de culpabilité lié à la séparation d'avec la mère soit à l'origine des crises.

La sexualité évoque pour le sujet agressivité et pulsion de mort; la planche VI du Rorschach est perçue désagréablement.

Actuellement, après un an d'interruption du fait de ses troubles, Mlle L. a repris son poste de fonctionnaire depuis 5 mois. Bien que son travail de bureau soit peu enrichissant, elle le vit comme une "évasion". La recherche du contact avec autrui, manifestée dans le Rorschach, est ici en partie comblée. L'entente avec les collègues de bureau est excellente; le sujet est assuré de ne pas penser à ses difficultés pendant 8 heures. Un métier plus enrichissant est souhaité dans l'avenir.

Face à ses troubles, le sujet manifeste le courage de les endurer et la volonté de les surmonter. Depuis la survenue d'une crise de spasmophilie alors qu'elle conduisait une voiture, Mlle L. ne conduit plus; elle se fait donc chaque jour accompagner à son travail malgré le sentiment pénible qu'elle a de dépendre excessivement d'autrui.

-Les symptômes:

L'angoisse est la toile de fond des symptômes. Depuis 3 ans, une fois par semaine en moyenne, survient une crise de spasmophilie avec sensation d'étouffement, tremblements, convulsions, pleurs, palpitations. Le reste de la symptomatologie comprend une liste de troubles neurovégétatifs tels que boulimie, anorexie, diarrhée alternativement et épisodiquement et une liste de troubles psychiques quasi-constants: hyperémotivité, anxiété, irritabilité, obsessions, phobies.

Des antécédents familiaux sont rapportés: une grand mère dépressive, un père irritable, un frère bègue témoignent de l'existence d'un nervosisme familial. Il existe, répartis dans différents tests, des indices d'une tendance dépressive chez Mlle L. On est donc probablement en présence d'un sujet souffrant d'attaques de panique, entité pathologique récemment décrite, voisine de la dépression, réagissant mal aux anxiolytiques mais favorablement aux antidépresseurs.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Plusieurs traitements ont été entrepris: des cures homéopathiques semblent inopérantes; la magnésothérapie paraît utile, mais passagèrement; quelques séances d'acupuncture ont été suivies d'un espacement des crises et ont facilité la reprise du travail. A l'heure où le sujet entreprend le training C.P.S., ces différents traitements sont poursuivis.

Il apparaît que Mlle L. investit autant dans le traitement que dans le thérapeute. Le vif besoin qu'elle éprouve de combattre son insécurité affective, son besoin de contacts, de conseils, de soutien, sont garants de sa participation active au training.

-Les causes probables des symptômes:

Les symptômes, essentiellement d'origine psychique, laissent penser que leur cause est profondément inscrite dans la personnalité du sujet. La majeure partie de l'angoisse semble provenir d'une insécurité affective d'origine parentale: le père, mal structuré, est presque absent de la vie relationnelle de sa fille; la mère quant à elle

attribue trop de responsabilités à sa fille qui se culpabilise de ne pouvoir assumer ce fardeau. Sa mère évoque chez le sujet une agressivité mal contenue. L'étude de la dynamique familiale éclairerait sans doute cet état de fait.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

L'examen C.P.S. confirme l'importance du nervosisme. Aux 4 tests, en effet, le sujet obtient la cotation maximale (++++). Le nervosisme est d'intensité égale au niveau de la vie sensorimotrice, de la vie neuro-végétative et de la vie psychique mais est moins bien supporté à ce dernier niveau. L'hypothèse selon laquelle les troubles, quelle que soit la forme de leur manifestation, ont pour point de départ un dérèglement des centres nerveux responsables de l'affectivité peut désormais être émise. En effet, ce sont les symptômes liés à une perturbation affective qui se manifestent le plus souvent, les autres se déclenchant par voie réflexe.

* * * * *

CAS n°1

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Au cours de cette deuxième passation et par rapport à la première 6 mois plus tôt, Mlle L. extériorise beaucoup plus ses émotions. Elle apparaît maintenant comme très soucieuse de ses résultats, extravertie, et commente volontiers les différents tests.

Cette fois-ci, la mère est absente; Mlle L. est accompagnée par son fiancé. Le sujet est plus expansif, mieux à son aise. L'émotivité est plus extériorisée. Mlle L. parle volontiers de ses troubles et n'a pas manqué, au cours des derniers mois, d'informer l'expérimentateur de la moindre amélioration ou modification de ses symptômes. Cette deuxième passation, qui doit confirmer ou non les progrès, semble capitale pour elle; pour les prendre réellement en considération, elle a besoin d'objectiver les améliorations ressenties.

-Personnalité du sujet:

Depuis la première passation, l'intelligence a subi des modifications. Certaines capacités sont notablement améliorées: la rapidité d'exécution des tests est plus grande ce qui dénote une meilleure concentration. La logique paraît plus développée et est en tous cas plus vive.

Par moment cependant la concentration reste faible et le sujet éprouve de la difficulté à donner forme à ses idées; dans l'épreuve vocabulaire de la W.A.I.S. il a du mal à donner sa définition des mots. Les trous de mémoire sont assez fréquents.

La pensée est plus continue et fluide. Les facultés d'observation sont plus grandes. Les mécanismes de l'intelligence ont changé: le sujet semble approcher la réalité de façon plus synthétique. L'intelligence

est moins exclusivement tournée vers le concret, au bénéfice de sa composante abstraite. L'attention est plus soutenue, la pensée est plus précise, le réel est correctement appréhendé et non plus anxieusement contrôlé. L'intelligence créatrice, la productivité personnelle se sont considérablement développées, presque trop; l'imagination, très réduite au départ, semble être devenue le moyen d'échapper aux tensions affectives engendrées par le refoulement des conflits; elle est cependant un facteur d'équilibre puisque la réalité est mieux appréhendée.

La structure de la personnalité s'est modifiée: Mlle L. est plus coopérante, plus stable, même sur le plan émotionnel. Elle aborde la réalité avec plus d'aisance; son enthousiasme et son insouciance se sont accentués et marquent une note maximale au 16 PF.

Mlle L. est plus sensible, plus accessible aux sentiments d'autrui. Elle exprime mieux ses propres émotions. L'immaturité affective est moindre et le sujet est un peu plus méfiant. La jeune fille naïve cède le pas à quelqu'un de policé et socialement averti.

L'anxiété est légèrement plus faible. la pression des pulsions est moins forte et le sentiment de culpabilité a diminué. La confiance du sujet en lui-même est accrue.

-Vie affective et relationnelle:-

L'image du père qui avait provoqué un choc à la première passation du Rorschach est à présent mieux intégrée. La compréhension, et donc l'acceptation de l'image paternelle est meilleure. L'image de la mère a également évolué: de l'indissociabilité mère-fille on est passé à la prise de conscience et à l'expression ouverte d'un conflit entre les deux. Le sujet se détache de cette relation symbiotique et se distancie de certains affects. Face à l'image maternelle, le sujet manifeste un besoin de soutien de l'entourage. L'agressivité est mieux contenue.

L'affectivité évolue favorablement: le sujet évoque un avenir plein de promesses et prend conscience de la nécessité qu'il y a pour lui de surmonter les facteurs de régression, essentiellement liés à la mère.

Les rapports avec l'entourage sont équilibrés; fonction consciente et affects sont en harmonie. La vie fantasmatique est plus épanouie. Les pulsions affectives sont stabilisées par la productivité personnelle et il y a à présent concordance des désirs et des réalisations du sujet.

Cependant, la meilleure extériorisation des affects, l'expression plus aisée des tensions et contrariétés révèlent une certaine irritabilité, une impulsivité et de l'égoïsme. La vie sexuelle est restée identique, à savoir équilibrée et adaptée.

L'angoisse du morcellement qui existait au départ est à présent surmontée grâce à la meilleure compréhension de son origine.

Dans son entourage familial comme dans son milieu professionnel, Mlle L. est moins naïve, plus autonome et individualisée. Le développement de sa créativité propre l'amène à se conformer moins à la pensée du groupe. On peut penser que cet individualisme nouveau, qui va jusqu'à l'égoïsme, que l'agressivité extériorisée, surtout envers la mère, seront transitoires. L'activité professionnelle, reprise maintenant depuis un an, demeure un facteur d'équilibre.

-Les symptômes:

Ils se sont beaucoup atténués, certains ont disparu. En ce qui concerne les crises de spasmophilie, depuis le début de la méthode QUERTANT, le sujet n'en a eu qu'une seule, un mois après le début du training visuel. Ce fait dénote une amélioration nette puisque le sujet avait en moyenne une crise par semaine.

Tous les symptômes neurovégétatifs ont disparu (vertiges, boulimie, troubles digestifs, diarrhée) sauf les palpitations cardiaques qui, quasi-permanentes il y a 6 mois, se manifestent rarement aujourd'hui.

Certains troubles psychiques sont restés inchangés; la tendance dépressive, l'émotivité, la claustrophobie, les difficultés de concentration, les pertes de mémoire, qui, selon G. QUERTANT, s'estompent à la fin du training, sont encore présents. Mlle L., il faut le préciser, n'a pas encore terminé le training C.P.S. Il faudra compter encore 3 mois.

D'autres troubles psychiques qui se manifestaient souvent, ne sont présents que rarement aujourd'hui; il s'agit de l'angoisse, de l'irritabilité et des obsessions.

Pour résumer l'évolution des symptômes, 7 n'ont pas été améliorés (migraines, dépression, difficulté de concentration, troubles de mémoire, émotivité, claustrophobie, insomnies), 4 ont été améliorés (tachycardie, angoisse, irritabilité, obsession) et 5 ont disparu (vertiges, boulimie, anorexie, troubles digestifs, diarrhée).

-Le sujet et ses réactions face aux symptômes:

Deux mois après le début du training C.P.S., Mlle L. n'a plus éprouvé le besoin de voir son acupuncteur aussi souvent; au lieu d'une visite tous les 15 jours, elle prend une consultation tous les 2 mois environ.

Le sujet a autant confiance dans le training visuel maintenant qu'au début. Son investissement est important. Cependant, Mlle L. n'accepte plus les conseils de son thérapeute comme il y a 6 mois. Ce fait dénote le besoin d'indépendance et une certaine lucidité envers ses propres problèmes qu'elle souhaite résoudre elle-même. Il témoigne également d'une insécurité affective qui va en se modérant.

Face à ses troubles, le sujet est encore plus désireux qu'auparavant d'être guéri: un état de bien-être ressenti par instant fait qu'il recherche cet état en permanence. Aussi, une certaine impatience avec des périodes de découragements lorsqu'elle est dans une période dépressive, font que Mlle L. appréhende de retourner vers son état antérieur.

L'entourage familial et amical a certainement remarqué une nette amélioration des symptômes chez le sujet puisque 4 d'entre eux suivent actuellement le training visuel (son frère, son fiancé et 2 voisines).

-les causes probables des symptômes:

La relation mère-fille a incontestablement été modifiée au cours des derniers mois. La question est posée de savoir si la C.P.S. a joué un rôle dans cette évolution. La relation symbiotique du départ s'est transformée en une relation teintée de rivalité où l'agressivité

s'exprime directement. Le résultat est une confiance accrue du sujet en lui-même, une prise en charge du sujet par lui-même, la diminution de fréquence et d'intensité de l'anxiété, une acceptation des rôles et des relations parentales, une capacité à envisager et à résoudre les problèmes et surtout une ouverture sur l'avenir.

Cette transformation de la dynamique familiale entraîne chez le sujet le désir de fonder son propre foyer. La présence maternelle, naguère indispensable, est aujourd'hui facultative. Mlle L. envisage de se marier prochainement. Le désir, récent, d'avoir un enfant confirme le détachement d'avec la mère.

La phobie de la conduite automobile se résorbe progressivement; Mlle L. conduit parfois seule à nouveau.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Au terme de 50 séances de training visuel, les tests Quertant sont considérablement améliorés. Le sujet était hyperautocinésique maximal (+++++) aux 4 tests. Il ne persiste à ce jour qu'une tendance à l'hyperautocinésie (+). Lorsque cette tendance sera résorbée, dans trois mois environ, on peut escompter que l'ensemble de la symptomatologie nerveuse se sera amendée. Les symptômes qui persistent actuellement ont une origine essentiellement psychique et la perfection des tests au dernier appareil devrait entraîner leur disparition.

Les résultats obtenus sont en accord avec ceux escomptés. Le training est plus long que pour la moyenne des sujets car proportionnel à l'intensité des troubles.

L'émotivité, toujours aussi importante, comporte vraisemblablement une composante héréditaire et ne s'estompera sans doute pas complètement. Mieux acceptée et contrôlée par le sujet, elle est partie intégrante de sa personnalité.

Sur 55 séances, Mlle L. n'en a manqué que 5 pour des raisons indépendantes de sa volonté. Ainsi, l'assiduité et la régularité du sujet face au training visuel confirme d'une part l'aspect dynamique, le désir de "s'en sortir", de guérir, entrevue dans l'étude de cas à l'arrivée du sujet, d'autre part, le degré important d'investissement du sujet dans la thérapie. C'est à ce niveau qu'il convient de poser la question suivante: peut-on mettre sur le compte unique de la C.P.S. l'amélioration notable du sujet ou bien y-a-t-il une prise en charge psychologique indissociable du reste qui intervient également.

La méthode QUERTANT semble avoir fait ses preuves dans ce cas même si un soutien psychologique a favorisé la rapidité des résultats. En effet, le sujet avait déjà suivi deux traitements qui n'ont pas résolu les troubles nerveux dont il souffrait malgré le soutien psychologique apporté par les thérapeutes.

Il semble presque impossible de dissocier les effets de la C.P.S. du soutien psychologique apporté par la relation thérapeutique. Cependant, les résultats sont convaincants et notables et c'est à ce niveau que réside l'intérêt essentiel de cette étude.

ETUDE DE CAS n°2

Madame L.

-Présentation générale du sujet:

Madame L. est âgée de 40 ans. Elle est esthéticienne depuis 20 ans et ce travail lui plaît beaucoup. Dans l'année écoulée elle a dû malheureusement changer trois fois d'employeur et quand nous la voyons pour la première fois elle est sans emploi depuis une semaine.

Mme L. a été mariée 2 fois et elle est mère d'une fille de 23 ans. Elle vit actuellement en concubinage avec un directeur de société. Elle désire en tout état de cause garder son indépendance, notamment sur le plan financier.

Coquette et attirante, Mme L. paraît moins que son âge. La passation des tests révèle un sujet sérieux, responsable, appliqué, mais trop émotif.

-Personnalité du sujet:

Le niveau intellectuel est légèrement supérieur à la moyenne (Q.I.=113) avec une nette préférence pour les épreuves verbales. Les tests de performance sont moyens et font supposer que l'émotivité handicape le sujet à ce niveau.

L'intelligence est vive: les connaissances surgissent d'emblée, la mémoire est bonne. Aux épreuves de logique, la réponse ou l'aveu d'ignorance ne tardent jamais. Le sujet ne cherche pas à se justifier et n'émet pas de demande de réassurance.

L'intelligence est surtout concrète; les capacités de synthèse sont réduites. La pensée est sans doute trop formelle pour contrôler l'affectivité. On observe parfois une inhibition de l'intellect lorsque l'affectivité est stimulée. La fonction consciente rationnelle garde la prééminence sur la vie affective. La capacité d'observation est bonne.

Le comportement du sujet pendant la passation est franc, direct, confiant, sans prétention, dénué d'agressivité.

La personnalité du sujet se situe entre le type introversif et le type extraversif. L'entretien révèle un penchant pour le deuxième type tandis que le Rorschach met en évidence une préférence pour le premier et une tendance à l'égocentricité. Mme L. est plutôt soumise. Cependant, le peu d'opposition manifestée s'exerce contre l'entourage.

Le 16 PF (facteur F) révèle une personnalité enthousiaste et insouciante tandis que l'attitude du sujet durant la passation des tests, au contraire, met en avant une personne sérieuse et posée. Sans doute, l'émotion qu'entraînent les différentes passations a inhibé l'enthousiasme que l'on retrouve dans l'entretien. Mme L. est normalement méfiante ou spontanée selon la situation qui se présente à elle. Extrêmement sensible et dépendante, elle maîtrise mal la réalité: il y a une rationalisation excessive au détriment des affects et lorsque l'affectivité arrive à passer outre cette pensée formelle, elle est envahissante, désordonnée et incontrôlée. Selon le test considéré, le sujet est tantôt imaginatif, bohème, distrait, tantôt pratique et d'esprit concret. Cette ambivalence peut s'expliquer par la mise en jeu

de mécanismes de défense dont le but est de protéger une vie intérieure peu contrôlée. Sans prétention, sincère, voire naïf, le sujet est conservateur et respectueux de la tradition. Il est dépendant du groupe tout en ayant une pensée peu conforme à lui et ceci malgré une indépendance personnelle. Mme L. dispose d'une forte maîtrise de soi: elle est exigeante, contrôlée, formaliste et soucieuse de son image. Une force du Moi développée permet au sujet d'être, en général, stable, émotionnellement mûr, calme et de faire face à la réalité, même si celle-ci est trop rigide ment contrôlée. En dépit de sa nature confiante, Mme L. est anxieuse, inquiète et tourmentée et présente une tendance à se culpabiliser. L'entretien révèle qu'elle a déjà fait plusieurs dépressions, de courte durée. L'anxiété engendrée par la pression du ça entraîne une tension adaptée à la situation.

-Vie affective et relationnelle:

La relation avec le père est quasiment absente. Mme L. dit avoir honte de ce père alcoolique. La mère apporte une certaine stabilité dans la vie affective débordante de sa fille. On note une recherche de la mère, vue comme sécurisante malgré l'agressivité manifestée vis à vis d'elle, sans doute parce que Mme L. n'a pas eu toute l'attention et l'affection désirée de la part de sa mère qui avait sept autres enfants. En outre, une mère peu disponible, un père absent ont rendu difficile l'identification parentale.

La naissance de sa fille, survenue quand elle avait 23 ans, au terme d'une grossesse difficile, fut suivie d'une dépression. Cet enfant à élever, un travail à poursuivre en l'absence d'un mari étaient trop de responsabilités à assumer en même temps. Malgré ces événements perturbants, la relation mère/fille semble bonne; elles se voient régulièrement.

Après deux divorces, Mme L. vit actuellement en concubinage avec un directeur de société depuis trois mois. Elle tient cependant à garder son indépendance sur le plan financier, mais prétend que la relation est bonne.

La vie sexuelle est perturbée dans la mesure où il existe un manque de motivation. Un père peu admiré, voire rejeté, une appréhension formelle de la réalité au détriment des affects, des déceptions dans la relation à l'Autre semblent contribuer au manque de désir sexuel.

Mme L. aime beaucoup sa profession. Elle est esthéticienne au chômage depuis une semaine et désire se spécialiser dans la thalassothérapie. La passion qu'elle éprouve pour son métier l'a certainement aidé à surmonter les différents problèmes familiaux et financiers. L'imagination, indispensable à une carrière où l'art occupe une place importante, trouve ici sa raison d'être.

La relation à l'Autre est difficile pour le sujet, peut-être à cause de conflits familiaux dans l'enfance. Il la recherche néanmoins.

-Les symptômes:

Il n'y a pas d'affection organique. Le symptôme essentiel qui existe depuis 23 ans est une tendance à la dépression. Un problème de concentration, une affectivité instable et une mémoire défectueuse sont les symptômes mentionnés au cours de l'entretien. Le questionnaire révèle d'autres troubles qui sont souvent présents: somnolence,

boulimie, dysfonctionnement vésiculaire, une timidité accompagnée d'un complexe d'infériorité et une phobie des serpents. D'autres sont moins péniblement ressentis par le sujet mais existent cependant: troubles visuels et de la parole, insomnie, vertiges, palpitations cardiaques, hyperémotivité, irritabilité, obsession, claustrophobie.

-Le sujet et ses réactions face aux symptômes:

Mme L. a obtenu des résultats surtout au niveau des symptômes psychiques grâce à l'homéopathie et à l'acupuncture. Elle a parfois recours aux anxiolytiques. L'acupuncture, entreprise depuis un an, a diminué la tendance dépressive. Le sujet avoue par ailleurs l'importance qu'il accorde à la relation avec le thérapeute: "l'acupuncteur est comme un père pour moi; je me sens en confiance avec lui".

En ce qui concerne le training C.P.S., le sujet semble confiant et optimiste autant dans le traitement que dans la relation avec le thérapeute.

Mme L. est très active face à ses troubles. Une forte vitalité, une relative ambition, une personnalité dynamique permettent de présumer une participation active et coopérante au training C.P.S.

-Les causes probables des symptômes:

Les symptômes se manifestent en majorité au niveau psychique ce qui laisse supposer que les causes sont anciennes. Vu le milieu familial dans lequel le sujet a grandi, on peut penser qu'un manque de repères affectifs et relationnels dans l'enfance avec une forte insécurité sont à l'origine des troubles actuels du sujet, ces troubles ayant été entretenus par deux divorces et par la naissance inattendue d'un enfant.

Si divers que soient ces troubles dans leur expression, le sujet mène néanmoins une vie tout à fait normale; les mécanismes de défense, surtout le refoulement, sont adaptés.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

L'examen C.P.S. révèle un excès d'énergie nerveuse au niveau du tonus général (+++), un système neurovégétatif légèrement perturbé (++), une affectivité mal contrôlée (+++) et un intellect survolté (+++). Le dépistage confirme l'importance des symptômes décelés dans les différents tests. Dans l'ensemble, le sujet parvient à maîtriser ses troubles par sa volonté.

* * * * *

Cas n°2

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Cette deuxième passation des tests a lieu alors que le sujet mène une vie très agitée: son conjoint est hospitalisé pour une ablation de

la vésicule biliaire et elle risque également de se retrouver sans travail.

Mme L. est très préoccupée par les résultats de cette deuxième passation. Elle s'applique aux différents tests. Quelques demandes de réassurance dénotent un manque de confiance. L'émotivité s'est totalement estompée: le sujet est calme, détendu et concentré.

-Personnalité du sujet:

La diminution de l'émotivité semble être à l'origine des quelques points gagnés à la W.A.I.S. (plus 4 points). En effet, les différents items ont été effectués plus rapidement permettant une augmentation du QI. Les mécanismes de l'intelligence ont changé en ce sens que la pensée est beaucoup plus souple et adaptative. Le bon sens est mieux adapté à la réalité quotidienne. Toutefois, l'intelligence de synthèse reste peu développée. En 6 mois, il y a eu une levée des inhibitions sur le plan de l'intellect avec comme conséquence une importante progression de la productivité personnelle. La pensée n'est plus excessivement formelle; elle maîtrise normalement l'affectivité. Maintenant, la réalité est dominée correctement par une pensée précise et juste. Il y a équilibre entre les fonctions rationnelles et la vie affective. Certains traits de la personnalité ont bénéficié d'un épanouissement depuis le début du training C.P.S.: Mme L. est plus ouverte, plus facile à vivre, plus sérieuse et consciencieuse, moins timide et méfiante. L'imagination, autrefois mal contrôlée, occupe une place intégrante de la personnalité. Elle a acquis une certaine indépendance personnelle qui va de pair avec l'augmentation d'une productivité de la vie intérieure.

Le degré d'anxiété n'a pas changé en 6 mois; il reste toujours relativement élevé avec notamment un accroissement de l'insécurité sociale comme cause majeure qui s'explique par la position instable du sujet, actuellement, dans sa vie professionnelle. L'émotivité se manifeste peu dans le sens où elle n'est pas extériorisée. Cependant, elle reste intériorisée, laissant au sujet sa grande sensibilité. La propension à la culpabilité a baissé donnant plus d'optimisme à Mme L. et une plus grande confiance en soi. En considérant les différentes composantes de l'anxiété, il résulte essentiellement une tension générale venant de pulsions insatisfaites.

-Vie affective et relationnelle:

Il y a une meilleure intégration de l'image paternelle avec pour conséquence une baisse de l'insécurité affective et une extériorisation de l'anxiété sous forme d'agressivité. Face à l'image maternelle, l'agressivité, autrefois niée, est clairement exprimée, dénotant un recul face à la relation. La mère est considérée comme étant dominatrice et, de ce fait, elle pourrait être responsable d'un complexe d'infériorité. L'image maternelle suscite toutefois de l'anxiété et une certaine régression de la part du sujet qui manifeste le besoin d'être affectionné par sa mère.

Un mois après le premier entretien avec Mme L., celle-ci quitta son concubin avec qui elle entretenait une relation avantageuse sur le plan matériel. Depuis lors, elle vit avec un homme au chômage, mais pour lequel elle éprouve des sentiments.

Les conflits affectifs refoulés et responsables, il y a 6 mois, d'une vie sexuelle pauvre, ont cédé la place à une extériorisation des sentiments agressifs, permettant aux tensions de s'alléger. De ce fait, la vie sexuelle est plus satisfaisante bien que toujours accompagnée d'un sentiment de culpabilité.

La vie affective se caractérise par un relâchement des tensions s'extériorisant sous la forme d'une certaine agressivité et par l'évocation d'un idéal, d'une aspiration vers la perfection. Les affects sont stabilisés; les sentiments dépressifs et l'angoisse de la mort ont disparu et l'intégration au groupe est meilleure.

La relation à l'Autre est vue de façon plus objective. Les conflits d'origine familiale, responsables d'une relation problématique, sont en partie résolus et ont permis au sujet d'avoir une relation normale avec autrui, du moins quantitativement. Cependant, la qualité de la relation reste pauvre, teintée d'indifférence et d'égoïsme.

-Les symptômes:

La somnolence ne se manifeste plus que rarement, ainsi que les difficultés de concentration; la claustrophobie a disparu; la mémoire est plus développée; l'émotivité n'est plus extériorisée comme autrefois par des sueurs et des tremblements. L'aversion pour la violence persiste bien que mieux contrôlée.

-La réaction du sujet face aux symptômes:

Le sujet a été très régulier dans son training C.P.S., ce qui permet de confirmer sa participation active au traitement, supposée il y a 6 mois. Un mois après le début du training C.P.S., Mme L. n'a plus éprouvé le besoin d'aller voir son acupuncteur. Aujourd'hui, le sujet se sent "en voie de guérison" et a hâte d'avoir fini le training C.P.S. et "d'être bien dans sa peau en permanence".

-Les causes probables des symptômes:

Nous confirmons les causes supposées lors de la première passation des tests à savoir essentiellement un environnement défavorable.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Le deuxième dépistage montre un tonus général normal(N), une vie neurovégétative ayant tendance à dépenser trop d'énergie nerveuse(+) à l'origine des quelques troubles neurovégétatifs persistants. Le dépistage à l'appareil dit de grand effort révèle un manque d'énergie nerveuse (--) tant à l'affectivité qu'à l'intellect, expliquant la présence pratiquement inchangée des troubles à ce niveau. On peut donc s'attendre à des améliorations importantes d'ici la fin du training.

Comme nous l'avons mentionné lors de la première passation des tests, les causes affectives des symptômes sont anciennes et nécessitent un training plus long que pour la moyenne des sujets. Rappelons que l'environnement actuel du sujet est néfaste à l'évolution de son état nerveux et influence certainement les résultats obtenus au cours de cette deuxième passation.

ETUDE DE CAS n°3

Mademoiselle B.

-Présentation générale du sujet:

Mademoiselle B., 21 ans, est l'aînée d'une famille de 2 enfants; son frère a 16 ans. Elle est, pour la deuxième fois, en deuxième année de D.E.U.G. de langues à l'université. Elle vit seule à Nice, sa mère habitant à Roanne.

Le sujet est souriant et très confiant. Ses troubles sont surtout d'origine intellectuelle (manque de concentration, pertes de mémoire) et affective. Au niveau de la vie neurovégétative, l'existence de règles douloureuses accompagnées de toute une symptomatologie variée, doit être mentionnée.

Les troubles sont apparus il y a deux ans et demi, année durant laquelle Mlle B. a perdu son père âgé de 83 ans. Cette même année, elle a eu d'importants problèmes relationnels avec sa mère et son frère, coïncidant avec son départ pour Nice afin de poursuivre ses études.

Le comportement du sujet au cours des tests est ambivalent: tantôt très sûr de lui, voire fier de ses réponses, tantôt exprimant le besoin d'être soutenu et réassuré, il témoigne cependant d'un certain malaise pouvant être attribué à la crainte d'être jugé.

-Personnalité du sujet:

Le quotient intellectuel est moyen (106) avec une note environ égale aux épreuves verbales et à celles de performance. L'intelligence fonctionne d'une manière tout à fait particulière: les capacités de synthèse sont bonnes, l'esprit d'observation est développé mais surtout pour les détails infimes et au détriment de faits pourtant évidents.

Ainsi les mécanismes de son intelligence, dans bien des cas, ne permettent pas au sujet de considérer et de juger la réalité telle qu'elle se présente. Des troubles émotionnels et une affectivité perturbée semblent être la cause de ce mauvais contrôle du réel. Le sujet éprouve de la difficulté à donner forme à ses perceptions. Les notes sont inférieures à la moyenne aux deux épreuves abstraites qui demandent concentration et logique. Le sujet souffre d'une altération des capacités de déduction indispensables à tout raisonnement logique. Ces troubles de la concentration et de la mémorisation, motif de la consultation, contribuent à la médiocrité du Q.I.

Ce sujet est plutôt introverti et docile, accommodant, plus soumis que dominateur. Le comportement est relativement sérieux. Spontanée et sociable, Mlle B. cache une nature sensible. L'imagination, généralement bien contrôlée, tend à donner de l'importance à des faits anodins.

Le sujet est conservateur et dépendant du groupe bien que sa pensée ne soit pas conforme à la pensée de celui-ci. Cette contradiction amène un besoin de soutien, de structure.

Le comportement aussi bien que le Rorschach révèlent un sujet formaliste, contrôlé, soucieux de son image alors que le 16 PF met l'accent sur le côté impulsif de la personnalité en conflit avec elle-même. On peut penser que le 16 PF, effectué en l'absence de l'expérimentateur, a moins sollicité les mécanismes de défense. Le

comportement en présence de l'expérimentateur dénote ainsi une bonne maîtrise de soi.

Pour ce qui est de la force du Moi, les résultats sont encore ambigus. La capacité de contrôle et d'expression des tensions est variable selon la situation et l'humeur du sujet. Néanmoins, l'émotivité, même adaptée, domine le tableau.

Le facteur L (sentiment d'insécurité) est le même au 16 PF et à l'échelle d'anxiété avec une tendance paranoïaque. L'insécurité sociale participe au taux d'anxiété. Aux dires du sujet l'anxiété est quasiment inexistante. Tout au moins, elle semble bien vécue; elle est plutôt manifeste que voilée et se révèle dans les perturbations de la vie affective. Elle se manifeste dans l'image d'un corps morcellé qui correspond à un sentiment d'incomplétude, de doute, demeurant inconscient.

Les pulsions sont assoupies et on note un manque de motivation et une tendance à l'apathie.

-Vie affective et relationnelle:

La relation affective du sujet avec son père paraît presque inexistante. Tantôt admiré, tantôt dévalorisé, voire ridiculisé, le père est quasiment absent, ce qui peut expliquer la difficulté qu'éprouve le sujet à se structurer. L'entente avec la mère est bonne; lors des conflits qui opposaient ses parents, Mlle B. prenait le parti de celle-ci. "C'était invivable" se souvient-elle. L'image de la mère est source d'insécurité affective.

La vie affective du sujet est un chaos; les affects sont mal perçus. La mésentente intra-parentale est à l'origine d'une importante faille narcissique et des sentiments de morcellement. La pression des affects, non maîtrisée, ne parvient pas à se réduire dans une chaîne symbolique par le langage.

Célibataire, sans enfant, le sujet vit seul. La planche sexuelle du Rorschach évoque l'autodestruction et entraîne une rationalisation pour lutter contre l'anxiété. C'est l'un des rares moments des différents tests où une demande implicite est faite au thérapeute. Ces éléments, la faille narcissique, laissent penser que la vie sexuelle du sujet est perturbée par la crainte de vivre la même situation que ses parents.

Notons que l'âge du père à la naissance du sujet (62 ans) a pu être un élément de la déstructuration du sujet.

Mlle B. a obtenu un baccalauréat et poursuit depuis trois ans des études de langues à la faculté. Elle vit seule en ville, se lie difficilement avec ce nouvel entourage, n'apprécie pas l'ambiance universitaire. Elle a hâte d'avoir un métier qui lui permette de voyager. Le contact avec autrui est mauvais car il éveille un sentiment d'infériorité dû à l'immaturité affective et un sentiment d'incomplétude relevant de mécanismes de refoulement. Mlle B. projette sur l'Autre ses propres conflits: l'Autre est vu comme morcellé et est donc source d'anxiété. La relation est altérée, floue, irréaliste.

-Les symptômes:

Les antécédents se réduisent à un traumatisme crânien simple. Les troubles fonctionnels se situent à deux niveaux: la vie neurovégétative est perturbée lors des menstruations: migraines, algies, nausées

contraignent le sujet à garder la chambre pendant deux jours. Mlle B. refuse les médicaments qui lui ont été prescrits dans cette indication.

Outre quelques troubles affectifs (timidité, émotivité, irritabilité, tendance obsessionnelle), le sujet se plaint surtout de difficultés de concentration et de défauts de mémoire. Il concrétise rarement ses projets.

Nous attribuons les troubles de l'intellect à l'affectivité chaotique. La conscience du sujet en est envahie; l'absence de structuration interdit la focalisation du mental. Les troubles intellectuels, plus que les symptômes affectifs, sont ressentis péniblement par le sujet.

La symptomatologie a été aggravée 3 ans auparavant, lors de la mort du père et de la séparation d'avec la mère. L'envie de voyager trahit le désir de fuir et d'éviter les conflits affectifs.

-Le sujet et ses réactions face aux symptômes:

Le sujet n'a jamais été traité pour les symptômes qui l'amènent aujourd'hui. La relation avec le thérapeute est importante; le sujet ressent le besoin de parler de ses troubles et souhaite comprendre leur origine. Dans cette optique, il se propose d'entreprendre sérieusement la C.P.S. mais compte beaucoup sur la relation avec le thérapeute pour l'aider à résoudre ses problèmes.

-Les causes probables des symptômes:

Une grande sensibilité à l'instabilité de la relation intra-parentale semble être à l'origine de la symptomatologie actuelle. L'absence d'identification aux parents a entraîné une pression au niveau des affects et les a rendu irréprésentables. Ce chaos inexprimable engendre une anxiété reportée sur l'image du corps. L'angoisse du morcellement est la seule représentation des conflits internes. Elle est projetée sur les autres qui, dès lors, reflètent cette angoisse. L'effort de structuration échoue; il en résulte une faille narcissique et un sentiment d'infériorité. Le flou perceptif se ressent au niveau des fonctions intellectuelles au moyen desquelles le sujet tente de fuir la réalité. Cette recherche d'une solution extérieure (désir de voyages) paraît insuffisante.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Le dépistage aux appareils Quertant met en évidence un excès d'énergie nerveuse (+++) au niveau du tonus général, de la vie végétative et dans le domaine affectif. On relève une hyperémotivité accompagnée d'irritabilité alternant avec des périodes de dépression et de laisser aller. C'est au niveau de l'intellect que le nervosisme est le plus élevé (++++); à ce stade, le sujet ne peut pas contrôler ses troubles. Le dépistage permet d'affirmer, qu'outre les problèmes de concentration et de mémoire, le sujet souffre d'angoisses bien qu'il n'en parle pas. Ainsi, cet examen coïncide plus avec ce que le Rorschach nous a appris des conflits internes du sujet qu'avec la description que le sujet nous a donnée de lui-même.

* * * * *

Cas n° 3

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Au cours de cette deuxième passation, Mlle B. est plus sûre d'elle. Elle est confiante lorsqu'elle donne ses réponses. Les demandes de réassurance sont beaucoup plus rares. Cependant, elle donne l'impression d'être prétentieuse pour masquer un certain malaise.

-Personnalité du sujet:

L'intelligence est plus vive; les réponses sont données rapidement grâce à une plus grande capacité d'attention et de concentration. Le quotient intellectuel est passé de 106 à 118. Il y a toujours une prédominance des notes de l'échelle verbale sur celles de l'échelle de performance. Tous les mécanismes de l'intelligence ont été normalisés: le bon sens autrefois mal contrôlé, est ajusté au réel; les capacités d'observation, trop développées au cours de la première passation dénotant une forte anxiété, sont normales; l'intelligence synthétique de même que les facultés d'adaptation sont restées bonnes; la fonction logique est meilleure grâce au développement des capacités déductives que permet une bonne concentration. Les troubles de mémoire ont diminué.

Mlle B. est nettement plus ouverte, chaleureuse et coopérante. Docile et accommodante, elle a surtout développé ses facultés personnelles (indépendance, imagination) ce qui favorise une augmentation de sa tendance au libéralisme et à l'opportunisme. Autrefois passive et résignée, pessimiste, elle est devenue plus confiante, moins complexée. Elle prend beaucoup d'initiatives et n'hésite pas à les mettre à exécution. Ses expériences passées, mieux comprises, ont favorisé l'établissement d'une certaine méfiance.

Le degré d'anxiété est resté sensiblement le même bien que son expression se soit modifiée: autrefois teintée de morbidité et très fortement refoulée, perturbant le champ de la conscience et les facultés intellectuelles, elle est aujourd'hui beaucoup mieux contrôlée et extériorisée par un développement de la vie fantasmatique et par une affectivité moins étouffée par la fonction consciente et rationnelle. Une plus grande confiance en lui-même permet au sujet d'aborder la vie de façon plus calme, plus détendue.

-Vie affective et relationnelle:

La relation du sujet, avec l'image paternelle n'a pas subi de modification. Cependant, le manque de structure paraît compensé par une plus grande conformité à la pensée du groupe. L'image maternelle suscite une plus grande agressivité, quasi-absente il y a 6 mois. L'insécurité affective est moins forte car elle a trouvé un palliatif dans la relation à l'Autre. Il existe toujours une importante anxiété face à l'image maternelle, mais la relation étant perçue de façon plus objective, elle suscite moins d'incertitudes et donc moins d'angoisses. Il y a 6 mois, cette image provoquait une angoisse de morcellement au niveau du corps; aujourd'hui, elle est remplacée par une légère hypochondrie.

La sexualité évoque moins d'anxiété; elle n'est plus associée à un sentiment d'autodestruction.

La relation à l'Autre est toujours anxiogène, reflétant une faille narcissique résultant de la relation parentale. Cependant, l'insécurité affective ressentie en présence de l'Autre est moindre.

La vie estudiantine s'annonce sous un jour meilleur: tous les examens ont été réussis, alors que l'an dernier, environ la moitié seulement avaient atteint la note requise. Les facultés intellectuelles, libérées d'une partie des tensions affectives, ont permis une plus grande facilité dans l'assimilation et la compréhension des connaissances.

En conclusion, depuis le début du training C.P.S., il y a eu une extériorisation de la vie émotionnelle, des sentiments, même si ceux-ci sont parfois mal maîtrisés, entraînant excitabilité, irritabilité et sautes d'humeur. Les affects qui formaient autrefois un véritable chaos sont distinctement perçus et verbalisés. L'immaturité affective est remplacée par un comportement responsable et confiant. La tournure méticuleuse et obsessive de l'esprit a diminué grâce à une levée de certaines inhibitions.

-Les symptômes:

Après 3 mois de training C.P.S., les menstrues douloureuses entraînant migraines, nausées, et vertiges, se sont atténuées d'abord, avant de disparaître complètement. Les angoisses, les obsessions et l'agoraphobie ont entièrement disparu. Par contre, les difficultés de concentration, les pertes de mémoire, la timidité, l'émotivité et l'irritabilité sont pratiquement restés inchangés. Néanmoins, l'étude des différents tests, à l'encontre des dires du sujet, révèle une diminution de ces symptômes. Les troubles intellectuels sont reconnus comme identiques. La personnalité ne comporte plus cette composante affective désagréable ce qui permet d'affirmer le relâchement de certaines tensions.

-La réaction du sujet face aux symptômes:

Le traitement a pris autant d'importance que la relation thérapeutique. Du fait de sa plus grande sécurité affective, Mlle B. éprouve moins le besoin d'un soutien psychologique. Elle a suivi assez régulièrement le training; 6 séances seulement ont été remises. L'angoisse de mort face aux symptômes a cédé la place à une discrète hypochondrie. Le désir de vaincre les symptômes s'est accru.

-Les causes probables des symptômes:

La perception plus claire des affects permet l'amorce d'une identification parentale. Une certaine structuration venant du groupe social a permis une diminution de l'anxiété. La disparition totale des angoisses en témoigne. L'anxiété, qui se manifestait par un important sentiment de morcellement, de désintégration, d'angoisse de la mort, s'exprime par une tendance à l'hypochondrie. Il apparaît que le problème relationnel avec la mère, avec laquelle toute identification était impossible, favorisait un infantilisme et une immaturité affective. L'expression de ce conflit se serait manifestée par un refus de la féminité, en l'occurrence, par un cycle menstruel perturbé et douloureux.

La diminution puis la disparition d'un symptôme coïncide souvent avec la résolution d'un conflit intrinsèque.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

C'est à l'appareil dit d'effort moyen, régulant la vie neurovégétative que les progrès sont les plus notables (+). Sur ce point le dépistage confirme l'évolution de la symptomatologie, par conséquent la disparition des troubles accompagnants les menstrues. L'affectivité et l'intellect (--) ont peu évolué en 6 mois, coïncidant avec les troubles persistants à ces niveaux. Quant au tonus général, il serait, selon l'appareil de repos, encore un peu survolté (++), ce que le sujet ne mentionne pas au cours de l'entretien.

Dans l'ensemble, le dépistage après 6 mois de training C.P.S., coïncide avec la diminution, la disparition ou la persistance des différents symptômes. Le training C.P.S. de Mlle B. nécessitera encore environ 5 mois avant d'être entièrement terminé.

* * * * *

ETUDE DE CAS N°4

Monsieur B.

-Présentation générale du sujet:

Monsieur B., 56 ans, est marié depuis 35 ans. Le couple n'a pas d'enfant. Jardinier, le sujet est à la pré-retraite depuis 6 mois. Les satisfactions apportées tant par sa vie conjugale que professionnelle semblent nombreuses. Les troubles existent depuis 18 mois et sont survenus à la suite de plusieurs chocs affectifs: le sujet apprend à quelques jours d'intervalle que sa mère est atteinte d'un cancer et que son employeur est mourant. La pré-retraite, décidée 3 mois après, n'a fait qu'accentuer les troubles: palpitations cardiaques, importante irritabilité, hyperaffectivité accompagnée d'angoisse et d'hyperémotivité, insomnie et tendance à la dépression.

M.B. a cessé de fumer il y a une dizaine d'années; depuis, il a grossi mais ne manifeste pas de malaise face à son embonpoint.

Pendant les passations de tests, M.B. est consciencieux, appliqué et très soucieux de l'image qu'il donne de lui-même: en effet, il donne l'impression d'être très sûr de lui, même s'il ne connaît pas la réponse; il préfère alors dire n'importe quoi plutôt que de reconnaître son ignorance. Lorsqu'il hésite lors d'une épreuve, il masque son hésitation en chantonnant ou en se justifiant par une mauvaise audition, réelle, certes, mais qui est exagérée afin de servir de prétexte. Ses réponses sont toujours données rapidement, parfois au détriment de la qualité de leur contenu. Il n'y a que le comportement durant la passation du test projectif qui laisse entrevoir une certaine anxiété.

-Personnalité du sujet:

L'intelligence est vive lorsqu'elle ne fait pas intervenir l'organisation spatiale ou la mémoire immédiate. Les connaissances générales sont bonnes malgré le faible niveau d'étude. Les capacités d'observation sont développées dans la mesure où elles ne mettent pas le sujet en contact avec des conflits refoulés. Le quotient intellectuel (114) est également réparti entre épreuves verbales et de performance.

L'intelligence, à cause de nombreux affects refoulés et afin d'éviter tout contact avec ceux-ci, est superficielle, peu soutenue dans l'effort. Les crispations mentales sont fréquentes. Le bon sens et l'esprit logique sont normaux. La mobilité de la pensée est faible. Les capacités d'adaptation sont quasiment nulles avec une nette tendance à reproduire plutôt qu'à créer. En résumé, la diminution des tensions affectives amènerait une meilleure exploitation de l'intelligence.

Dans l'ensemble, les tests présentés sous forme de questionnaire mettent en valeur les qualités du sujet tandis que le test projectif révèle des aspects moins favorables de la personnalité. Aussi, nous considérerons les différents tests en tenant compte du fait que le sujet possède une importante conscience de son image.

La personnalité est inhibée; cependant, face aux individus et aux situations qui ne le mettent pas en contact avec ses pulsions, M.B. peut être chaleureux et ouvert. L'imagination et la productivité personnelle

sont restreintes, voire inexistantes. Conscientieux, sérieux, audacieux, dominateur, le sujet respecte énormément la tradition.

Les troubles émotionnels sont importants et ne permettent au sujet de maîtriser la réalité que de façon sporadique. Néanmoins, les perturbations de l'affectivité ne transparaissent que rarement grâce à de solides mécanismes de défense. Ainsi une réalité mal contrôlée conjointe à une conformité excessive au groupe font, qu'en général, le sujet est socialement adapté, mais cette adaptation reste précaire.

M.B. est formaliste à l'extrême. La forte maîtrise de soi permet une domination des conflits affectifs, ceux-ci ne se manifestant que rarement par une certaine irritabilité teintée d'agressivité. Dans la vie quotidienne, le sujet est stable, émotionnellement contrôlé tant que ses pulsions ne sont pas stimulées. Dans le cas contraire, l'anxiété ne peut être contenue et c'est alors la porte ouverte à des sentiments de culpabilité, d'inquiétude sans fondement avec une tournure dépressive. La dépression semble survenir lorsque le sujet prend conscience de ses sentiments d'impuissance face aux problèmes de la vie. En effet, le refoulement est considérable et laisse supposer que les conflits affectifs, lorsqu'ils envahissent le champ de la conscience, ébranlent complètement la dynamique du sujet. L'anxiété et ses différentes manifestations prennent alors le dessus. La relation à l'Autre, pour ces mêmes raisons, s'accompagne souvent d'anxiété.

-Vie affective et relationnelle:

Avant d'aborder ce paragraphe, nous devons préciser que, connaissant bien le sujet, il est délicat de lui poser certaines questions, auxquelles d'ailleurs, il n'aurait certainement pas répondu franchement. L'étude du test projectif a permis de déceler d'importantes perturbations relationnelles avec les deux membres du couple parental qui pourraient être à l'origine de la mise en place des différents mécanismes de défense. Un père insécurisant suscite de l'anxiété et surtout de l'agressivité, tandis que l'image maternelle n'évoque aucune réponse. L'absence de tout affect exprimé suggère une mère peu aimante et source d'angoisse face au morcellement. Le sujet prétend avoir de bonnes relations avec ses parents et se confie plus facilement à son père. Le rôle des parents semble inversé dans ce cas et explique une sexualité refoulée. Les rapports conjugaux sont dits excellents.

M.B. a eu la chance de choisir ses métiers qu'il apprécie: tout d'abord électricien dans les mines du nord pendant 20 ans, il est depuis 18 ans salarié agricole. Sa seconde profession semble lui convenir tout particulièrement car le travail en plein air lui permet de "se détendre les nerfs". Avec le décès de son employeur, la mise à la pré-retraite est mal vécue surtout pour les conséquences financières.

-Les symptômes:

Il n'existe aucune prédisposition héréditaire ou constitutionnelle aux symptômes observés. Arthrose, surdité post-traumatique presque totale de l'oreille gauche, problèmes circulatoires sont des troubles organiques apparemment sans rapport avec la nervosité constatée.

Une tachycardie apparue il y a 18 mois est le symptôme le plus péniblement vécu par le sujet qui a suivi des traitements allopathique et homéopathique pour arriver à un résultat. Actuellement, il poursuit

son traitement allopathique consistant en une prise régulière d'un médicament qui ralentit le rythme cardiaque. Le traitement réussit mais le sujet doit le suivre quotidiennement sous peine de voir réapparaître son trouble. Avec une tendance à la diarrhée, ces deux symptômes signent le tableau clinique végétatif. A part quelques manifestations au niveau du système sensori-moteur (fatigues visuelle et auditive), l'essentiel des symptômes concerne la sphère affective: dépression, émotivité, angoisses, irritabilité, cyclothymie et sur le plan de l'intellect, une difficulté à mémoriser les faits récents, ainsi que des insomnies. Les symptômes d'origine affective sont anciens; seules les palpitations cardiaques sont récentes.

La somatisation semble due à un système nerveux stressé, conjointement à une anxiété intrinsèque éveillée par la peur de perdre. Cette crainte stimule le sentiment d'insécurité affective.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Les traitements antérieurs ont amélioré partiellement les troubles neurovégétatifs mais aucunement les troubles affectifs et intellectuels. La confiance dans la relation avec le thérapeute est la qualité essentielle recherchée par le sujet. Malgré une certaine méfiance faisant partie intégrante de sa personnalité, on peut supposer un investissement sans frein dans le training C.P.S., dans la mesure où l'on sent chez lui une avidité de guérir.

En règle générale, M.B. domine ses troubles. Lorsqu'il n'y parvient plus, on note une montée des sentiments dépressifs. Le sujet prend en compte uniquement ses symptômes manifestes et nie énergiquement toute origine affective. De solides mécanismes de défense laissent penser que le déséquilibre affectif est ancien.

-Les causes probables des symptômes:

Nous venons de voir que les symptômes sont essentiellement affectifs. Leur cause s'inscrit sur ce même registre. Dès la prime enfance, la diade mère-enfant a été perturbée; par ailleurs la relation au père n'était pas sécurisante. L'apparition des palpitations, reflet de l'anxiété latente, confirme ces assertions puisqu'elle a suivi l'idée de la perte de deux personnes proches. Face aux symptômes, l'entourage est compréhensif et encourage le sujet à se soigner. La cause affective des troubles est très ancienne; ce conflit interne profond est-il accessible aux effets de la C.P.S.?

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Le dépistage révèle un nervosisme maximal (+++++) à tous les niveaux du système nerveux sauf à celui de la vie sensorimotrice (+).

Le nervosisme végétatif correspond bien aux symptômes, en l'occurrence des palpitations. Les troubles auditifs et visuels ne semblent pas avoir d'autre origine qu'organique. Les perturbations affectives et intellectuelles n'interdisent pas la bonne adaptation sociale du sujet.

* * * * *

Cas n°4

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Au terme de six mois de training C.P.S., M.B. se présente plus détendu, plus souriant, moins soucieux de son image. Les mécanismes de défense sont moindres: la rationalisation n'intervient plus face à une question dont le sujet ignore la réponse. Les chocs observés précédemment à trois planches du Rorschach ont disparu.

M.B. se soucie plus des résultats que de son image.

-Personnalité du sujet:

M.B. exploite mieux ses capacités intellectuelles: les facultés d'observation et l'organisation spatiale se sont développées. Pourtant, la pensée est encore plus stéréotypée qu'il y a six mois et les crispations mentales sont toujours importantes. Le quotient intellectuel a bénéficié de 9 points supplémentaires: certaines composantes de l'intelligence sont inchangées, l'utilisation globale des capacités intellectuelles, entre autres la mémoire et la concentration, est meilleure. Des capacités d'attention plus grandes ont permis à la pensée d'être plus précise. Les tensions affectives qui altéraient l'intellect ont diminué en trouvant un compromis dans une pensée stéréotypée.

M.B. est plus extraverti, plus facile à vivre et plus sérieux. Il est moins inhibé et témoigne d'une ébauche de productivité personnelle avec légère hausse de l'imagination et relative initiative personnelle. Toutefois, le conformisme toujours excessif a permis à l'angoisse de se résorber en partie par un investissement plus important dans le groupe social. La pensée rationnelle domine moins l'affectivité, mais les émotions sont toujours contrôlées de façon rigide. Le degré de motivation à intégrer un comportement individuel autour d'un sentiment de soi-même accepté et conscient est dorénavant normal. Le sujet est plus stable, moins cyclothymique. Cependant, il reste des tensions dues aux refoulements affectifs qui s'expriment plus rarement mais de façon explosive, mal contrôlée. Tandis que certains conflits affectifs sont plus profondément enfouis dans l'inconscient, d'autres n'attendent que l'occasion de s'extérioriser. De ce fait, on note une baisse des tensions et donc de l'anxiété. Les sentiments de culpabilité, d'autoaccusation ont diminué; le sujet est plus confiant et optimiste. En conclusion, M.B. s'accepte mieux et intègre davantage les tensions; de ce fait, la réalité est dorénavant bien maîtrisée.

-Vie affective et relationnelle:

Elle se caractérise par l'expression directe des émotions, preuve que certaines tensions ont cédé. L'image paternelle est mieux intégrée permettant de certifier que le départ prématuré du père a été accepté. L'image maternelle anxiogène est mieux contrôlée grâce à sa considération sur un mode objectif. On note une certaine extériorisation des sentiments (surtout agressifs) autrefois inhibés. Le besoin intense d'affection est toujours aussi élevé mais semble trouver une compensation dans un conformisme social et intellectuel excessif mais

structurant pour le sujet. La sexualité est bien intégrée grâce à la diminution de la culpabilité liée aux sentiments agressifs envers le père. La relation à autrui, bien que toujours problématique, est moins anxiogène. Il y a ambivalence entre le besoin de contact, d'affection et l'absence de tout comportement qui permettrait de satisfaire ce désir. Un versant égoïste de la personnalité joint aux traumatismes affectifs passés empêchent le sujet d'entrer en contact avec l'Autre.

-Les symptômes:

Après 3 mois de training C.P.S., le traitement allopathique prescrit pour la tachycardie a été diminué de moitié. Ce symptôme ne se manifeste plus. Les migraines ont disparu ainsi que les troubles digestifs. Les sentiments dépressifs et les angoisses ne se manifestent plus que rarement et l'émotivité est complètement résorbée. Il reste encore une tendance à la diarrhée. Quelques insomnies persistent en même temps que de légères pertes de mémoire. L'irritabilité persiste ce qui s'explique par la levée de certaines inhibitions permettant l'extériorisation de tensions affectives.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

M.B. a été particulièrement régulier au cours du training C.P.S.; il n'a manqué que 3 séances afin de prendre son congé annuel. L'investissement tant au niveau du training qu'au niveau de la relation thérapeutique a été total. Autrefois inhibé, le sujet parle plus volontiers de sa vie affective, notamment de la relation avec ses parents. Il dit être plus confiant, moins tendu et malgré une certaine irritabilité, sa vie affective est beaucoup plus stable grâce à la diminution considérable de l'émotivité. L'entourage de M.B. confirme ces changements et met l'accent sur ses capacités à considérer les événements à leur juste valeur et donc à mieux maîtriser la réalité.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

En 50 séances, M.B. a entièrement terminé le training C.P.S. Le dépistage révèle, évidemment, une normalisation à tous les tests. En tenant compte de l'effet "à retardement" de la C.P.S. (l'amélioration des symptômes est constatée jusqu'à 2 mois après la fin du training), on peut s'attendre à une diminution, voire même à une disparition des quelques symptômes persistants. En conclusion, la reformulation de la vie pulsionnelle a permis à certains traumatismes affectifs d'être plus enfouis dans l'inconscient, tandis que d'autres ont trouvé une voie d'extériorisation sous forme d'impulsivité et d'irritabilité. Les sentiments refoulés sont responsables d'un conformisme, d'un besoin de contact avec autrui plus important qu'auparavant. Néanmoins, dans cette organisation des différentes composantes de la personnalité, M.B. trouve une certaine stabilité tant intellectuelle qu'émotionnelle, une plus grande confiance en lui-même et une meilleure maîtrise de la réalité.

Considéré dans sa totalité, le bilan se révèle positif même si toutes les tensions affectives n'ont pu être résolues. Il serait intéressant de revoir le sujet dans 2 mois pour constater les modifications symptomatologiques pour autant qu'il y en ait.

ETUDE DE CAS n°5

Madame R.

-Présentation générale du sujet:

Mme R., 31 ans, est enceinte de 7 mois au moment de l'entretien; la prise de poids est importante. D'un premier mariage, il y a 6 ans, elle a un fils qui a été confié à la garde du père.

L'apparition des troubles remonte au moment où le premier mari reçut la garde de l'enfant, il y a 2 ans ½. De nature nerveuse depuis toujours, Mme R. n'avait auparavant aucune somatisation. Aujourd'hui, c'est une spasmophilie à crises fréquentes qui la motive à venir consulter. L'angoisse, les crises de nerfs, les difficultés de concentration dominent le tableau clinique.

Mme R. est une personne ouverte et qui éprouve le besoin de parler de ses problèmes et de ses expériences. Elle est franche et lorsqu'elle ne connaît pas la réponse à une question posée, elle l'avoue sans détour et sans honte; dénuée d'orgueil, elle est peu soucieuse de son image. On note une difficulté de concentration et une forte émotivité. Le sujet est vif dans ce qu'il entreprend et donne ses réponses rapidement.

Mme R. prend très à cœur les différentes passations et s'applique de son mieux. Les mimiques fréquentes, les gestes stéréotypés des doigts et des mains dénotant une nervosité certaine, témoignent de l'investissement même corporel du sujet dans ce qu'il entreprend.

-Personnalité du sujet:

Le niveau intellectuel est moyen (Q.I.=102) avec une répartition sensiblement égale entre les échelles verbales et de performance. Les notes seraient vraisemblablement meilleures dans la première échelle si le sujet n'avait pas quitté l'école dès l'âge de 10 ans. En effet les connaissances générales, hors le cadre de vie quotidien, sont limitées. Difficulté de mémorisation et manque de curiosité peuvent expliquer cette faiblesse de la culture générale. Mme R. est issue d'une fratrie de 7 enfants. Le milieu dans lequel elle a été élevée n'a pas donné la primauté à la qualité de l'instruction.

L'émotivité et le manque de concentration ont handicapé le sujet aux épreuves de performance. Néanmoins, l'esprit d'observation est bon, l'esprit est vif et la logique est certaine. L'abord de la réalité se fait selon des mécanismes personnels, superficiels et synthétiques, parfois inadaptés. Ceci laisse penser que des mécanismes de défense oeuvrent pour dissimuler des conflits intérieurs. Une légère stéréotypie de la pensée confirme ce dernier point.

Le sujet a un penchant pour l'affectothymie; il est ouvert, chaleureux, facile à vivre lorsqu'il connaît son entourage, et plutôt introverti dans le cas contraire. Il est enclin à une légère soumission; il peut quand la situation l'exige se montrer autoritaire et dominateur.

Normalement sérieuse et consciencieuse, Mme R. est souvent méfiante. Elle est en général satisfaite d'elle-même, réaliste. Toutefois, dès que l'affectivité entre en jeu, sa vision du réel est distordue. Ce décalage n'entrave cependant nullement sa vie quotidienne. Bien que conservateur, dépendant du groupe, le sujet est cependant soupçonneux, rusé,

difficilement dupe. L'attirance qu'il éprouve pour tout ce qui est stable, reconnu, témoigne d'une recherche de structure. Plusieurs tests viennent confirmer ce trait.

Le sujet est soucieux de son image face à des inconnus. Ce formalisme accompagne des mécanismes de défense qui sont absents lorsque Mme R. se sent en confiance.

La symptomatologie nerveuse est importante: émotivité, anxiété, sentiment de culpabilité, tension, surmenage, tendance dépressive. On note une propension constitutionnelle à l'anxiété. L'anxiété manifeste est plus importante que l'anxiété voilée.

-Vie affective et relationnelle:

L'entente entre les parents du sujet était bonne. Le père, décédé alors que le sujet était âgé de 21 ans, était déjà invalide quand le sujet avait 12 ans. Pour décrire la planche paternelle du Rorschach, le sujet emploie l'expression "mal foutu". Il y voit de plus "des ailes" qui sont l'indication d'un besoin inassouvi d'évasion. L'image paternelle dévitalisée amène une difficulté d'identification et est source d'angoisse; elle est à la base d'un manque de structure que le sujet cherche à combler à travers son entourage.

Selon Mme R., la relation avec son père était privilégiée; celui-ci se confiait plus volontiers à sa fille qu'à sa femme.

L'image maternelle évoque une insuffisance sur le plan de l'affection, un problème de morcellement corporel et une certaine agressivité alternant avec une tendance dépressive. L'entretien apporte l'explication de ce point: Mme R. était la plus jeune des 7 enfants; sa mère travaillait et n'avait que peu de temps à lui consacrer. Le sujet conserve le souvenir d'un intense besoin d'affection que sa mère ne pouvait combler. Un frère de trois ans plus jeune, né prématurément, retint en outre toute l'attention de la mère. C'est de là que proviennent les sentiments d'agressivité du sujet envers sa mère, alternant avec des périodes dépressives traduisant une peur de l'abandon.

Ainsi les sentiments du sujet pour sa mère sont ambivalents; celle-ci est à la fois recherchée et rejetée. Le manque de confiance du sujet en lui-même, trahi par le besoin de réassurance tout au long de la passation des tests, est la conséquence de cette insécurité affective. Malgré l'importance de ces conflits, ceux-ci sont refoulés et dominés par le sujet la plupart du temps.

Mme R. a un fils d'un premier mariage. Le père de l'enfant en a la garde et Mme R. n'a vu son fils que trois fois en deux ans et demi. Le départ de l'enfant a marqué le début des crises de spasmophilie. La peur de l'abandon attachée à l'enfance du sujet a été ravivée par cet événement. Mme R. souhaiterait récupérer ce fils. On peut penser que la naissance de son second enfant, attendue dans deux mois, amènera une diminution des troubles.

Le premier mari de Mme R. est alcoolique et elle ne le voit plus du tout. La relation avec le second mari est bonne et M.R. semble apporter une certaine stabilité dans la vie de sa femme.

La vie sexuelle du sujet ne pose pas de problèmes insurmontables bien que le désir à ce niveau soit freiné par les préoccupations de la vie quotidienne. Au cours de l'entretien, il exprime son appréhension

pour l'acte sexuel surtout pour les conséquences au niveau du développement du fœtus.

L'activité professionnelle, ralentie actuellement à cause d'une grossesse à risques, convient au sujet par ses avantages financiers et par la plasticité des horaires. Mme R. est femme de service et choisit librement ses employeurs. Son métier précédent, dans la confection, lui convenait mieux.

-Les symptômes:

Mme R. a souffert d'asthme jusqu'à 13 ans. Il existe également un terrain diabétique qui se manifeste sous estro-progestatifs anticonceptionnels. Il semble y avoir un terrain nerveux par prédisposition héréditaire: la mère a souffert d'une dépression nerveuse; le père était diabétique; une soeur est en maison de repos pour troubles nerveux et une autre est diabétique; un frère a présenté 2 méningites et un autre a fait une tentative de suicide. L'anxiété, toile de fond de ce terrain nerveux, plus un événement malheureux dans la vie du sujet qui semble avoir éveillé des conflits antérieurs mal vécus, ont fait que les troubles se sont manifestés. Les crises de spasmodie sont espacées par la prise de magnésium mais ont toujours à l'origine de leur déclenchement, un facteur psychique. Les symptômes qui accompagnent les crises de tétanie sont nombreux: tremblements, palpitations cardiaques, diarrhée, sueurs. En dehors des crises, d'autres troubles sont présents de façon permanente: insomnies, somnolences. Des fatigues visuelles et des troubles digestifs se manifestent de temps en temps. Les symptômes psychiques sont constants (difficulté de concentration et perte de mémoire). L'émotivité, l'angoisse et l'irritabilité en plus d'un complexe d'infériorité sont péniblement vécus par le sujet. On note également une tendance dépressive. L'entretien, le questionnaire ainsi que les tests confirment l'intensité et la diversité des symptômes.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Mme R. a suivi un traitement allopathique pendant une semaine (anxiolytiques) avant d'abandonner par suite des effets de somnolence. Lors des crises, elle fait appel au médecin qui calme la tétanie par une injection de sédatifs. Des cures de magnésium diminuent la fréquence des crises.

Les différents tests confirment le besoin qu'a le sujet de s'exprimer verbalement. Il a aussi besoin d'être encouragé, écouté, compris et revalorisé. Apparemment, il investit encore plus dans le thérapeute que dans le traitement. Cependant, il existe chez Mme R. une attitude passive face à ses troubles qui sont manifestes depuis 2 ans ½ et pour lesquels elle n'a entrepris de se traiter que la durée d'une semaine. La réaction du sujet face à sa spasmodie prend une tournure dépressive et les crises de larmes sont fréquentes lorsqu'il prend conscience de son état.

Face aux symptômes, l'entourage est compréhensif et les accepte sans toutefois encourager le sujet à consulter un spécialiste.

-Les causes probables des symptômes:

Avec une prédisposition héréditaire, la cause essentielle des symptômes variés et importants que présentent Mme R., semble être, à travers l'analyse des différents tests, un manque d'affection de la part de la mère. A partir de là, une peur de l'abandon et un sentiment d'insécurité ont favorisé une vie émotionnelle intense qui se manifeste par des crises de spasmophilie lorsque le sujet ne peut plus se maîtriser, c'est à dire lorsque les mécanismes de défense cèdent et que l'angoisse envahit le champ de la conscience. Afin de lutter contre cette angoisse, Mme R. a besoin d'une structure solide qu'elle trouve dans un conformisme social exagéré où la vie imaginaire et créatrice n'a pas sa place, pour éviter tout contact avec les pulsions refoulées.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Comme nous l'avons vu précédemment, les symptômes dont souffre le sujet sont, pour la plupart, quasi-constants avec une égale intensité dans les différents domaines (végétatif, sensoriel, affectif et intellectuel). Le dépistage, qui révèle un nervosisme maximal (+++++) à tous les tests, confirme l'importance des troubles.

* * * * *

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Le comportement du sujet lors des différentes passations après 6 mois de training a changé; plus calme, Mme R. ne présente plus de gestes et mimiques stéréotypés. Cependant, quelques rares demandes de réassurance persistent et une certaine émotivité se révèle dans sa voix et sa façon de répondre aux différentes questions.

-Personnalité du sujet:

Les mécanismes de l'intelligence se sont considérablement modifiés sans doute grâce à une diminution de certaines tensions affectives. Malgré un QI. augmenté de 4 points par une meilleure concentration, l'amélioration essentielle réside dans la répartition équilibrée entre l'intelligence synthétique et l'intelligence concrète. La pensée est beaucoup plus souple, adaptative et précise. Par conséquent, la réalité est mieux maîtrisée et appréhendée de façon objective, le sujet étant plus confiant. Les capacités logiques, déjà bonnes auparavant, se sont améliorées. Cette libération des facultés intellectuelles trouve son explication dans l'atténuation de crispations mentales d'origine affective.

Certains facteurs composant la personnalité ont également été modifiés depuis le début du training C.P.S.: trop soumis auparavant, le sujet manifeste une capacité de domination normale; on note une tendance à l'opportunisme et une plus grande indépendance personnelle. Plus confiante, Mme R. n'est plus aussi soupçonneuse et la participation de l'insécurité sociale à l'anxiété est dorénavant dans la norme. Le taux

d'anxiété a sensiblement baissé grâce à l'acquisition d'une certaine stabilité. La réalité est mieux maîtrisée et les tensions sont exprimées rapidement et de façon adaptée. Cependant, les besoins insatisfaits entraînent une tendance à la frustration, à l'irritabilité et à un sentiment de culpabilité.

-Vie affective et relationnelle:

La vie affective se caractérise par une levée des inhibitions: l'émotivité, l'irritabilité et l'agressivité, toujours présentes, sont extériorisées mais de façon proportionnelle à la situation extérieure. Les tensions affectives, causées par des refoulements antérieurs, se dissipent, abaissant le taux d'anxiété. La tendance dépressive a disparu et est remplacée par l'ébauche d'une vie fantasmatique et imaginaire autrefois absente. L'hypochondrie et l'angoisse de morcellement, sans doute d'origine parentale, se sont entièrement résorbées. Les rôles parentaux sont aujourd'hui mieux compris et mieux intégrés. L'absence de structure causée par la maladie puis la disparition précoce du père a trouvé une compensation dans la présence du conjoint et celle du fils, âgé de 3 mois. Il existe toujours une demande de réassurance, de protection mais elle est moindre. L'image maternelle est mieux acceptée et n'évoque plus les sentiments ambivalents d'autrefois. L'intégration des rôles parentaux semble avoir favorisé l'évolution de la sexualité du sujet et de sa féminité. Le conjoint confirme ces derniers points.

La naissance d'un second fils a ravivé le souvenir des événements traumatisants liés à la première maternité. Les sentiments dépressifs et les sentiments de culpabilité ne furent heureusement que passagers. Le nouveau-né est considéré comme l'occasion de recommencer une autre vie en essayant d'oublier ou du moins de relativiser les expériences passées.

Le métier de Mme R. est mieux accepté aujourd'hui dans la mesure où elle prend conscience des avantages qu'il lui procure, surtout en ce qui concerne le fait qu'elle peut amener son fils avec elle au travail.

-Les symptômes:

Depuis le début du training, le sujet n'a plus eu de crises de spasmodie. Les symptômes neurovégétatifs (tachycardie, boulimie, troubles digestifs, migraines) ont disparu sauf une tendance à la diarrhée lors de situations stressantes. Les insomnies et les somnolences se sont complètement résorbées. Quelques fois, le sujet souffre encore de fatigue visuelle. Certains symptômes psychiques, bien que moindres, se manifestent encore occasionnellement (dépression, angoisses, obsessions, complexe d'infériorité). D'autres sont restés inchangés (difficulté de concentration, pertes de mémoire, émotivité et irritabilité) selon les dires du sujet. Malgré cela, les tests permettent de dire que ces 4 symptômes ont tout de même diminué.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

En général le sujet est plus confiant, plus décontracté et prend les choses avec plus de recul. Les détails de la vie quotidienne ne le préoccupent plus autant. La passivité face aux symptômes a cédé la place à un désir de bien-être. L'entourage a également remarqué certains

changements: le sujet contrôle davantage son irritabilité et son hyperémotivité et il considère les événements à leur juste valeur.

-Les causes probables des symptômes:

La levée des inhibitions est évidente chez Mme R. qui a su combler le manque de structuration par une relation privilégiée avec son conjoint. L'anxiété, toujours manifestée par l'irritabilité et l'hyperémotivité a fortement diminué, permettant au sujet de maîtriser normalement la réalité. Le manque d'affection maternelle est mieux intégré ce qui permet au sujet d'être plus confiant, moins timide.

Autrefois trop conformiste, le sujet est maintenant plutôt indépendant, décidé, faisant preuve de productivité personnelle. La naissance de son deuxième enfant a permis à Mme R. d'extérioriser les tensions latentes de son expérience maternelle passée et favorise ainsi ce mieux-être.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Le second dépistage est positif et correspond aux résultats escomptés. Aux appareils de repos et de moyen effort, le sujet ne présente plus qu'une tendance hyperautocinésique (+). A l'appareil de grand effort, qui reflète l'activité psychique, on note encore un début de diplopie accompagnant une instabilité nerveuse: tantôt hyperautocinésique (++), tantôt hypoautocinésique. On peut conclure que le dépistage reflète fidèlement l'état nerveux du sujet et la persistance de certains symptômes psychiques. Environ trois mois de training supplémentaires seront nécessaires pour atteindre la perfection des tests.

Notons enfin la particularité de ce cas où le sujet a entrepris le training C.P.S. deux mois avant d'accoucher. Il est hautement probable que cet événement aurait amené à lui seul une évolution du sujet; il est difficile d'isoler le sujet et, en tout état de cause, impossible d'attribuer tout le mérite de cette évolution favorable à la thérapie.

* * * * *

ETUDE DE CAS n°6

Monsieur L.

-Présentation générale du sujet:

Monsieur L. est le plus jeune des sujets étudiés dans ce travail. A 16 ans, c'est un élève brillant qui excelle surtout dans les mathématiques.

M.L. se présente comme un adolescent renfermé, introverti, discret. Sa croissance physique n'est pas encore achevée et l'on devine un certain malaise à intégrer ce nouveau corps sans cesse changeant.

Au cours des différents tests, le sujet émet quelques rares demandes de réassurance, en l'absence de tout commentaire. Les tests sont exécutés très consciencieusement avec la maturité d'un adulte. Le sérieux dont fait preuve le sujet paraît presque excessif compte tenu de son âge; sa sincérité et sa simplicité témoignent du fait qu'il ne cherche pas à donner une certaine image de lui-même.

Son passe-temps favori, auquel il s'adonne passionnément, est la lecture. M.L. consulte pour un bégaiement important qui évolue depuis l'enfance (4-5 ans).

-Personnalité du sujet:

Le quotient intellectuel remarquablement élevé (130) se situe dans la classe supérieure, ne représentant que 2,2 % de la population. C'est dire l'étendue des capacités intellectuelles de cet adolescent qui excelle également aux épreuves verbales et à celles de performance. Les réponses sont données avec une extrême rapidité. La mémoire est excellente; les facultés d'observation sont bonnes. En revanche, une discrète désorientation spatiale abaisse la note globale.

Les mécanismes de l'intelligence sont bons (les capacités de synthèse sont excellentes, l'intelligence pratique est bien employée, les facultés d'observation sont normalement développées). Toutefois, la pensée est stéréotypée, s'opposant à une bonne adaptation aux événements extérieurs. La réalité est mal contrôlée du fait d'une pensée parfois floue ou, pour le moins, trop rigide contrôlée par la raison.

Les tests mettent en évidence un sujet inhibé, réservé, critique et rigide. Un côté insouciant et enthousiaste contraste avec le sérieux observé dans le comportement. Dans l'ensemble, le sujet est accommodant et confiant, en dépit d'une certaine timidité. Il a tendance à être trop direct avec son entourage et ne manifeste aucune prétention.

Sa personnalité comporte une facette d'indépendance personnelle, de libéralisme et d'opportunisme excessifs. M.L. est très contrôlé et formaliste ce qui favorise une anxiété non négligeable (il obtient 8 sur l'Echelle d'Anxiété de Cattell). Les mécanismes de défense mis en place sont élevés, favorisant une grande tension intrinsèque. En effet, l'anxiété est bien contrôlée et le sujet ne laisse rien transparaître si ce n'est un léger sentiment de culpabilité et une tendance dépressive.

-Vie affective et relationnelle:

La vie affective de M.L. est teintée d'insécurité et d'immaturité engendrant une certaine anxiété. Les sentiments agressifs sont importants et alternent avec des périodes de dépression et de culpabilité. En général, on peut dire que la vie affective est complètement refoulée; les sentiments ne sont que rarement extériorisés. Les intérêts affectifs sont limités. La vie affective, très perturbée, est entièrement refoulée et ne transparaît qu'à travers une réalité mal appréhendée, floue et source d'indécision.

L'image paternelle évoque un manque de structuration chez le sujet avec pour conséquence une immaturité affective et des sentiments agressifs refoulés face à un père qui n'entretient aucune relation avec son fils. Toute la dynamique familiale semble perturbée: la mère, autoritaire, dominatrice, étouffant littéralement le sujet, jouerait le rôle du père qui, lui, est absent de toute relation. Cette mère castratrice pourrait être responsable de ce désir d'indépendance manifesté par le sujet. En tous cas, la relation maternelle est au centre de la problématique: le sujet ne parvient pas à s'en détacher et à échapper à son emprise; de ce fait, il n'arrive pas à s'affirmer, besoin vital à cette période de la vie. Des sentiments ambivalents découlent de ce conflit, notamment une certaine agressivité transposée sur la mère, vue comme responsable de la non affirmation de soi.

La sexualité semble causer une vive curiosité chez M.L. et accompagne l'éveil des pulsions, normal à cet âge. Toutefois, la sexualité s'accompagne d'une immaturité affective sans doute en relation avec une identification faible, voire absente, au père.

-Les symptômes:

Le sujet ne possède pas d'antécédents; cependant, d'autres membres de la famille ont une constitution nerveuse (soeur spasmophile, père et grand-père cardiaques). Cette étude de cas est intéressante dans la mesure où les symptômes sont sensori- moteurs (troubles visuels et de la parole: bégaiement) et affectifs (timidité, émotivité, angoisses, irritabilité, complexe d'infériorité). Tout au moins, ce sont ceux qui se manifestent le plus fréquemment. D'autres symptômes ne se manifestent que rarement (migraines, claustrophobie, difficulté de concentration, pertes de mémoire). Dans ce cas, la représentation symptomatique correspond bien aux différents conflits affectifs intrinsèques.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Les symptômes sont apparus vers l'âge de 4-5 ans. C'est le bégaiement qui a le plus retenu l'attention des parents. Depuis cet âge, les troubles n'ont cessé de s'accroître jusqu'à 14 ans, âge auquel le sujet entreprend une psychothérapie pendant 2 ans. Celle-ci accroît la confiance du sujet en lui-même mais n'a aucune incidence sur le symptôme le plus évident et le moins bien vécu: le bégaiement. Le sujet ne cache pas l'importance de la relation avec le thérapeute: elle compte plus que le traitement lui-même. Pour M.L., la relation avec une tierce personne lui permet d'exprimer les tensions liées à sa vie affective familiale. En restituant la place de chacun dans la dynamique familiale, le thérapeute a réussi à aider le sujet à se soustraire en partie à

l'emprise maternelle. Disposant d'une relative autonomie, M.L. s'épanouit de façon plus harmonieuse.

Le sujet présente peu de dynamisme face à ses troubles qu'il ne peut appréhender objectivement. Toutefois, il a suivi très régulièrement sa psychothérapie ce qui laisse supposer que le training C.P.S. sera régulier.

L'entourage familial trouve le sujet révolté, agressif, irritable alors qu'il se présente comme contrôlé et réservé.

-Les causes probables des symptômes:

La cause probable des symptômes, déjà anciens, semble être un problème affectif d'origine parentale: un père absent, une mère étouffante et possessive n'ont pas permis un travail identificatoire normal. La conséquence est un sentiment de culpabilité lié à une importante agressivité entraînant une immaturité affective qui est transposée dans la relation avec autrui, celui-ci étant peu recherché.

Les troubles émotionnels entraînent une perception floue de la réalité qui est mal maîtrisée. Les désirs du sujet ne correspondent que rarement aux réalisations. Il souffre d'un complexe d'infériorité et d'un sentiment d'incomplétude relevant de mécanismes de refoulement. En cette période où les pulsions sexuelles s'éveillent, on conçoit l'impact d'une anxiété face au sexe opposé qui est considéré au travers de l'expérience maternelle.

Une grande agressivité refoulée, créant une importante culpabilité, semble, dans ce cas, favoriser le bégaiement. En effet, chez ce sujet très contrôlé, le refoulement constant de conflits affectifs se manifeste par un trouble moteur du langage.

-Corrélation entre symptômes et dépistage CPS:

M. L. , au dépistage C.P.S., obtient la note maximale (++++) aux tests dévoilant la vie sensorimotrice, la vie affective et psychique. En comparant les résultats obtenus au dépistage et l'intensité des symptômes on peut noter 2 points essentiels. D'abord, il y a confirmation d'une vie neurovégétative peu perturbée (quelques migraines se manifestant rarement), et d'une vie sensorimotrice et affective très dérégulée. Cependant, les tests ne concordent pas avec le degré de nervosisme (maximal) obtenu à l'activité de l'intellect. En effet, la W.A.I.S. et le Rorschach mettent en évidence un esprit brillant, voire exceptionnel, avec des mécanismes intellectuels adaptés dans l'ensemble, et ne coïncident pas avec les résultats obtenus au dépistage C.P.S. Si effectivement, les résultats obtenus dans les 6 mois de training à la W.A.I.S. se révélaient encore meilleurs, l'on pourrait accuser une difficulté de concentration et de mémoire comme responsable du nervosisme détecté aux appareils Quertant.

* * * * *

CAS N° 6 :

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Le sujet ne fait plus de demande de réassurance. Il est plus sûr de lui et plus confiant. On note une levée des inhibitions. En effet, M.L., très renfermé, timide, discret, est aujourd'hui plus ouvert: il fait des commentaires sur les tests, et la passation s'accompagne de remarques, de sifflements; le sujet extériorise plus facilement sa pensée.

Toujours sérieux et consciencieux pendant la passation, M. L. reste simple et modeste, sans prétention.

-Personnalité du sujet:

Le Q.I., déjà élevé il y a 6 mois (130) a gagné 7 points grâce à une vitesse d'exécution plus grande des tests. L'organisation temporelle et spatiale s'est développée. Les capacités d'observation sont meilleures. La logique est plus soutenue. Le rapport entre l'intelligence abstraite et l'intelligence concrète est resté identique et normal. La pensée est moins stéréotypée dénotant une diminution de certaines tensions affectives. Néanmoins, la pensée reste imprécise et floue, altérant la perception du réel qui est mal maîtrisée. La fonction rationnelle domine trop la vie affective.

La réalité, bien que toujours perçue de façon floue et subjective, sans doute à cause de crispations mentales engendrées par des tensions affectives, est moins anxiogène. Le sujet parvient à analyser plus en profondeur les composantes de la réalité. M. L. s'accepte mieux, est plus confiant, ce qui lui permet d'appréhender le réel avec un moindre sentiment d'infériorité et moins d'insécurité affective. La mère dominatrice est mieux acceptée, ce qui explique que le sujet parvient à "exister" au sein de la société, à laquelle il reste toujours peu conforme.

M. L. est plus ouvert, plus coopérant. On note un développement de la productivité personnelle. Il est plus autoritaire et exprime plus facilement son désaccord. Moins opportuniste, il est beaucoup plus spontané et sociable. Sa sensibilité s'est accrue. Toujours libéral, il est cependant bien plus rusé et socialement averti.

L'anxiété a nettement diminué chez un jeune homme moins contrôlé, moins formaliste et normalement soucieux de son image. Avec la levée des inhibitions, certaines émotions sont moins bien contenues. L'insécurité sociale a énormément baissé, ôtant au sujet sa méfiance. Les sentiments dépressifs ont disparu ainsi que la tendance à se culpabiliser. Les pulsions sont davantage satisfaites créant moins de tensions, permettant au sujet d'être le plus souvent détendu et serein.

Malgré une diminution, le taux d'anxiété reste cependant toujours élevé et l'anxiété est omni-présente, mais à un degré moindre.

-Vie affective et relationnelle:

M. L. est moins inhibé; les sentiments dépressifs ont disparu et ont cédé la place à un sujet plus dynamique, plus entreprenant. La vie

affective reste étouffée par la raison, malgré le développement de la vie fantasmatique. Les affects sont encore inexprimables par le verbe mais ils se manifestent indirectement par certaines attitudes, mimiques et d'une façon générale par un comportement plus ouvert.

La vie affective s'est stabilisée grâce à une identification parentale bien intégrée: le père est reconnu comme détenteur du pouvoir et la mère est mise à distance; le sujet a pu se détacher de son emprise mais reste fragile et immature. M. L. parvient à extérioriser ses sentiments agressifs, latents autrefois, par rapport à sa mère, par une attitude d'opposition et une affirmation de soi. De ce fait, le complexe d'infériorité a diminué. Par contre, les sentiments d'incomplétude, de morcellement au niveau du corps, persistent et une certaine hypochondrie en est la manifestation.

La vie affective est moins teintée d'immaturité; le sujet commence à prendre conscience de son rôle d'adulte et il commence à prendre ses responsabilités. On note une certaine stabilisation des pulsions, une maîtrise par le sujet, qui n'existait pas auparavant.

M. L. parvient à approfondir sa perception des affects mais elle reste très subjective et souvent éloignée du réel.

L'agressivité s'extériorise et permet une diminution des sentiments de culpabilité.

La vie sexuelle n'évoque plus une attitude passive teintée d'incomplétude et d'insécurité. Il y a, à ce niveau une extériorisation des sentiments agressifs avec une immaturité affective. Un désir d'action est exprimé.

-Les symptômes:

Sur 11 symptômes nerveux, 9 ont été améliorés. Les troubles de la parole restent inchangés mais les fatigues ont disparu. Les migraines, seul symptôme neurovégétatif, ont disparu. Les 2 symptômes de l'intellect (difficulté de concentration et pertes de mémoire), ont été complètement résorbés. Les troubles affectifs autrefois très fréquents (timidité, émotivité, angoisses, irritabilité), ne se manifestent plus que rarement. La claustrophobie a disparu. Le complexe d'infériorité n'a que très peu diminué. Les quelques troubles restants sont d'origine affective.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

M. L. éprouve beaucoup moins le besoin de parler de ses symptômes. Il n'investit plus autant dans la relation thérapeutique. Ce fait laisse supposer que le sujet a acquis une plus grande indépendance personnelle; il a pris conscience que la solution de ses problèmes affectifs n'était pas à rechercher à l'extérieur mais bien en lui-même.

Le sujet a confiance dans le training C.P.S. même si le bégaiement n'a pas encore été normalisé. La disparition de la plupart des symptômes accroît en lui cette confiance.

Face à ses troubles, M. L. est un peu plus objectif et surtout il est plus dynamique et arrive à mieux contrôler ses pulsions. Le sujet a été très régulier au cours du training et a effectué chaque séance consciencieusement.

L'entourage a remarqué une plus grande maturité affective, plus de détente et de naturel. Il note une plus grande constance dans le comportement surtout affectif.

-Les causes probables des symptômes:

Comme nous l'avions supposé dans la première partie de l'étude de ce cas, les causes essentielles des symptômes viennent d'une relation perturbée avec les parents du sujet. Effectivement, en même temps que s'effectuait un travail identificatoire, la majorité des symptômes ont disparu. Cependant, M. L. a des difficultés, bien qu'il se soit soustrait à l'emprise maternelle, à se débarrasser de son complexe d'infériorité. De même l'immaturité affective reste importante. L'anxiété ayant diminué, ainsi que les sentiments de culpabilité liés à une agressivité refoulée, l'on aurait pu s'attendre à une amélioration du bégaiement. Notons que les quelques symptômes persistants sont d'origine affective et que le bégaiement pourrait dépendre des conflits affectifs encore irrésolus.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Le dépistage révèle une normalisation (N) de la vie sensorimotrice correspondant à la disparition des troubles à ce niveau. La vie neurovégétative est presque normalisée (-) et coïncide avec la disparition des migraines. Par contre, l'affectivité et l'intellect (--) sont encore perturbés et expliquent la persistance, bien que de fréquence et d'intensité moindres, des troubles affectifs. Le bégaiement pourrait trouver son origine dans des conflits psychiques non résolus et qui ne peuvent s'exprimer, pour l'instant, qu'à travers lui.

* * * * *

ETUDE DE CAS n°7

Madame B.

-Présentation générale du sujet:

Madame B., 50 ans, est mariée depuis 30 années et n'a pas d'enfant. Elle s'occupe professionnellement de l'entretien d'une grande maison et d'un jardin. Elle aime ce métier qui lui laisse une relative liberté. Elle est sociable, chaleureuse, "bonne vivante".

Elle consulte principalement pour une insomnie rebelle à plusieurs traitements et des migraines. Elle se plaint d'une faible vitalité.

L'observation du sujet au cours des tests révèle une très grande émotivité qui se traduit dans les gestes (tremblements), les mimiques, sur le visage qui transpire facilement, par les exclamations et demandes de réassurance. Malgré ce comportement qui évoque presque un accès de panique, Mme B. est très appliquée aux diverses épreuves.

-Personnalité du sujet:

Le niveau intellectuel est moyen (Q.I.=103) avec une meilleure note à l'échelle de performance malgré l'importante émotivité. L'interruption précoce de la scolarité, le travail manuel rendent compte de cette limitation des connaissances générales. L'intelligence est surtout synthétique ce qui laisse supposer l'existence de crispations mentales en rapport avec des tensions affectives. L'intelligence est peu tournée vers le concret; il existe pourtant des facultés d'observation potentielles qui sont sous-employées. La pensée est fortement stéréotypée et s'adapte peu aux circonstances nouvelles. Il existe, pour structurer cette pensée superficielle, un excès de conformité à la pensée du groupe.

En dépit de l'apparence sociable et extravertie, l'essentiel de la vie psychique est intériorisé; il existe une tendance à l'introversion et à la timidité. Mme B. est trop soumise et accommodante. La seule opposition se manifeste envers elle-même sous la forme d'une auto-critique. Mme B. est sérieuse et consciencieuse. Sensible et dépendante, elle est confiante au sein d'un entourage qui lui est connu. Elle reste réservée en dehors de ce groupe.

La soumission aux contingences est excessive et l'imagination est pauvre. Le respect de la tradition est total. Mme B. souffre d'une anxiété importante; principalement parce qu'elle ne parvient pas à exprimer ses tensions de façon adaptée. Elle reste impuissante face à son émotivité. Sa conscience de soi est peu développée. La plus grande part de l'anxiété est due à l'insatisfaction de besoins de toutes sortes c'est à dire à la pression élevée du Ca. Il y a chez Mme B. tendance à se culpabiliser.

-Vie affective et relationnelle:

Le sujet est dynamique sur le plan affectif; sur ce plan, la capacité d'adaptation est bonne. Le sujet a tendance à concrétiser ses affects pour les nommer. Malgré le manque de confiance en soi, la vie

affective est équilibrée. Cependant, les troubles émotionnels entraînent une mauvaise maîtrise de la réalité puisqu'ils ne sont pas dominés.

Le père semble peu présent dans la relation, tout au moins d'un point de vue intellectuel. Sa mort prématurée ne semble pas avoir eu d'importantes répercussions sur le développement du sujet.

La mère en revanche suscite des sentiments agressifs que le sujet extériorise sur le mode émotif. L'attitude d'opposition face à l'image maternelle dénote un conflit, responsable d'un sentiment d'infériorité.

Sa personnalité introvertie prédispose le sujet à une retenue dans sa relation aux autres; ceux-ci apportent pourtant un élément stabilisant aux pulsions du sujet.

La vie sexuelle n'apparaît pas pleinement satisfaisante. Une certaine agressivité témoigne d'un problème à ce niveau, sans doute en rapport avec la mère archaïque.

-Les symptômes:

Il y a certainement une part d'hérédité dans les troubles nerveux dont souffre Mme B. Le décès d'un frère de 20 ans, le suicide du père suivi d'une dépression de la mère puis de sa mort 2 ans après, alors que le sujet était âgé de 17 ans sont les antécédents les plus marquants.

La sphère affective est perturbée; les manifestations d'irritabilité, d'émotivité, de timidité sont fréquentes. Migraines et insomnies presque quotidiennes ont motivé la consultation.

La vie intellectuelle se caractérise par d'importantes difficultés de concentration et des pertes de mémoire. Le sujet signale l'existence, au plan sensori-moteur, d'une fatigue visuelle fréquente.

Les troubles existent depuis un an et demi et ont fait suite à la perte de deux personnes proches. Le complexe d'infériorité s'est accentué à la même époque.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Depuis un an, Mme B. utilise des somnifères qui facilitent son endormissement. En cas de réveil nocturne, elle ne peut se rendormir. L'investissement dans le thérapeute apparaît important, mais dans le but de parler des symptômes et non des difficultés personnelles.

Face à ses symptômes, Mme B. est ambivalente avec tantôt un dynamisme à toute épreuve, tantôt une résignation et un pessimisme soutenus. De ce fait il est difficile de prévoir sa participation au training C.P.S.

-Les causes probables des symptômes:

Le cas est intéressant dans la mesure où les conflits affectifs, très refoulés, ne s'extériorisent pas dans ce domaine. En effet, l'affectivité ne semble pas très perturbée, tout au moins pas autant que l'intellect. Un autre indice dénotant une anxiété importante est l'excès de conformisme, d'attachement au groupe et à l'Autre en général, malgré une personnalité introvertie. Ce besoin de structure s'explique par le décès prématuré des parents et d'un frère alors que le sujet n'avait que 17 ans. Un terrain nerveux joint à une enfance difficile ont permis à Mme B. de développer une fragilité nerveuse qui s'est exprimée à la première occasion: décès de 2 personnes chères.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Mme B. présente un nervosisme maximal à 3 tests (++++). Par contre, l'appareil dit de repos met en évidence un nervosisme moindre (++++) de la vie sensori-motrice. Hormis quelques troubles visuels, en effet, la vie sensori-motrice ne manifeste guère de perturbation. La corrélation avec les résultats du dépistage est plausible.

Le dépistage à l'appareil de moyen effort révèle un nervosisme maximal. Les symptômes neurovégétatifs sont pourtant peu nombreux mais ils sont intenses et fréquents: le sujet souffre d'horribles migraines.

Pour l'affectivité comme pour l'intellect, le dépistage montre une hyperautocinésie maximale (++++). Or, les symptômes que présente et dont souffre le sujet sont d'origine affective. Les troubles d'origine intellectuelle (troubles de la concentration et de la mémoire), importants au dépistage, retrouvés lors des tests, ne sont pas mal vécus par le sujet. L'insomnie est le symptôme le plus important et le plus péniblement ressenti.

Au total, les symptômes sont peu nombreux mais très localisés et correspondent au degré de nervosisme détecté lors du dépistage.

* * * * *

CAS n°7

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Mme B. est beaucoup moins émotive. Lors des différents tests, on remarque son calme, sa plus grande confiance en elle-même. Les gestes stéréotypés qui trahissaient une nervosité psychomotrice incontrôlée sont plus rares. On observe, dans les gestes, le langage, la voix, que l'émotivité est mieux contenue. La situation actuelle de Mme B. est pourtant très inconfortable: sa belle-mère, mourante, achève sa vie au domicile de Mme B. Les semaines passées et les jours à venir sont particulièrement éprouvants pour le sujet qui prodigue ses soins à la malade. L'entente conjugale est également mise à l'épreuve.

Le désarroi de Mme B. la mène à la dépression et n'a trouvé comme mode d'expression qu'une tentative de suicide. Elle suit actuellement un traitement médicamenteux anxiolytique et antidépresseur.

-Personnalité du sujet:

Le quotient intellectuel a augmenté de 10 points, ce qui est considérable. Ce résultat est dû à une plus grande rapidité d'exécution de l'ensemble des tests, par une meilleure concentration, un esprit d'observation plus développé et une logique plus acérée.

Mme B., grâce à une plus grande confiance en elle-même, est persévérante et n'abandonne plus les tests qu'elle a du mal à réaliser. Les mécanismes de l'intellect ont connu d'importantes modifications: l'intelligence de synthèse, autrefois très élevée, dénotant des crispations mentales, est adaptée aujourd'hui. Par contre, bien que toujours un peu sous la norme, l'intelligence pratique est plus tournée

vers la réalité. L'esprit d'observation, nul il y a 6 mois, est devenu normal. Les capacités d'attention, très faibles autrefois, sont excellentes. Le flou constant dans la perception a cédé la place à une pensée précise mais qui tend à être rigide et stéréotypée.

Mme B. est un peu plus extravertie, bien que la personnalité soit plutôt inhibée avec une connotation dépressive. L'esprit d'opposition est resté le même, toujours orienté vers soi. Plus soumise, elle est plus réaliste et satisfaite d'elle-même. En effet, les troubles émotionnels, dorénavant maîtrisés, lui permettent de mieux contrôler la réalité. Plus confiante malgré la persistance d'un complexe d'infériorité, Mme B. est plus imaginative et encore plus policée. Elle est restée attachée au groupe, à ses idées, à ses traditions.

Le taux d'anxiété a gagné un point à l'Echelle de Cattell à cause d'une augmentation des tensions et des frustrations dues à la situation familiale délicate que vit le sujet actuellement. En effet, il semblerait que les besoins insatisfaits de toutes sortes entraînent chez le sujet, un sentiment d'impuissance, de renoncement et de dépression. Néanmoins, d'autres composantes de l'anxiété connaissent une amélioration: Mme B. se contrôle beaucoup mieux grâce à une augmentation de la conscience de soi; l'émotivité et les tensions sont mieux dominées; les sentiments de culpabilité ont baissé. La participation de l'insécurité sociale à l'anxiété est encore faible.

-Vie affective et relationnelle:

On note une extériorisation des sentiments qui sont plus contrôlés grâce à une levée de certaines inhibitions sans doute par une meilleure intégration des images parentales. Certains mécanismes de défense (surtout le refoulement) sont davantage structurés, permettant une certaine maîtrise sur la vie affective. L'agressivité, autrefois exprimée semble avoir été refoulée. Les sentiments, étant perçus de façon plus juste, permettent une meilleure compréhension des affects et par là même, une bonne intégration de ceux-ci.

L'image paternelle évoque une anxiété moindre et l'image maternelle n'engendre plus d'immaturité affective doublée de sentiments agressifs.

La relation à l'Autre se fait sous le signe de l'inhibition. Pourtant, celui-ci a une action stabilisatrice sur les pulsions de Mme B. qui ne parvient pas à extérioriser ses sentiments autant qu'elle le voudrait.

La vie sexuelle, déjà problématique il y a 6 mois, produit aujourd'hui d'importantes tensions en rapport semble-t-il avec la présence de la belle-mère mourante au domicile conjugal.

-Les symptômes:

Dans l'ensemble, les symptômes étaient en voie d'amélioration il y a 3 mois. Depuis, période à laquelle la santé de la belle-mère s'est considérablement aggravée, ils sont restés inchangés pour la plupart, certains ayant même régressé. Sur le plan sensori-moteur, les fatigues visuelles sont aussi fréquentes. La vie neurovégétative révèle d'importantes insomnies. Par contre, les migraines ne se manifestent plus que rarement. L'affectivité est plus perturbée qu'avant, dénotant l'impact de la situation actuelle. Rappelons que les symptômes cités lors de la première passation sont apparus à la suite de pertes d'êtres

chers, rappelant la séparation inattendue et prématurée d'avec ses parents. Aujourd'hui de nouveau, la perte proche d'un membre de la famille suscite une importante perturbation sur le plan affectif se traduisant par des sentiments dépressifs et des angoisses. Sur le plan de l'intellect, les troubles de mémoire se sont accrus.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Face à son état actuel, Mme B. n'arrive plus à réagir. Elle est complètement submergée par des sentiments dépressifs et ne voit plus d'issue à sa situation. Le décès de sa belle-mère attendu avant la fin de l'année dernière n'est pas encore survenu. La tentative de suicide était un appel au secours, appel que le sujet ne parvenait pas à verbaliser. Depuis cet événement, révélant l'état de désespoir dans lequel se trouvait Mme B. et qui a permis l'extériorisation de certains affects, sa santé s'est améliorée. De plus, elle suit un traitement médicamenteux à base d'anxiolytiques et d'antidépresseurs.

Au long de ce training C.P.S., on peut dire que le sujet a beaucoup investi dans la thérapie et moins dans la relation avec le thérapeute. Mme B. a été très régulière dans son training.

Face à l'état actuel du sujet, l'entourage proche est peu réceptif et se concentre davantage sur la santé de la belle-mère. Il semble que personne ne prend au sérieux son surmenage et ses sentiments dépressifs.

-Les causes probables des symptômes:

Cette étude de cas confirme le fait que l'on ne peut jamais isoler l'évolution nerveuse d'un sujet en attribuant les mérites à telle ou telle thérapie sans tenir compte des événements venant de l'extérieur. Peut-être que sans le training C.P.S., Mme B. aurait déjà sombré dans une dépression grave, peut-être aurait-elle réagi autrement face aux événements familiaux actuels qui éveillent en elle ce qu'elle craint le plus: la peur de perdre.

D'un point de vue symptomatologique, les progrès sont faibles. On note un mieux-être avec une plus grande confiance en soi, moins de timidité et une meilleure compréhension des faits du réel. Sur le plan affectif, on relève une levée de certaines inhibitions permettant l'extériorisation des sentiments bien que difficilement verbalisables. Les émotions sont beaucoup mieux maîtrisées. D'une manière générale, la réalité ainsi que tous les éléments qui la composent sont perçus de façon plus objective. Les capacités intellectuelles se sont développées et les mécanismes de l'intellect ont été normalisés.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Le dépistage met en évidence une tendance nerveuse du tonus général(+). Pourtant, les fatigues visuelles sont toujours présentes. Aux niveaux des vies neurovégétative, affective et intellectuelle, on note une fatigue générale(--). Aussi, le dépistage confirme-t-il les troubles existants (difficultés de concentration, pertes de mémoire, angoisses, irritabilité et émotivité).

Etude de cas n°8

Mademoiselle A.

-Présentation générale du sujet:

Mademoiselle A., 32 ans, espère obtenir son diplôme d'architecte dans 6 mois. En dehors de ses études, elle gagne sa vie en travaillant dans un atelier de céramique. De taille moyenne, Mlle A. se soucie excessivement de son poids qui est pourtant idéal. Cela dénote un manque de confiance en soi et c'est bien l'un des motifs qui l'amènent à consulter. Il existe, en outre, des difficultés de concentration, notamment pour trouver certains mots dans la conversation, des angoisses, des spasmes de la gorge, des règles douloureuses et une grande fatigue.

Face aux divers tests, Mlle A. n'éprouve aucune gêne; elle est réservée mais naturelle. On ne note pas d'obstination, d'orgueil; il y a peu d'attachement à l'image de soi. Le sujet fait de son mieux, les demandes de réassurance sont rares, la voix est calme. Aucun mouvement de tension ou de nervosité n'accompagne la passation.

-Personnalité du sujet:

A la W.A.I.S., Mlle A. obtient un bon Q.I. (118) avec un décalage entre les deux échelles: 121 à l'échelle verbale, 112 à celle de performance.

Mémoire et concentration sont très moyennes. L'organisation spatiale et temporelle est passable, surtout lorsque le temps imparti à l'épreuve est limité.

Les facultés d'observation sont peu développées, ce qui surprend chez un architecte. La logique est bonne. L'équilibre est satisfaisant entre intelligences concrète et abstraite. Le sens pratique est développé, parfois sans adéquation à l'optique du groupe. L'imagination débordante éloigne le sujet de la réalité. La pensée est souple.

Le sujet est plutôt introverti; sa productivité personnelle et sa vie fantasmatique sont importantes. Il y a tendance à la soumission et à l'insouciance. Le sujet est confiant, accommodant mais timide. Il est sensible, sincère et sans prétention. Il est moyennement formaliste et se contrôle généralement bien. Le taux d'anxiété est normal; il existe toutefois une tendance à se culpabiliser. Des circonstances défavorables peuvent aisément entraîner tension et surmenage.

En général, Mlle A. domine ses émotions et fait face à la réalité. Elle respecte la tradition, mais fait preuve de beaucoup d'indépendance personnelle et ne partage pas toujours les idées de son entourage.

-Vie affective et relationnelle:

La relation avec le père, décédé 4 ans auparavant, semble avoir été excellente. La relation avec la mère est en revanche problématique. Cette dernière a tendance à dominer et à étouffer sa fille qui supporte mal cette relation. Et pourtant, Mlle A. vit dans l'appartement voisin de celui de sa mère et en dépit de ses plaintes et critiques à l'encontre de celle-ci, elle ne s'installe pas ailleurs. Il existe

d'importants sentiments agressifs envers la mère. La naissance d'un frère, de 2 ans plus jeune qu'elle, semble avoir été mal vécue. Un autre frère est venu compléter la fratrie et Mlle A. en a éprouvé une jalousie évidente.

La mère castratrice, dont Mlle A. ne peut se détacher, est devenue son bouc émissaire. Le Rorschach révèle une peur du morcellement corporel compensée par une fuite dans l'imaginaire. Une certaine hypochondrie transparait encore à travers l'image maternelle. L'ensemble du tableau fait penser qu'il n'y a pas eu possibilité d'identification à la mère, les personnalités étant trop différentes notamment dans la dépendance à autrui.

Mlle A. n'a pas d'enfant et n'en souhaite apparemment pas. Elle a pour ami un toxicomane particulièrement instable qui lui crée de multiples difficultés.

Un certain refus de la féminité, reconnu par le sujet et s'exprimant notamment par des menstrues douloureuses, gêne l'épanouissement de la sexualité. L'absence d'identification à la mère contribue aux problèmes sexuels devant lesquels le sujet a tendance à fuir plutôt que de les prendre en considération.

Mlle A. travaille à son mémoire d'architecture depuis 2 ans ½; elle avait convoqué le jury pour la soutenance à deux reprises puis s'est désistée au dernier moment par manque d'assurance et de confiance en son travail.

-Les symptômes:

Les troubles de la parole sont évidents chez le sujet dans le sens où il éprouve des difficultés à trouver les mots adéquats. Les troubles auditifs et visuels se manifestent rarement lors des périodes de surmenage. Des vertiges accompagnent les menstrues douloureuses. La boulimie est fréquente par accès. L'émotivité, les angoisses, les périodes dépressives sont rares. Les symptômes touchant l'intellect sont en revanche fréquents: difficulté de concentration, pertes de mémoire, timidité, complexe d'infériorité. C'est à ce niveau que le nervosisme s'exprime le plus. Les troubles se sont accrus dans les six derniers mois. Le père disparu, il y a eu retour au foyer maternel et difficultés relationnelles avec le concubin.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Un traitement entrepris pour atténuer les douleurs menstruelles s'est révélé inefficace. Le sujet est dynamique face à ses troubles dans la mesure où il veut les résoudre personnellement. Bien qu'un soutien thérapeutique lui soit utile, il ne consulte pas volontiers du fait de son caractère indépendant. Dans le cas présent, seule la douleur l'a motivé suffisamment pour qu'il demande une aide extérieure. Pour ce qui est de la C.P.S. on peut prévoir un training régulier puisque celui-ci se pratique de façon personnelle et que les efforts doivent provenir du sujet lui-même. En résumé, Mlle A. investit plus dans la thérapie que dans le thérapeute.

L'entourage proche, essentiellement la mère, reproche au sujet son agressivité et son esprit de contradiction. Les frères remarquent un manque de persévérance et un certain laisser-aller visible dans les

études (celles-ci, en effet, n'ont pas toujours été poursuivies assidûment). En général, le sujet a du mal à s'affirmer.

-Les causes probables des symptômes:

Un conflit entre le sujet et sa mère, dès la prime enfance de celui-ci, semble être la cause principale des troubles. L'opposition des caractères ne favorise aucunement la solution des problèmes relationnels. Le sujet qui ne parvient pas à se défaire de l'emprise maternelle charge sa mère du poids de tous ses malheurs. Dès le départ, jalousie et sentiments agressifs teintent (pour ne pas dire empoisonnent) la relation. La manifestation des symptômes a été provoquée par des événements surajoutés: non affirmation de soi dans le domaine professionnel (diplôme remis au lendemain), dans les relations familiales (incapacité de se détacher de la mère), dans le domaine sentimental (évolution défavorable de la relation avec le concubin).

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

On note une hyperautocinésie maximale (+++). Seule l'affectivité, à l'appareil de grand effort, ne présente aucune correction (++++), ce qui peut signifier la permanence des troubles à ce niveau. Pourtant, aux dires du sujet, l'émotivité et les angoisses ne sont qu'épisodiques. En revanche, le sujet souffre en permanence de troubles intellectuels ce qui ne coïncide pas avec les résultats du dépistage, selon lesquels ils seraient moins fréquents. Il reste à déterminer si la fiabilité du dépistage est en cause ou si la perception de ses troubles par le sujet est erronée. Le cadre dorénavant quotidien des études confronte le sujet à ses troubles intellectuels plus qu'à ses troubles affectifs, plus anciens. Les difficultés intellectuelles sont mal vécues et ne sont pas acceptées car le sujet a déjà du mal à contrôler le réel à cause de son imagination débordante.

* * * * *

CAS n°8

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Mlle A. se présente comme beaucoup plus sûre d'elle-même. Elle extériorise ses sentiments et ses émotions au cours des différents tests. La jeune femme réservée a cédé la place à une personne plus déterminée, soucieuse de ses résultats et qui ne supporte pas l'échec: en effet, face à un test qu'elle n'arrive pas à résoudre, elle se justifie et s'autocritique. Sa voix est plus forte et posée. Le sujet attache plus d'importance à son image.

-Sa personnalité:

Le quotient intellectuel a gagné 3 points grâce à une plus grande rapidité d'exécution favorisée par une meilleure mémoire et surtout par

une observation plus aiguës bien que toujours faible. Il y a un meilleur rapport entre les fonctions abstraites et leur concrétisation.

Les mécanismes de l'intelligence sont restés bons; l'intelligence pratique est plus adaptée à celle du groupe; le sujet passe plus facilement de l'intelligence de synthèse à l'intelligence analytique.

En 6 mois, Mlle A. est devenue plus critique. L'esprit de rivalité s'est accru et se justifie alors qu'auparavant, elle était incapable de s'opposer à son entourage pour émettre son opinion. L'enthousiasme et l'imagination sont plus importants et collent plus à la réalité. Le sujet est plus sincère en société et se laisse difficilement duper. L'attachement au groupe, à sa pensée est plus grand. Mlle A. est moins timide. Le taux d'anxiété a baissé grâce à un meilleur contrôle des émotions. Le sujet fait face à la réalité calmement et en toute objectivité. L'optimisme s'est accru et a pris la place du sentiment de culpabilité. Par contre, le sujet est davantage formaliste et soucieux de son image comme le laissait prévoir son comportement au long des différents tests. La fonction rationnelle contrôle davantage la vie affective. Les pulsions et les besoins insatisfaits sont moindres, favorisant une certaine détente et une tranquillité.

-Vie affective et relationnelle:

La cause majeure des problèmes affectifs dont souffre le sujet est, nous l'avons vu, la relation maternelle. La passivité face à cette mère dominatrice, voire étouffante, a cédé la place à un désir d'affirmation: le sujet ose dire ce qu'il pense et surtout arrive à trouver les mots pour dire ce qu'il ressent. L'établissement d'une communication entre mère et fille paraît être la raison essentielle de la résolution de certains problèmes, notamment de la timidité et du complexe d'infériorité. Un problème d'identification avec la mère semble doucement se résorber. Le sujet s'affirme par rapport à celle-ci et accepte mieux sa personnalité étouffante. De ce fait, l'immaturité affective a baissé et l'insécurité est comblée par une meilleure relation à l'Autre basée sur la confiance et dénuée dorénavant d'agressivité. En général, l'affectivité est plus stable; les sentiments sont plus facilement exprimables créant moins de tensions. L'agressivité latente est toujours présente mais à un degré moindre. L'angoisse face au morcellement a diminué.

La sexualité est mieux intégrée qu'avant du fait d'une meilleure acceptation de la féminité; ce dernier point est confirmé par la disparition des douleurs menstruelles.

Une plus grande confiance en soi se confirme également sur le plan professionnel. En effet, Mlle A., après 5 mois de training C.P.S., a brillamment soutenu son mémoire et obtenu son diplôme d'architecte. Qui plus est, cette période d'examens s'est déroulée sans angoisses.

-Les symptômes: :

10 symptômes sur 13 ont diminué en intensité ou totalement disparu. Les troubles neurovégétatifs (vertiges, boulimie, règles douloureuses) ont disparu. Les fatigues visuelles ont cessé et les troubles de la parole sont rares. Les moments dépressifs ont disparu. Les difficultés de concentration, les pertes de mémoire, la timidité et le complexe d'infériorité, autrefois quasi-constants, ne se manifestent plus que

rarement. Par contre, les troubles auditifs, l'émotivité et l'angoisse sont encore présents par intermittence. On note une irritabilité, rare, certes, mais inexistante auparavant. Elle confirme l'extériorisation des sentiments et, par conséquent, la levée de certaines inhibitions.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Le training C.P.S. a été suivi de façon exemplaire. Tout au long de ces 6 mois, on a pu mettre en évidence l'investissement du sujet dans cette thérapie de laquelle il attendait de grands bénéfices. Mlle A. n'a que très rarement parlé de son évolution symptomatologique mais elle est très contente des résultats.

L'entourage a remarqué une plus grande capacité d'affirmation et une confiance en soi accrue. L'obtention de son diplôme, qui n'était plus espérée, confirme ce point. Dans l'ensemble, la volonté est plus soutenue.

-Les causes probables des symptômes:

Le conflit avec sa mère était, nous l'avons vu, la cause essentielle des troubles nerveux dont souffrait Mlle A. Après 6 mois de training C.P.S. qui ont permis de diminuer le taux de nervosisme, le sujet a pu mieux appréhender la réalité, l'entourage et donc objectiver et mieux intégrer la relation avec la mère. De ce fait, les conflits refoulés ont trouvé un mode d'extériorisation, relâchant certaines tensions. La conséquence en est essentiellement une plus grande confiance en soi avec moins de timidité, une baisse du complexe d'infériorité, une maturité affective augmentée et une réalité appréhendée de façon objective.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Le second dépistage met en évidence une tendance hypoaucocinésique aux 4 tests (-), ce qui confirme la fréquence faible des quelques troubles persistants. Quant au premier dépistage révélant une affectivité très perturbée malgré les dires du sujet, on peut affirmer aujourd'hui que l'affectivité était effectivement problématique, mais le sujet n'en avait pas conscience. L'irritabilité, autrefois complètement niée alors que plus développée, est considérée à sa juste valeur. La corrélation entre dépistage et symptômes restants est bonne.

* * * * *

ETUDE DE CAS n°9

Madame A.

-Présentation générale du sujet:

Madame A., 27 ans, est mariée depuis 5 années. Elle est mère de 2 enfants dont elle s'occupe constamment, hormis 2 jours par semaine où elle travaille à la librairie que tient sa mère.

De taille moyenne, Mme A. est un peu forte. Très vite une particularité du sujet frappe: il est logorrhéique.

Le sujet présentait autrefois des crises de spasmophilie qui ont cessé peu après la naissance du premier enfant. Mme A. consulte un peu parce qu'elle s'estime nerveuse sans pouvoir préciser ce qu'elle ressent, et beaucoup par curiosité.

Son comportement pendant les tests est ambivalent: elle est tantôt très sûre d'elle, rationalisant la situation lorsqu'elle ignore une réponse, tantôt elle exprime un besoin de soutien. On note également une difficulté de concentration qui se traduit par une confusion de certains mots qu'elle utilise à la place d'autres.

-Personnalité du sujet:

Le niveau intellectuel est bon (Q.I.=116). On note un décalage de 20 points en faveur de l'échelle de performance. Il est vrai que les études du sujet n'ont pas été prolongées mais la raison principale de ce fait pourrait être le problème de langage mentionné plus haut. Les épreuves d'intelligence pratique sont bien réalisées alors que celles qui demandent une intelligence abstraite offrent des difficultés. Dans leur emploi quotidien cependant, ces 2 formes d'intelligence sont en bonne harmonie. C'est au niveau de la formulation verbale de la pensée que se situe la difficulté.

Les qualités d'observation sont excellentes. La pensée s'adapte facilement, parfois trop ce qui peut aller jusqu'à l'instabilité. La logique est bonne et n'est pas perturbée par les émotions.

Mme A. est très extravertie. Tout en elle est tourné vers l'extérieur. Sa vie intérieure, fantasmatique, en contrepartie est pauvre. Elle a tendance à être égocentrique et suggestible, à reproduire plus qu'à inventer. L'imagination est pauvre. Le sujet est plutôt soumis et consciencieux. Parfois méfiant, sa sincérité le rend maladroit en société. Conservateur et très respectueux de la tradition, il manifeste une dépendance vis-à-vis du groupe.

La réalité est mal contrôlée à cause d'une vie émotionnelle débordante que Mme A. ne parvient que très rarement à maîtriser. Elle témoigne d'une attitude ambivalente face à cette réalité qu'elle appréhende avec une certaine immaturité affective: tantôt attirée par elle, tantôt s'y opposant tout en essayant de l'éviter, de fuir. Une insatisfaction face au réel se dégage de l'ensemble des éléments.

L'anxiété est importante bien que surtout voilée chez un sujet particulièrement émotif. Mme A. a tendance à se culpabiliser et à se tourmenter pour un rien. Elle est souvent incontrôlée et a tendance au surmenage. Elle est quasiment incapable d'exprimer ses tensions de façon adaptée.

-Vie affective et relationnelle:

Il semble que Mme A. ait manqué d'affection au cours de son enfance. L'agressivité latente, cachée derrière l'image d'un conformisme social parfait, est évidente face aux deux membres du couple parental. Le père est presque absent de la relation et le sujet a tendance à l'idéaliser. La mère semble mal comprise par le sujet qui refuse surtout le fait qu'elle se laisse dominer par son mari. Il y a une rancune importante face à ce manque d'affection des parents que Mme A. extériorise par une importante agressivité mêlée de déception et de déprime. Et pourtant, elle exprime beaucoup d'amour et un besoin important de soutien et d'affection. L'immaturité affective est prépondérante. Les difficultés pour sublimer les désirs irréalisables sont évidentes.

Très peu de mécanismes de défense sont mis en place ce qui explique l'aspect incontrôlable des affects, ceux-ci étant sans cesse extériorisés notamment par les émotions. Les capacités d'adaptation affective sont faibles. L'irritabilité, l'excitabilité, l'impulsivité alternant avec des périodes de dépression en sont la résultante.

Mme A. témoigne d'un flou dans la perception des affects qui forment un chaos et sur lesquels la raison n'a que peu d'emprise.

La sexualité évoque la destruction à cause de la domination paternelle non acceptée.

Mme A. s'investit peu dans la relation à l'Autre qu'elle se plaît à rabaisser. L'agressivité dans cette relation confirme un besoin d'être valorisée à cause d'un manque de confiance en soi. Lorsqu'elle manifeste une attitude d'opposition, c'est toujours envers l'entourage. La carence affective familiale teinte la relation avec autrui dont le sujet se méfie et celui-ci ne s'investit pas de peur d'être déçu. Les rapports avec ses enfants et son mari paraissent excellents. L'excès de conformisme et d'attachement au groupe traduit le manque de structure d'un père souvent absent du foyer familial.

La vie professionnelle est satisfaisante dans l'ensemble. Toutefois, le besoin de travailler à l'extérieur est exprimé. Au contact des autres, le sujet, très extraverti, se décharge de ses tensions. De ce fait, son travail de commerçante a une action stabilisante sur ses pulsions. A la maison Mme A. s'occupe des enfants mais elle souffrirait de ne faire que ça.

-Les symptômes:

A défaut d'antécédents personnels, les antécédents familiaux sont nombreux: un grand-père et une tante cancéreux, une grand-mère sénile dès 63 ans, une famille nerveuse dans l'ensemble.

Les symptômes sont apparus il y a 3 ans avec la fatigue de la première grossesse puis de l'accouchement. Des crises de spasmodie ont cessé 4 mois après mais certains troubles ont persisté. A ce jour, aucun traitement n'a été entrepris.

Ceux des symptômes qui sont fréquents sont d'origine affective (émotivité, irritabilité) et psychique (difficulté de concentration, phobie des microbes). Les quelques symptômes neurovégétatifs (sommolence, boulimie, diarrhée) sont bien rares de même que certains troubles affectifs (timidité, sentiment d'infériorité).

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Mme A. éprouve de la difficulté à nommer ses affects. Ce flou de l'expression traduit dans le langage, recouvre un flou de la perception, et, le tout s'inscrit dans les symptômes que le sujet est incapable de nommer. Le sujet sait que quelque chose ne va pas mais refuse de prendre en considération ses symptômes, puisqu'il ne sait pas les nommer et qu'il ne peut les admettre sans se déprécier.

L'instabilité, surtout affective, laisse prévoir l'irrégularité du training.

La confiance dans le thérapeute est importante bien que le sujet ne s'investisse que peu dans la relation.

-Les causes probables des symptômes:

De toute évidence, une importante carence affective est à l'origine des troubles nerveux dont souffre le sujet. En réaction, un besoin de se valoriser, dans le travail comme dans l'entourage proche, reflète une recherche constante d'amour. Un complexe d'infériorité empêche le sujet de vivre pleinement les événements de sa vie. Il y a d'ailleurs dysharmonie entre les aspirations du sujet et leur réalisation. Le comportement, infantile, reflète le manque d'affection.

La personnalité superficielle, extériorisée, *touche-à-tout*, ne favorise pas la résolution personnelle des problèmes. Un cadre familial favorable avec 2 enfants et un mari affectueux ont permis au sujet de trouver un certain équilibre qui reste encore insuffisant puisqu'il éprouve le désir de contact avec autrui dans la profession.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Le dépistage met en évidence le même degré de nervosisme à tous les tests (+++). Pourtant aucun symptôme concernant la sphère sensorimotrice n'est signalé par le sujet. Le dépistage, qui révèle des troubles affectifs et intellectuels, met l'accent sur l'aspect intermittent de leurs manifestations. L'apparition des troubles est sensible à la moindre contrariété, confirmant l'instabilité affective du sujet. La corrélation est bonne dans l'ensemble. Cependant, au test mettant en évidence les troubles affectifs, l'on aurait pu s'attendre au degré le plus élevé de nervosisme (++++). En effet, les symptômes témoignant d'une hyperaffectivité sont importants mais il faut tenir compte du fait que le sujet ne dispose d'aucun moyen pour les contrôler ou les refouler.

* * * * *

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Mme A. a minci de 10 kgs depuis le premier entretien. Elle avait maintes fois commencé des régimes sans jamais les suivre plus de quelques jours. Aujourd'hui elle se sent bien et accepte mieux son corps.

Depuis un mois, elle travaille à temps plein dans une pharmacie. Ce travail lui apporte beaucoup de satisfactions car il lui permet des contacts humains nombreux et lui offre des occasions de se rendre utile et, de ce fait, de se valoriser. Pendant les tests, Mme A., bien que toujours hyperthymique, n'est plus logorrhéique. Elle tente de donner l'impression qu'elle est sûre d'elle-même, ce qui est démenti par ses demandes de réassurance, son irritation, sa tendance à rendre l'examineur responsable de ses échecs.

D'une façon générale, le comportement est plus calme, plus posé et l'émotivité est moindre.

-Personnalité du sujet:

L'intelligence, et surtout ses mécanismes, se sont modifiés: le Q.I. a gagné 4 points, surtout en faveur de l'échelle de performance; on note une amélioration des capacités d'observation, de concentration et de mémorisation; la rapidité d'exécution des tests est plus grande et la logique meilleure. L'intelligence synthétique est anormalement élevée ce qui témoigne de crispations mentales dues au refoulement de certains affects. L'intelligence pratique est moins développée qu'il y a 6 mois. La pensée est moins uniforme; les intérêts vers lesquels se porte le sujet sont plus variés.

Ces modifications des mécanismes de l'intelligence laissent penser que des refoulements affectifs sont intervenus qui ont perturbé certaines fonctions intellectuelles auparavant normales.

Mme A. est plus ouverte, plus facile à vivre. Plus sérieuse, elle témoigne d'un certain opportunisme. Audacieuse, spontanée, elle est moins méfiante. L'imagination s'est développée mais de façon positive, restant au contact de la réalité. Mme A. est plus policée et socialement avertie, plus libérale et innovatrice.

L'anxiété a nettement diminué avec toujours une prédominance de sa composante voilée. Le sujet demeure soucieux de son image mais contrôle mieux ses émotions. La participation de l'insécurité sociale à l'anxiété a diminué. La tendance dépressive, l'autoculpabilisation ont diminué et l'affaiblissement des pulsions entraîne celui des tensions et frustrations.

En résumé, la baisse du taux d'anxiété a permis au sujet de se tourner davantage vers sa vie intérieure et de développer certains aspects de sa personnalité, notamment l'imagination, la pulsion créatrice, ce qui correspond à l'extériorisation des émotions sous forme constructive.

-Vie affective et relationnelle:

Les conflits affectifs d'origine parentale, qui autrefois entraînaient le débordement constant des émotions, ont été en partie refoulés. Les mécanismes intellectuels en ont été affectés et tout est mis en place pour éviter le contact du conscient avec les pulsions refoulées. L'agressivité est beaucoup mieux contenue; elle est investie dans l'imagination et dans une vie fantasmatique florissante. L'immaturité affective est moindre et le sujet est plus confiant. Il parvient aujourd'hui à nommer ses affects, autrefois indissociables. Le flou dans la perception de la relation parentale s'est dissipé et laisse la place à une mise à distance des images parentales: le manque d'affection maternelle est mieux intégré et surtout ce sentiment est extériorisé. Il y a attitude oppositionnelle vis-à-vis de la mère; l'agressivité n'est plus inhibée et la culpabilité n'a plus sa raison d'être.

Mme A. parvient aujourd'hui à raisonner ses affects, à les nommer, à les comprendre pour les mettre à distance au besoin. La relation immature avec la mère a cédé la place à un deuil de l'idéal maternel teinté de regrets et de nostalgie. Cette rupture est néanmoins acceptée et l'investissement affectif est reporté sur son mari et ses enfants. De même, l'absence et la froideur du père sont relativisées.

L'acceptation de l'image maternelle a favorisé celle de la féminité et permis l'épanouissement de la sexualité.

Les émotions étant mieux contrôlées, la réalité est mieux maîtrisée et donc moins anxiogène. Il y a parfois désir de s'investir entièrement dans cette réalité et parfois désir de fuite dans l'imaginaire, par crainte de nouvelles expériences décevantes. La carence affective n'est plus transposée sur autrui; malgré un reste de méfiance, le contact avec l'Autre est meilleur et l'intégration à la pensée du groupe est bonne.

Contrairement aux autres cas, celui-ci offre l'exemple de la mise en place de mécanismes de défense qui ont pour fonction le meilleur contrôle d'une affectivité débordante.

-Les symptômes:

Tous les symptômes (hormis la timidité) ont connu une amélioration depuis 6 mois. Les symptômes d'origine neurovégétative ont disparu (boulimie, diarrhée, somnolence). Certains troubles psychiques autrefois fréquents sont aujourd'hui rares (défaut de concentration, émotivité, irritabilité), d'autres ont complètement disparu (angoisses, complexe d'infériorité, phobie des microbes).

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Les troubles sont pris en considération: le sujet en a conscience, les nomme. Son dynamisme pour les vaincre est très notablement accru. L'investissement dans le thérapeute reste faible mais, contrairement aux prévisions, la régularité du training a été exemplaire. L'amélioration thymique et affective du sujet est confirmée par l'entourage.

-Les causes probables des symptômes:

La stabilisation de son système nerveux a permis à Mme A. d'appréhender plus objectivement ses sentiments et sa relation familiale. Plus mûre, plus confiante, elle s'investit plus dans sa vie professionnelle et relationnelle. Elle s'accepte mieux. Son sentiment d'infériorité s'est estompé et elle n'éprouve plus le besoin d'agresser les autres pour se valoriser. Il est souhaitable que cette évolution se poursuive car le sentiment d'infériorité résiduel et un reste de timidité suscitent parfois de l'irritabilité. L'activité professionnelle nouvelle contribue à l'amélioration de l'état nerveux du sujet.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

L'appareil de repos met en évidence l'équilibre du tonus général (N). Le système neurovégétatif et l'affectivité ne présentent plus qu'une tendance à l'hyperautocinésie (+), c'est à dire que les symptômes ne sont plus obligatoirement manifestes. En effet, tous les symptômes neurovégétatifs ont disparu et, au plan affectif, seules persistent une certaine timidité et une agressivité dont les manifestations sont rares.

Le test mettant en valeur l'état nerveux au niveau de l'intellect révèle en revanche une hypoautocinésie maximale, sans diplopie (--) qui correspond à la persistance des difficultés de concentration.

La corrélation est donc bonne. Le training sera poursuivi encore environ 2 mois au terme desquels on escompte la disparition des quelques symptômes résiduels.

* * * * *

ETUDE DE CAS n°10

Madame P.

-Présentation générale du sujet:

Madame P., 40 ans, est mère d'une fillette de 10 ans. Son mari, actuellement au chômage, l'aide à tenir un commerce ouvert depuis 5 mois. Elle vient nous voir pour des tremblements et des migraines dont elle souffre depuis l'enfance et nie les autres symptômes nerveux pourtant importants (anxiété, dépression, palpitations cardiaques, troubles digestifs, émotivité, irritabilité, difficulté de concentration.)

Morphologiquement, le sujet est de type flegmatique, de taille moyenne. Son comportement pendant les tests est dominé par une importante émotivité qui se manifeste par des mimiques quasi-constantes, des changements fréquents de position sur sa chaise, des exclamations, des rires sans fondements.

On note également plusieurs demandes de réassurance et d'intervention vis-à-vis de l'examineur pour l'aider à approfondir sa pensée, à stimuler sa concentration.

Fait important à mentionner, Mme P. ne croit pas du tout en ce nouveau traitement que son mari lui a conseillé de suivre, motivé par l'exactitude du diagnostic à la suite du dépistage.

-Personnalité du sujet:

Intelligence moyenne est confirmée tant par le 16 PF (facteur B) que par la WAIS avec répartition égale des points entre l'échelle verbale et l'échelle de performance.

La passation de la WAIS s'accompagne d'un besoin constant d'être encouragée pour surmonter les difficultés de concentration.

Mme P. a tendance à ne pas approfondir sa pensée; cette superficialité de l'intellect peut s'expliquer par des conflits internes refoulés avec lesquels le sujet évite d'entrer en contact.

Une pensée formelle vient confirmer cette hypothèse. Un sentiment d'infériorité transparait à plusieurs reprises; le sujet, au départ, ne voulait pas passer ce test d'intelligence sous prétexte d'avoir arrêté ses études très tôt.

Madame P. témoigne d'un esprit vif et logique malgré les difficultés de concentration, ce qui permet de supposer que les capacités de raisonnement intervenant, dans les épreuves de performance, sont supérieurement développées. La deuxième passation confirmera ou infirmera cette hypothèse. Quant à l'échelle verbale, elle est au même niveau que la précédente, donc meilleure que ne le laissait supposer le niveau d'études.

L'intelligence s'accompagne de crispations mentales, sans doute en rapport avec des tensions affectives. Le sujet a tendance à rationaliser ses affects. On note une intelligence plutôt synthétique, donc peu tournée vers le concret. On observe parfois une inhibition mentale.

La superficialité de la pensée révèle des difficultés de concentration et s'accompagne d'une faiblesse des facultés d'observation.

Les difficultés de contrôler cet intellect sont compensées par des mécanismes de pensée rationnelle bien adaptés. La vie émotionnelle est trop souvent contrôlée par une pensée formelle entraînant une mauvaise maîtrise de la réalité. Par moments, les émotions traversent la barrière de la conscience rationalisante et sont alors mal contrôlées: émotivité, excitabilité, irritabilité, cyclothymie se développent alors pleinement.

La structure de la personnalité révèle un sujet d'humeur variable, tantôt introverti, réservé, critique, tantôt ouvert, chaleureux, extraverti. Une tendance à la soumission révèle que le sujet est accommodant et modeste. En apparence Mme P. semble encline à l'insouciance mais cette impression qui cache une personnalité posée, sérieuse est due à la labilité des affects. Normalement consciencieuse et spontanée, Mme P. est tendue et sensible, dépendante du groupe. Elle est peu réaliste surtout lorsqu'il s'agit de domaines où l'affectivité domine. L'imagination et la vie fantasmatique sont faibles.

Le sujet est rusé, socialement averti et cependant respectueux de la tradition. Bien intégré au groupe, tant par la pensée que par sa façon d'y vivre, le sujet est formaliste, soucieux de son image la plupart du temps, mais surtout lorsque l'affectivité prend le dessus; il est incontrôlé et impulsif. C'est alors que l'émotivité, l'anxiété, l'irritabilité se manifestent.

L'anxiété est maximale. Soucieux de son image, le sujet la laisse rarement transparaître. Il semble avoir une propension constitutionnelle à l'anxiété, une composante dépressive, auto-accusatrice accompagnée d'un sentiment d'indignité. L'anxiété semble surtout engendrée par la pression du ça, à savoir les pulsions éveillées entraînant des besoins insatisfaits de toutes sortes.

La participation de l'insécurité sociale à l'anxiété reste faible. La personnalité avec ses différentes composantes se manifeste extérieurement par une tension générale expliquant le besoin incessant qu'éprouve le sujet de se reposer.

-Vie affective et relationnelle:

L'image du père évoque une attitude régressive et un sentiment ambivalent: en effet, il est en même temps admiré, estimé et en même temps dévalorisé. Il semble exister chez le sujet un manque de structuration lié au père. Cette absence se confirme à travers un besoin de sécurité, de limites, manifesté au niveau du corps par un problème de morcellement.

En tout état de cause, Mme P. aimait son père. Celui-ci est mort d'un cancer il y a 4 mois. Il avait une angoisse de mourir importante qu'il exprimait ouvertement à sa fille. Depuis cette perte mal vécue semble-t-il, les troubles du sujet se sont amplifiés.

Les 3 planches maternelles du Rorschach entraînent un choc. Un problème d'identification avec la mère semble évident: il y a tentative d'identification mais qui échoue. L'image maternelle évoque un sentiment d'insécurité affective. Il semble y avoir une incompréhension de la relation mère/fille. La difficulté face au morcellement est dominée mais de façon précaire.

Mme P. entretient de bonnes relations avec sa fille qui semble avoir hérité du terrain nerveux de sa mère et qui présente des mécanismes de défense similaires: rationalisation et appréhension formelle de la réalité.

A 10 ans, cette fillette se préoccupe excessivement de l'échéance de ses examens scolaires.

M. P. aurait voulu avoir d'autres enfants, mais sa femme s'est contentée du premier qui pourtant ne lui donne aucun souci. Il semble que Mme P. accorde trop d'importance à son travail au détriment de ses relations avec sa fille, qui ne dispose plus que d'un quota horaire réduit.

Bien qu'au chômage, M. P. accepte relativement bien sa situation et aide sa femme à tenir le commerce. Il semble jouer un rôle paternel dans la relation structurante. La sexualité évoque une agressivité dans le test du Rorschach

Mme P. a ouvert son commerce peu de temps avant la mort de son père. L'énergie qu'elle met dans son travail est énorme. Elle éprouve le besoin de travailler constamment, privilégiant ainsi son métier plutôt que sa famille et au détriment de sa santé. Il semble que ce commerce permette au sujet de mieux supporter son état nerveux. Peut-être son travail considérable et incessant l'empêche-t-il, dans une certaine mesure, d'entrer en contact avec ses conflits affectifs? Le travail apporte une structure certaine au sujet.

-Les symptômes:

Les antécédents familiaux mettent en évidence une nervosité constitutionnelle: le sujet affirme avoir des parents nerveux et un frère ayant fait plusieurs tentatives de suicide. Le père est décédé il y a 4 mois à la suite d'un cancer. Les antécédents personnels font apparaître sur le plan organique un souffle au coeur, non opéré, qui est soigné à la cortisone. Il y a 2 mois et demi, le sujet a fait des analyses pour essayer de déceler une raison organique à ses tremblements mais celles-ci furent négatives.

Les symptômes existent depuis toujours, mais enfant, ils étaient intériorisés. Peu à peu il y a eu une somatisation des troubles qui se sont récemment amplifiés lors de la mort du père du sujet.

Les symptômes, dont se plaint le sujet, sont des tremblements quasi-permanents qui l'empêchent parfois d'écrire et des migraines douloureuses accompagnées de névralgies faciales.

Le sujet signale qu'outre une tendance à l'insomnie, les somnolences sont fréquentes et l'envie de rester au lit le matin est quotidienne.

Les palpitations cardiaques fréquentes ne sont pas mentionnées au cours de l'entretien; c'est grâce au questionnaire qu'elles sont mises en évidence. Des colites fréquentes dominent la symptomatologie végétative. Les autres symptômes sont psychiques: dépression, émotivité, angoisse, irritabilité, claustrophobie et complexe d'infériorité sont très fréquents. En filigrane, on note une timidité. L'anxiété constitue la toile de fond. Les facultés intellectuelles sont perturbées par des difficultés de concentration et des pertes de mémoire.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Sous traitement allopathique les tremblements se sont atténués ; les symptômes psychiques n'ont pas été améliorés.

Le sujet prend des anxiolytiques depuis l'ouverture du magasin mais dit que c'est uniquement pour améliorer ses tremblements. Il nie totalement un besoin d'aide pour son anxiété et ses symptômes psychiques. Le médecin, qui lui a prescrit ce traitement, n'a pas su gagner la confiance de sa cliente qui, à aucun moment, n'a pris en compte les conseils de celui-ci.

A travers le questionnaire et l'entretien, le sujet se révèle peu investi dans le traitement ou dans le thérapeute. Il apparaît pessimiste et avoue avoir besoin d'un échange basé sur la confiance en son thérapeute.

Ce cas est intéressant dans la mesure où il permettra de mettre en évidence l'efficacité du training C.P.S. même si le sujet n'y croit pas. En effet, la C.P.S. s'adressant directement au système nerveux à travers la vision, il est permis de penser que le soutien thérapeutique est secondaire, voire indépendant des résultats.

Il existe chez Mme P. une forte tendance à nier ses symptômes psychiques surtout ceux touchant à l'affectivité. Il n'y a pas désir d'améliorer ses troubles, comme si le sujet se réfugiait derrière ses symptômes. C'est l'entourage, en l'occurrence son mari, qui tente en vain semble-t-il, de faire prendre conscience à son épouse de l'importance de ses symptômes. C'est d'ailleurs lui qui a insisté pour qu'elle suive le training CPS.

-Les causes probables des symptômes:

La vie affective débordante est source d'anxiété, d'insécurité affective liée sans doute à un problème relationnel avec la mère. Les mécanismes de défense (inhibition, rationalisation, refoulement) sont importants et laissent rarement transparaître l'intensité de l'anxiété, qui, lorsque les barrières cèdent, se manifeste par une forte émotivité, une irritabilité avec des sautes d'humeur et des troubles des fonctions intellectuelles. Un besoin de sécurité, de repères, de structuration se manifeste par une peur liée au morcellement qui est cependant bien contenue. Le sujet fait un effort épuisant pour sans cesse refouler cette affectivité perturbée qui se manifeste par une désorganisation intellectuelle.

L'ambivalence de Mme P. face à ses symptômes est curieuse: elle veut, d'une part, dominer cette vie affective par une pensée excessivement formelle, d'autre part, elle veut l'ignorer en scotomisant son anxiété. Cette ambivalence crée une dysharmonie entre les désirs du sujet et leur réalisation.

Grâce à des mécanismes de défense puissants, le sujet mène une vie sociale bien adaptée aux normes du groupe.

Une tentative minime de demande d'aide est récompensée à travers la relation à autrui, qui semble l'aider, d'une certaine façon, à prendre conscience et à comprendre ses conflits intrinsèques.

A travers ces quelques études de cas, il semble que plus le sujet élabore de mécanismes de défense et plus l'anxiété, pourtant contrôlée, se manifeste, tant au niveau physique que psychique.

-Corrélation entre symptômes et dépistage CPS:

Le nervosisme est important au niveau de la vie de relation et de la vie neurovégétative (+++) et très important au niveau de l'affectivité et de l'intellect (++++). Donc, il y a confirmation de l'intensité des symptômes avec une instabilité nerveuse tant dans le domaine affectif que dans le domaine intellectuel. Les insomnies et somnolences seraient d'origine corticale selon le dépistage.

* * * * *

CAS N°10

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Après 6 mois de training C.P.S., les 2 symptômes qui indisposaient le plus le sujet ont quasiment disparu; en effet, les migraines qui se manifestaient au moins 3 fois par semaine, sont inexistantes parfois pendant 3 semaines; d'autre part, les tremblements ont diminué.

Au cours de la passation des tests, l'émotivité, très forte il y a 6 mois, est absente et cède la place à une attitude d'opposition, voire parfois un refus d'exécuter certaines épreuves par "manque d'envie". Les mimiques sans fondement, l'agitation psychomotrice ont disparu. Les demandes de réassurance sont inexistantes, si ce n'est cette attitude d'opposition, suscitant chez l'examineur un encouragement à poursuivre les tests.

Rappelons que Mme P. ne croyait pas aux effets curatifs de la C.P.S. et qu'elle avait consulté sous la pression de son mari. Après 3 mois de training C.P.S., elle a reconnu elle-même une amélioration de certains de ses symptômes.

-Personnalité du sujet

Le quotient intellectuel a augmenté de 5 points grâce à une meilleure concentration, une mémoire plus vive, un développement des facultés d'observation et surtout une baisse de l'émotivité.

L'intelligence est encore plus synthétique qu'auparavant, ce qui permet de supposer que certains affects ont été refoulés, permettant un meilleur contrôle des émotions.

Les capacités logiques, bonnes, sont plus soutenues. La pensée est toujours rigide ment contrôlée et ce sont les mécanismes formels qui appréhendent la réalité. La fonction consciente domine également les affects. De ce fait, la réalité est mal contrôlée car elle suscite chez Mme P. une certaine anxiété. Dans l'ensemble, les émotions, l'irritabilité, l'extériorisation des affects de façon incontrôlée, sont moindres.

La pensée rationalisante parvient à mieux dominer les variations de l'humeur. Au cours de la deuxième passation, il n'y a plus d'inhibition intellectuelle.

En conclusion, les mécanismes de l'intelligence sont restés inchangés, si ce n'est que la pensée est un peu plus proche de la réalité et domine mieux la vie affective.

Plusieurs traits composant la personnalité ont été modifiés. Le sujet est plus ouvert, plus coopérant, plus sérieux et posé. Mme P. est beaucoup plus réaliste et satisfaite d'elle-même. La productivité personnelle est toujours faible. Le sujet est plus direct et sincère en société et surtout, son respect pour la tradition a doublé.

Mme P. semble avoir trouvé, dans le groupe, une certaine sécurité. Ceci se voit confirmé par une plus grande confiance et surtout une insécurité sociale en baisse. Mme P. est beaucoup moins soucieuse de son image; elle est moins exigeante, plus sûre d'elle-même, ce qui explique une petite baisse du taux d'anxiété qui reste néanmoins élevé. Le sujet extériorise plus facilement par le langage cette anxiété, au détriment du débordement émotif fréquent autrefois. Les sentiments de culpabilité, d'auto-accusation, ainsi que les affects dépressifs ont diminué. Par contre, les pulsions insatisfaites favorisent le surmenage et les frustrations de toutes sortes et ne contribuent pas à la diminution de l'anxiété.

Le surmenage est certain et trouve une explication dans un métier épuisant, demandant de nombreuses heures de travail. Notons que le sujet n'a pas pris de vacances depuis 2 ans.

L'évolution de la personnalité, dans son aspect le plus positif, s'est faite par une meilleure acceptation de soi grâce à une approche plus objective des éléments qui composent la vie du sujet. Cependant l'acceptation n'est pas encore totale et un complexe d'infériorité persiste.

-Vie affective et relationnelle:

Les sentiments ambivalents face au père, tantôt rejeté, tantôt admiré, ont cédé la place à une certaine agressivité. De plus, la demande de réassurance a disparu, laissant supposer une meilleure perception de la relation. En effet, Mme P., qui fuyait la relation paternelle il y a 6 mois, la prend en compte et l'intègre mieux en parvenant à extérioriser ses sentiments.

Face à l'image maternelle, l'intégration semble meilleure puisque l'insécurité affective a diminué, de même que l'anxiété. Le sujet ne nie plus ses sentiments dans la relation maternelle. Il les prend en compte et les assimile; d'où une identification en voie de réalisation.

La relation à l'Autre est bonne tant sur le plan quantitatif que qualitatif et a un effet stabilisateur sur l'affectivité du sujet. Cependant, Mme P. semble plus consciente du rôle qu'elle joue dans cette relation.

La sexualité est mieux intégrée et semble plus satisfaisante. On note toujours une immaturité affective avec des périodes d'infantilisme. Sur le plan professionnel, Mme P. est très sérieuse et prend presque trop à coeur son commerce au détriment de sa vie familiale, voire de sa santé.

Néanmoins, grâce à une plus grande stabilité dans les émotions et à une disparition des tremblements, elle domine sa vie professionnelle même si elle redoute les responsabilités.

-Les symptômes:

A part les 2 symptômes dont se plaignait le sujet il y a 6 mois (migraines et tremblements) qui ont quasiment disparu, les autres symptômes sont restés pour la plupart inchangés. En effet, les colites sont toujours fréquentes, ainsi que les palpitations cardiaques; les insomnies et les somnolences se manifestent de façon intermittente. La bradycardie a disparu ainsi que la claustrophobie. Mais les symptômes d'origine psychique n'ont pas évolué (dépression, difficulté de concentration, perte de mémoire, timidité, émotivité, angoisse et irritabilité) ce qui correspond au degré de performance atteint dans le training C.P.S..

-Le sujet et ses réactions face aux symptômes:

Le sujet ne prend plus d'anxiolytiques de façon permanente comme auparavant, bien qu'il en prenne encore occasionnellement lorsque son mari part en voyage, par exemple, et que le sujet reste seul. Mme P. parle plus facilement de ses symptômes mais ne les admet pas volontiers.

Malgré le pessimisme avec lequel Mme P. a entrepris le training C.P.S., les résultats n'en ont pas été amoindris. Aujourd'hui, elle reconnaît une amélioration générale malgré la persistance de nombreux symptômes.

Cette étude de cas confirme l'action directe de la C.P.S. sur le système nerveux, puisqu'il n'y avait aucun investissement dans la thérapie.

L'entourage, plus que le sujet lui-même a certainement remarqué les changements surtout sur le plan émotionnel.

L'assiduité aux séances n'était pas exemplaire, mais chaque absence a été justifiée valablement. Cependant Mme P. était la première à se réjouir de manquer une séance C.P.S..

-les causes probables des symptômes:

La personnalité présente encore une tendance à l'inhibition avec des sentiments dépressifs. L'angoisse face au morcellement est moindre. L'absence de structure au cours de la première passation semble compensée par une meilleure intégration des images parentales, celles-ci provoquant moins d'insécurité chez le sujet. L'infantilisme, la régression ont diminué mais persistent encore car le sujet a du mal à assumer toutes les responsabilités.

En conclusion, on peut dire que l'anxiété semble avoir diminué grâce à l'extériorisation partielle de certains affects refoulés, et à d'autres qui sont mieux contrôlés, créant moins de tensions chez un sujet qui éprouve le besoin de tout dominer. Cependant, les conflits affectifs refoulés sont importants puisqu'ils entraînent des perturbations au niveau de l'intellect. Il n'y a plus cette ambivalence et ce flou dans la perception des sentiments. Mme P. fait preuve d'une vision plus objective tant de la réalité que d'elle-même.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Le tonus général (+) est presque normalisé et va de pair avec la disparition de l'agitation psychomotrice, présente il y a 6 mois.

L'appareil de moyen effort met en évidence un système neurovégétatif pratiquement stabilisé, concordant avec les quelques migraines, somnolences et colites apparaissant occasionnellement. Par contre, l'affectivité n'a pas évolué en intensité (----). L'intellect a été légèrement amélioré (---).

L'état nerveux au niveau psychique est loin d'être normalisé. La persistance des symptômes à ce niveau coïncide avec le degré de nervosisme mis en évidence par les appareils stéréoscopiques.

La résistance des centres nerveux (fonctions intellectuelles et affectives) à la rééducation, témoigne de l'ancienneté des troubles et de leur importance.

La corrélation entre le degré de perturbation nerveuse mis en évidence par l'appareillage Quertant et l'évolution de la symptomatologie est excellente.

* * * * *

ETUDE DE CAS n°11

Monsieur R.

-Présentation générale du sujet:

Monsieur R. est cuisinier professionnel depuis 32 ans et a cessé sa profession il y a 6 mois afin de prendre une année sabbatique. Veuf depuis 15 ans environ, M. R., 46 ans, vit depuis quelques mois en concubinage avec une jeune femme qui lui a conseillé de suivre le training C.P.S. en sa compagnie.

De grande taille et souffrant d'embonpoint, il se présente comme une personne très masculine, ainsi qu'en témoigne une grande barbe touffue.

Le sujet a une fille de 22 ans à qui il a refusé toute hospitalité depuis 3 ans. Il ne l'a plus vue depuis.

Le comportement du sujet au cours des différentes passations de tests révèle un individu très soucieux de son image. Il se donne l'impression d'être très sûr de lui et préfère donner une réponse au hasard plutôt que d'avouer son ignorance. En réalité M. R. est mal à l'aise face aux différents tests: il réagit par une attitude banalisante, presque dédaigneuse alors qu'il est très soucieux de la qualité de ses réponses. Il rit, ironise, fait des commentaires pour bien déployer toutes ses connaissances, tout en donnant l'impression de prendre les tests à la légère. La rationalisation est présente dans tous les tests, mécanisme de défense par lequel il justifie ses réponses ce qui dénote un manque de confiance en soi et en tout cas un certain doute.

-Personnalité du sujet:

L'intelligence est au-dessus de la moyenne avec un quotient intellectuel de 113 et une légère prédominance de l'échelle de performance (115 contre 110 à l'échelle verbale).

Malgré la note obtenue, le sujet fait preuve de difficultés de concentration et son désir de bien faire est tel qu'il préfère donner une réponse fausse plutôt que de perdre son temps à réfléchir, et ceci à plusieurs reprises. Donc, on peut mettre sur le compte de l'orgueil personnel manifesté par le désir d'être parfait, quelques points en moins dans plusieurs épreuves (surtout au niveau de l'échelle de performance).

Néanmoins, l'observation est bien développée, l'organisation spatiale également. La logique est adaptée au bon sens. A noter que le sujet siffle pendant l'épreuve des cubes et celle des assemblages d'objets afin de donner l'air de s'amuser alors que d'autres faits prouvent le contraire; notamment, lorsqu'il donne une réponse fausse et qu'il s'en rend compte, M. R. se justifie de mille façons avec une attitude parfois agressive plutôt que d'avouer son incompétence.

Une amélioration de la concentration jointe à un aspect moins contrôlé de son image devrait permettre une augmentation du Q.I.

L'intelligence fonctionne souvent de façon synthétique et théorique. L'intelligence pratique et concrète est peu développée quoique bien adaptée. Les facultés d'observation sont normales. Les capacités logiques sont bonnes et l'attention est soutenue en permanence; la

pensée est précise et les procédés associatifs sont bons. Cependant, on note une stéréotypie qui s'oppose à la plasticité de la pensée et qui trouve son explication dans des conflits familiaux; le sujet, ayant manqué de structure dans son enfance, comble cette lacune par un conformisme social exagéré.

-Personnalité du sujet:

De type introverti, le sujet intériorise ses sentiments par un formalisme quasi-constant. Il est réservé, détaché, critique et distant. Sa personnalité est inhibée par des mécanismes de défense. Nous sommes en présence d'une personne qui manifeste fréquemment une attitude d'opposition, un esprit de rivalité et un entêtement non négligeables, alternant avec des moments de soumission.

Sérieux ou enthousiaste selon la situation, M. R. est consciencieux et plutôt méfiant.

Sensible et dépendant, même s'il se donne une image opposée, le sujet possède peu d'imagination. Par contre il semble souvent distrait par manque de concentration. Il est direct et maladroit en société et sa naïveté excessive dément l'image qu'il voudrait donner de lui-même: celle d'une personne érudite.

Son conservatisme excessif et son attachement au groupe révèlent un besoin de structures qui semblent absentes dans l'enfance du sujet.

L'anxiété est importante et se manifeste de différentes façons: émotif selon les situations, le sujet tente autant qu'il le peut, de donner l'apparence de quelqu'un de stable et de calme, et il y parvient le plus souvent.

De manière générale, M. R. est très soucieux de son image qu'il défend par un important formalisme. Cependant, l'anxiété étant importante, les barrières cèdent parfois et c'est un individu incontrôlé et en conflit avec lui-même qui se révèle.

L'insécurité sociale contribue à l'importance de l'anxiété d'autant plus qu'actuellement le sujet entreprend un métier très différent à tous points de vue et qu'il doit réussir pour résoudre ses problèmes financiers.

Le sujet souffre d'un important sentiment de culpabilité avec auto-accusation sans doute résultant de conflits familiaux et qui se manifeste, vis à vis de son entourage, par un sentiment d'infériorité.

Presque en permanence le sujet est tendu, frustré et surmené. Aussi les pulsions éveillées et les besoins insatisfaits de toutes sortes contribuent au degré important d'anxiété dont il témoigne à travers les différents tests.

-Vie affective et relationnelle:

Avec les parents du sujet, elle semble tourmentée, bien que le sujet ne parle que de "respect" vis à vis d'eux. Le Rorschach dévoile une grande anxiété face à l'image paternelle qui est vue comme "ridicule".

L'image maternelle évoque une attitude d'opposition qui semble causée par un manque de protection de la part de celle-ci. De toute façon, les problèmes relationnels sont de taille puisque le sujet refuse d'interpréter 2 des 3 planches maternelles.

Il semblerait toutefois que la mère, castratrice, jouait le rôle du père, ce dernier se laissant passivement dominer. Cette inversion des

rôles n'a pas été acceptée par le sujet qui manifeste un désir de régresser face à l'image de la mère archaïque.

Ce qu'il convient de retenir c'est que M. R., au cours de l'entretien dénie tous problèmes relationnels avec ses parents, ce qui prouve bien que ceux-ci sont de taille même s'ils sont refoulés.

Le sujet a une fille de 22 ans qu'il n'a plus vue depuis 3 ans, c'est à dire depuis qu'il a manifesté le désir de ne plus la voir, ce qui dénote un problème relationnel certain et qui contribue à confirmer les problèmes avec ses propres parents.

M. R. est veuf depuis environ 15 ou 20 ans. Cette imprécision temporelle révèle un traumatisme probable lié au décès de sa femme dont la cause n'a pas été dévoilée.

Depuis quelques mois, le sujet vit en concubinage avec une jeune femme pour laquelle les sentiments semblent exister puisqu'il a cessé sa profession antérieure, qu'il exerçait depuis plus de 30 ans, afin de voir sa concubine plus souvent.

D'une manière générale, la vie affective du sujet est peu stable: parfois intériorisée et inhibée par des mécanismes de défense, parfois extériorisée par des pulsions peu contrôlées, une certaine agressivité, ou bien sur un mode dépressif avec sentiment de culpabilité.

L'entretien ne révèle aucun problème dans la vie sexuelle du sujet. Cependant le Rorschach infirme ce fait, le sujet manifestant un choc majeur, à savoir un refus d'interprétation de la planche concernée. Ce refus est à mettre en relation avec 2 refus aux planches maternelles et un choc face à la planche paternelle.

Sa vie professionnelle vient de prendre un tournant décisif dans la mesure où le sujet se lance dans une profession où la relation avec autrui est primordiale. M. R. est agent immobilier et la qualité de sa capacité relationnelle est décisive pour sa réussite. Or, nous avons vu que le sujet est introverti, plutôt méfiant, naïf, trop sincère et direct en société, ce qui paraît compromettre son métier.

-Les symptômes:

Il ne semble pas qu'il y ait une cause organique aux troubles dont souffre M. R.. L'obésité et l'hypercholestérolémie semblent liées à la profession qu'exerçait le sujet depuis 33 ans. Ce deuxième trouble a d'ailleurs disparu depuis peu. Les dernières analyses médicales ont identifié un peu de sucre dans le sang.

Un ancien ulcère duodénal atteste que le sujet est prédisposé aux troubles fonctionnels d'origine nerveuse. Depuis 10 ans, le sujet souffre de problèmes vésiculaires qui se manifestent par des crises particulièrement douloureuses lorsque le sujet est contrarié. A part quelques troubles neurovégétatifs (aérophagie, diarrhée, palpitations cardiaques) peu fréquents, M. R. souffre surtout de problèmes psychiques, notamment d'insomnies constantes depuis 25 ans, de somnolence due au manque de sommeil, d'émotivité, d'angoisse, d'obsession et à un degré moindre, d'irritabilité, d'un complexe d'infériorité et de dépression.

Au niveau de l'intellect, on note quelques difficultés de concentration et des pertes de mémoire. L'apparition des troubles ne semble pas consécutive à un traumatisme psychologique ou autre. Cependant, des problèmes financiers, conjointement à des problèmes familiaux, ont sans doute eu une répercussion. Le sujet, dans

l'entretien, explique que dans le passé il lui est arrivé, pour prétexter un besoin de sommeil auprès des membres de sa famille, d'utiliser un somnifère.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

M. R. n'a jamais suivi de traitement pour ses crises vésiculaires. Pour ses insomnies le sujet prend un cachet tous les soirs depuis 2 ans, ce qui lui permet de dormir 6 heures par nuit. Sans somnifère il s'endort vers minuit mais se réveille 2 heures plus tard et ne peut plus se rendormir.

Le sujet est très satisfait du traitement médical de ses insomnies. Les conseils de son médecin sont importants pour lui, par contre il n'aime guère parler de ses problèmes personnels. Face au nouveau traitement il semble confiant. Cependant, il semble difficile de prévoir une participation active de sa part.

-Les causes probables des symptômes:

En faisant la synthèse des éléments apportés par les différents tests, entretiens, questionnaires, il semblerait qu'un problème familial soit à l'origine des conflits affectifs pourtant bien refoulés par le sujet qui ne les laisse entrevoir que par ses attitudes et comportements souvent contraires à ses désirs et aspirations. L'intelligence, développée et adaptée, aide le sujet à surmonter les conflits intérieurs par la mise en place de mécanismes de défense (rationalisation, refoulements) qui permettent une bonne appréhension de la réalité.

Il semble exister une absence de structuration, un besoin de protection et d'affection. Ces lacunes sont dévoilées par une certaine immaturité affective dans ses relations avec les autres, une recherche d'affection, un désir d'indépendance qui contraste avec un conformisme social excessif.

Cette étude de cas est intéressante dans la mesure où les conflits affectifs, pourtant très importants, sont relativement bien vécus par le sujet qui a su les écarter du champ de sa conscience.

Il n'y a que l'anxiété qui transparaisse avec quelques symptômes neurovégétatifs et psychiques, mais sans compromettre l'intégration sociale et professionnelle. Quant à la relation familiale, elle présente des perturbations en rapport sans doute avec celles que M. R. a vécues avec sa propre famille.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Le dépistage révèle un nervosisme important mais qui reste toutefois sous le contrôle de la volonté du sujet.

Il y a excès d'énergie nerveuse aux niveaux neurovégétatif, affectif et intellectuel (+++), ce qui veut dire que le sujet dépense trop d'énergie nerveuse dans ce domaine. La conséquence est une fatigue sur le plan du tonus général où le sujet fait preuve d'une insuffisance nerveuse (---).

Il existe un décalage, même minime, mais qu'il convient de citer, entre les symptômes du sujet dont certains sont fréquents, voire constants, et le dépistage qui révèle des troubles nerveux, certes, mais qui sont toutefois intermittents.

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Après cinq mois d'activité professionnelle, le sujet a récemment été licencié pour raisons économiques. En l'absence d'autre ressource que celles que lui procurent son travail, monsieur R.P. se trouve dans une situation difficile.

Il y a trois mois, le sujet a dû subir l'ablation de la vésicule biliaire. L'intervention a révélé un ulcère duodénal de taille considérable. Les suites opératoires ont été longues. Le training C.P.S. a été interrompu pendant deux mois. M.R.-P. a perdu 10 kgs.

Le comportement du sujet a changé de façon extraordinaire: il est détendu, calme, peu soucieux de son image; il reconnaît d'emblée, le cas échéant, son ignorance d'une réponse plutôt que de chercher de mauvais prétextes. Il est soucieux du résultat mais ne le dissimule pas comme il y a six mois. Les mécanismes de défense sont moins nombreux. Les différents tests sont subis en toute sincérité; le sujet n'essaie pas de donner de lui-même une autre image que celle qui lui correspond. Sa confiance en lui-même est plus grande; les demandes de réassurance, les remarques revalorisantes ont disparu. On note une levée des inhibitions et une certaine excitation thymique. Le sujet manifeste moins d'anxiété.

-Personnalité du sujet:

L'intelligence a gagné trois points à la W.A.I.S. L'échelle de performance marque six points de plus ce qui atteste une meilleure concentration et une plus grande rapidité d'exécution.

L'intelligence théorique, relativement trop élevée il y a six mois, a légèrement baissé ce qui dénote une approche plus concrète de la réalité. Lors des premiers tests, la trop forte anxiété empêchait le sujet d'approfondir ses pensées et d'analyser les détails.

Les capacités d'observation sont meilleures. La logique demeure moyenne. La pensée, plus souple, s'adapte mieux aux circonstances. Aux deux passations la pensée est précise et l'attention bonne.

L'amélioration des mécanismes intellectuels est due à la spontanéité du sujet, à son investissement dans ce qu'il entreprend en dehors de tout souci de son image.

La personnalité est plus extravertie, chaleureuse, coopérante. Il y a plus d'agressivité et moins de soumission qu'auparavant. Plus sérieux, plus spontané, plus sociable, le sujet est aussi plus réaliste et plus satisfait de lui-même. Sa trop grande sensibilité est amenuisée et son imagination est plus constructive.

Le conformisme est moindre. Le sujet est moins consciencieux, moins moralisateur et dépend moins du groupe. Il est moins naïf, plus rusé. Les facultés d'innovation sont en progrès.

Le taux d'anxiété passe de 8 à 4 sur l'échelle de Cattell. L'excès d'opposition d'il y a six mois a disparu. Le sujet se contrôle mieux, exprime mieux ses tensions. Il est optimiste, plus confiant, moins émotif. Les sentiments dépressifs doublés d'auto-accusation ont disparu. Les pulsions inabouties ont diminué et créent moins de tensions et de frustrations. En revanche, la participation de l'insécurité sociale à

l'anxiété a augmenté, probablement du fait de la situation professionnelle du sujet.

-Vie affective et relationnelle:

L'affectivité est plus stable et les pulsions mieux contenues. La fonction consciente rationnelle domine moins les moments affectifs. Les affects ne s'extériorisent pas davantage; ils sont perçus plus objectivement mais le sujet ne peut encore les transposer dans le langage. L'anxiété refoulée est moins perturbatrice; il y a moins de sentiment de culpabilité. La maturité est plus grande et les sentiments dépressifs ont disparu. Dans l'ensemble, malgré une levée des inhibitions, les rapports affectifs restent limités. Le sujet reste introverti, persiste à refouler certains conflits affectifs et ne parvient pas à extérioriser ses sentiments.

L'équilibre des pulsions serait le fruit du développement de la vie fantasmatique et imaginaire, inexistante il y a six mois. Les images parentales sont mieux intégrées et ce fait explique la diminution de l'anxiété. La vie sexuelle en a été favorisée et est à présent pleinement satisfaisante.

La relation à l'Autre est plus profonde, plus sincère. Plus confiant, le sujet appréhende moins d'être agressé par l'Autre. Le complexe d'infériorité a diminué et M.R.P. s'investit plus facilement dans la relation. L'Autre est moins anxiogène et, si le sujet éprouve encore le besoin de se protéger, au moins ne ressent-il plus la nécessité de fuir.

-Les symptômes:

Douze symptômes sur dix-huit ont disparu: fatigue visuelle, troubles de l'élocution, migraine, somnolence, sensations vertigineuses, palpitations cardiaques, troubles digestifs [après chirurgie abdominale], émotivité, angoisses, irritabilité, tendance obsessionnelle, complexe d'infériorité. Un a diminué de fréquence: l'insomnie. Cinq sont inchangés: diarrhée à l'occasion de contrariétés, boulimie, tendance dépressive, difficultés de concentration, pertes de mémoire. Le bilan est positif, compte tenu du fait que le sujet terminera son training dans environ deux mois.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

L'intervention chirurgicale, souvent conseillée, longuement différée, a dû en définitive être pratiquée d'urgence. La convalescence a été longue. Les douleurs abdominales ont disparu.

Un certain laisser-aller face aux symptômes semble avoir laissé la place à une attitude active et résolue. Le sujet manifeste la volonté de terminer le training C.P.S. et de voir disparaître les derniers troubles.

M.R.P. ne consomme plus de somnifères. Il parle plus volontiers de ses problèmes personnels, considère ses troubles de façon plus objective. Il a été très régulier dans son training et se déclare pleinement satisfait des résultats obtenus.

-Les causes probables des symptômes:

Les images parentales sont mieux intégrées, l'anxiété est moindre. Les besoins affectifs sont comblés par la relation avec la concubine. La plus grande confiance permet au sujet de ne plus avoir ce comportement ambivalent qui n'était qu'un mécanisme de défense de sa fragile structure interne. Bien que sa vie affective soit toujours inhibée, elle tend à s'extérioriser progressivement; les tensions créées par les refoulements successifs en sont diminuées. La diminution de l'anxiété a libéré les mécanismes intellectuels et permet une meilleure appréhension du réel.

Au terme de 50 séances de training C.P.S., M.R.P. se présente comme quelqu'un de stable, spontané, naturel, qui sait rester maître de lui en toute circonstance. Son licenciement, notamment, est bien supporté et n'engendre pas de sentiment dépressif. Les projets sont nombreux et le sujet a bon espoir de les réaliser.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution des symptômes:

Le dépistage met en évidence la normalisation du tonus général. La disparition complète des symptômes touchant la sphère sensori-motrice correspond à ce résultat.

L'appareil de moyen effort révèle une tendance hypoautocinésique (-) qui coïncide avec la tendance boulimique et les diarrhées provoquées par les contrariétés. Les tests des niveaux intellectuels et affectifs montrent aussi une tendance hypoautocinésique (-) ce qui correspond à la persistance d'un fond dépressif, de difficultés de concentration, de troubles de la mémoire, tous symptômes ne se manifestant que rarement.

Cette étude de cas révèle donc des progrès spectaculaires et une excellente corrélation entre les anomalies résiduelles du second dépistage et la persistance de certains des symptômes.

* * * * *

ETUDE DE CAS n°12

Monsieur C.

-Présentation générale du sujet:

Monsieur C., 51 ans, est célibataire sans enfant. De belle prestance, il se tient droit ce qui met encore plus en valeur sa grande taille. Sa voie grave et forte donne l'impression d'une importante affirmation de soi.

Le sujet est directeur d'une maison de retraite et assume beaucoup de responsabilités, travaillant 10 heures par jour.

Aux différentes passations des tests, M.C. est nerveux et présente une importante agitation psychomotrice: tics, mimiques répétitives, il change sans cesse de position sur sa chaise. En général, il est mal à l'aise et les demandes de réassurance sont nombreuses. Les épreuves sont exécutées avec application, réflexion et concentration. Il est très soucieux des résultats et l'échec est mal toléré. Le sujet manifeste une difficulté à trouver les concepts correspondant à ses pensées.

Il consulte pour des insomnies rebelles.

-Personnalité du sujet:

La note obtenue au QI. (119) est également répartie entre les deux échelles: verbale et de performance. M.C. a tendance à analyser les petits détails au détriment de l'évidence. L'intelligence synthétique est bonne. Le sens pratique est faible et peu adapté au réel. Les capacités d'observation sont normales mais toujours motivées par un besoin d'opposition face à l'entourage, dans le but de se valoriser. La pensée est souple et précise. La logique est bonne bien qu'elle ait du mal à se concrétiser. La fonction rationnelle domine trop la vie affective.

M.C. est extraverti; il est du type sociable, adaptatif, expansif et ses intérêts sont plutôt dirigés vers l'extérieur. Par voie de conséquence, la vie intérieure est pauvre, tendant à l'égocentricité, à la labilité affective. Il est suggestible et imite plutôt qu'il n'invente. Il est enclin à la rivalité. Son entêtement est tenace et s'oriente toujours vers l'entourage. M.C. est peu satisfait de lui-même et peu soucieux de son image. Formaliste en général, il est direct en société. Le sujet est normalement intégré au groupe social et respecte les traditions.

Il est légèrement anxieux et contient rarement son émotion. Parfois tourmenté et culpabilisé, le sujet est impulsif et en conflit avec lui-même lorsqu'il ne contrôle pas rigidelement ses affects.

En conclusion, M.C. manifeste des périodes d'inhibition et de contrôle alternant avec des instants pendant lesquels il témoigne d'une conscience de soi peu développée.

-Vie affective et relationnelle:

L'image paternelle évoque l'insécurité affective avec en filigrane des sentiments dépressifs. Or ces affects sont totalement refoulés et le sujet refuse d'en prendre conscience. Il dit avoir d'excellents rapports

avec ses parents. Pourtant un père absent du foyer pendant 6 ans, alors que le sujet était en bas âge, explique les sentiments qu'évoque l'image paternelle.

La mère semble autoritaire et dominatrice ce que M.C. exprime par son attitude oppositionnelle et surtout par le besoin d'affirmation. Il témoigne d'une peur de la maladie et d'une importante insécurité affective. M.C. idéalise ses parents et fait preuve d'une certaine immaturité affective. Il évoque un désir de régression et refuse de considérer ses parents de façon objective.

La vie affective est très perturbée; les affects sont refoulés et ils ne sont pas rationalisables. Les mécanismes de défense sont solidement mis en place et seule l'attitude constante d'opposition laisse entrevoir cette affectivité refoulée. L'immaturité et l'insécurité affective sont compensées par une rationalisation excessive. Parfois l'impulsivité et l'irritabilité dominent la raison. L'émotivité est mal contrôlée. Face à ses problèmes affectifs, M.C. fait preuve d'une attitude résignée, soumise et défaitiste. Il est impuissant et cette impuissance s'extériorise par des sentiments dépressifs.

La relation à l'Autre se fait sur le mode de l'inhibition; elle est superficielle. M.C. ne peut s'empêcher de contredire l'Autre même s'il sait qu'il a tort dans ses arguments. Ce besoin de s'affirmer, de se valoriser, confirme l'insécurité affective née de la relation parentale.

Par contre, l'intégration sociale est bonne et le sujet attribue même trop d'importance à sa vie professionnelle au détriment de sa vie familiale. On note une préoccupation excessive au niveau de la santé. L'image de la sexualité est teintée d'insécurité, de manque de confiance en soi.

-Les symptômes:

Les antécédents familiaux se limitent à un père diabétique. Les antécédents personnels sont nuls. La liste des symptômes et surtout leur fréquence est difficile à évaluer avec exactitude car le sujet est peu objectif et surtout, il n'aime pas admettre ses faiblesses. Les symptômes, à part les insomnies, ne se manifestent, selon le sujet, que rarement. Ils sont d'origine neurovégétative (sommolences, migraines, troubles sexuels) et psychiques (difficulté de concentration, timidité, irritabilité, angoisses et hyperémotivité). A notre avis, l'irritabilité et l'émotivité sont fréquentes sans parler du complexe d'infériorité qui n'est même pas signalé. Les symptômes existent depuis 40 ans et M.C. avoue que sa timidité et son émotivité ont pu être dominé grâce à des postes de responsabilité sur le plan professionnel. Cependant, dans ses rapports amicaux, l'émotivité s'exprime ouvertement.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Comme nous l'avons laissé entendre, M.C. refuse d'admettre ses troubles, surtout ceux qui ont une origine affective. Il n'a d'ailleurs jamais suivi de traitement auparavant et s'il consulte aujourd'hui, c'est uniquement pour faire plaisir à une amie ayant fait la C.P.S. L'attitude face à ses troubles est ambivalente: tantôt les symptômes sont niés, tantôt ils sont soumis à une hypochondrie qui rappelle le manque d'affectivité vécu dans l'enfance.

On peut estimer que l'investissement dans le thérapeute sera très faible. Par contre, volontaire et sérieux dans ce qu'il entreprend, le sujet sera sans doute régulier dans son training, même s'il dit ne pas savoir qu'en attendre. L'entourage reconnaît l'émotivité, l'esprit d'opposition et l'irritabilité de M.C.

-Les causes probables des symptômes:

Elles résident dans une vie affective perturbée dès la petite enfance. Les relations intellectuelles avec ses parents n'ont pas permis au sujet d'extérioriser ses sentiments et émotions qui ont, de ce fait, été refoulés. M.C. se conduit comme un enfant, égocentrique, immature sur le plan affectif. Il est irritable et s'oppose sans arrêt aux dires des autres pour se mettre en valeur. Il semble qu'un complexe d'infériorité soit à l'origine de ce comportement qui permet au sujet de s'affirmer en rabaissant l'Autre. Ce complexe viendrait d'une mère dominatrice qui a élevé son enfant de façon intellectuelle, en imposant ses méthodes d'éducation sans tenir compte des besoins affectifs. Ces perturbations affectives n'empêchent pas une bonne appréhension de la réalité.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Le dépistage met en évidence un système nerveux sensori-moteur et intellectuel très tendu (++++). Pourtant aucune répercussion sur le fonctionnement des sens, à part la vision, n'est observable. Le tonus général est exagérément élevé et se manifeste par une agitation psychomotrice. L'intellect ne semble pas aussi perturbé que l'indiquent les appareils; seules des difficultés de concentration sont relevées. Le dépistage met en évidence un système nerveux végétatif et affectif perturbé en général, mais avec des périodes de rémission (+++). A ce premier niveau, le dépistage coïncide laissant apparaître de temps à autre quelques rares migraines et somnolences. Mais sur le plan de l'affectivité, on aurait pu s'attendre à une note maximale (++++), ce qui prouve bien que le sujet se maîtrise à ce niveau lorsque sa volonté intervient (notamment dans son travail).

En résumé, il y a concordance dans l'ensemble entre le degré de nervosisme mis en évidence par l'appareillage Quertant et l'intensité des troubles nerveux, sauf au niveau de l'intellect où les symptômes, pour coïncider avec le dépistage, devraient être plus nombreux.

* * * * *

CAS N° 12

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Pendant cette deuxième passation, l'agitation psychomotrice, très forte au cours de la première passation, a disparu. Ce trop plein d'énergie est dorénavant contrôlé. M.C. est beaucoup plus détendu, plus décontracté et plus confiant face aux différents tests. Les demandes de réassurance sont très rares. Toujours aussi consciencieux et sérieux

lors des passations, M.C., du fait d'une plus grande détente générale, est plus rapide, plus spontané dans ses réponses.

En conclusion, on peut dire que les mécanismes de défense sont moins nombreux, permettant au sujet de mieux se concentrer sur les différentes épreuves.

-Personnalité du sujet:

M.C. a amélioré son QI. de 5 points grâce à de meilleurs résultats obtenus aux épreuves de performance. Meilleure concentration, moindre émotivité expliquent cette amélioration.

Le sujet passe plus facilement de l'intelligence synthétique à l'intelligence analytique. Les capacités d'observation sont adaptées alors qu'auparavant, il analysait des détails anodins sans voir l'évident et l'essentiel. En plus, elles ne sont plus systématiquement utilisées dans le but de s'opposer à l'entourage; il existe une autocritique, totalement absente autrefois. Le sens pratique reste toujours un peu inférieur à la moyenne mais il est nettement moins faible. Par contre, la pensée est plus stéréotypée et plus conforme à celle du groupe. Cependant, la pensée est encore plus précise, contrôlant davantage les éléments de la réalité. La fonction rationnelle domine encore plus qu'avant les moments affectifs ce qui laisse penser que le manque de structuration sur le plan affectif serait compensé par une intelligence plus concrète, plus stéréotypée, se conformant à la pensée du groupe.

M.C. est moins extraverti et consacre, de ce fait, plus d'énergie à sa vie intérieure; sa productivité personnelle et sa créativité se sont considérablement développées. L'égocentricité s'est estompée et le sujet parvient à mieux s'investir dans la relation à l'Autre. L'esprit de rivalité, d'opposition, d'entêtement, bien que toujours un peu élevé adiminué de moitié. M.C. est plus soucieux de son image et se contrôle davantage. Moins consciencieux et moralisateur, il est plus libéral bien que toujours dépendant du groupe social. Beaucoup plus sensible qu'il y a 6 mois, le sujet est plus spontané en société comme le confirme son comportement au cours des passations.

Le taux d'anxiété, peu élevé auparavant, a légèrement diminué grâce à une insécurité sociale moindre; ceci résulte d'une meilleure intégration professionnelle. Le sujet est moins enclin aux sentiments dépressifs, aux sentiments de culpabilité et, d'une manière générale, il est plus confiant, optimiste et serein dans tout ce qu'il entreprend.

-Vie affective et relationnelle:

M.C. s'accepte beaucoup mieux; plus confiant, il n'a plus besoin de donner une certaine image de lui-même, qui d'ailleurs, ne correspond pas à sa personnalité. L'insécurité affective d'origine paternelle semble avoir été refoulée encore davantage, permettant au sujet de mieux accepter son père. Face à l'image maternelle, le sujet est moins anxieux. Comme pour l'image paternelle, un refoulement plus profond des conflits affectifs, notamment ceux engendrés par une mère castratrice, se confirme par l'affirmation de soi. L'attitude de dépendance, de passivité a disparu laissant la place à une personne déterminée et confiante face à une mère devant laquelle le sujet ne s'affirme pas encore entièrement. Ce travail de détachement maternel nécessite un

soutien, une aide qu'il trouve dans la relation à autrui, relation qui n'était pas du tout investie il y a 6 mois. De plus, cette relation n'est plus superficielle et intéressée. Il semble que le sujet ait pris conscience objectivement de l'image maternelle. Il y a eu une mise à distance des affects, lui permettant d'aborder la relation en toute lucidité. Il n'y a plus cette attitude de fuite, d'évitement face à la mère: l'opposition est clairement exprimée; elle n'est plus latente ou sous-entendue.

Dans l'ensemble, M.C. présente moins d'immaturité affective. Les sentiments sont en voie d'extériorisation, même si le sujet éprouve encore de la difficulté à les verbaliser. Le plus grand refoulement des conflits affectifs anxiogènes lui permet d'entrer en contact avec certains affects même si la tendance est toujours à vouloir trop les contrôler. Ces modifications de l'affectivité permettent une meilleure appréhension de la réalité. L'attitude résignée et défaitiste dans l'abord des problèmes affectifs n'est plus inévitable. Acceptation et affirmation de soi, résolution du problème relationnel avec la mère dominatrice ont permis à la sexualité de s'épanouir.

-Les symptômes:

Sur 9 symptômes évoqués il y a 6 mois, 3 d'entre eux, qui étaient rares, ont disparu (céphalées, troubles sexuels, difficultés de concentration), 1 (l'insomnie), autrefois fréquent, est devenu rare, et 5 (sommolence, timidité, émotivité, angoisse et irritabilité) sont inchangés. On note qu'hormis les somnolences les symptômes persistants sont d'origine psychique, appartenant donc à la catégorie que le training C.P.S. jugule en dernier. Or, nous le verrons plus loin, M.C. est loin d'avoir achevé son training.

Cependant, le comportement au cours de la passation ainsi que les résultats des tests mettent en évidence l'amélioration de ces symptômes.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

L'individu résigné qui niait ses troubles est devenu plus dynamique, résolu à progresser et à développer ses potentialités. Les troubles sont dorénavant pris en compte et même appréhendés de façon objective. L'hypochondrie et les sentiments dépressifs, reflets de l'impuissance face aux conflits affectifs non résolus, ont disparu.

Les 50 séances ont été très régulièrement suivies, le sujet effectuant chaque test avec sérieux et application.

L'entourage a surtout remarqué une détente, tant au niveau physique qu'affectif. Le sujet est moins irritable et moins enclin à s'opposer à son entourage.

-Les causes probables des symptômes:

Au début des séances C.P.S., M.C. a rencontré une femme qu'il fréquente régulièrement. Compte tenu de cette nouvelle liaison, il est donc difficile d'attribuer les modifications constatées, du moins toutes, aux bienfaits de la C.P.S. Cependant, on ne peut nier le fait qu'elle a aussi une participation dans la disparition de certains symptômes. Il semblerait que le point de départ, c'est à dire un plus grand équilibre nerveux, ait permis à M.C. d'aborder ses problèmes

affectifs de façon plus objective. Son Moi aurait sélectionné les conflits, refoulant encore davantage dans l'inconscient ceux qui semblent insolubles, et prenant en considération les autres afin de les résoudre. Ce tri a permis à certains affects de s'extérioriser, favorisant le relâchement de certaines tensions. Pour ce qui est des conflits affectifs davantage refoulés, l'intellect s'est chargé de les enfouir dans l'inconscient, entraînant une rigidité de certains de ses mécanismes. La vie affective étant mieux contrôlée, le sujet semble être parvenu à mieux se comprendre et donc à mieux s'accepter. De ce fait est née une plus grande confiance en soi, une ouverture dans la relation avec autrui sans que le sujet ait ce besoin incessant de s'affirmer. Dans l'ensemble, la vie est appréhendée avec plus d'optimisme et plus de créativité personnelle.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Le tonus général est resté quasiment stationnaire; en effet, il est passé de (+++++) à (+++). C'est à ce niveau que les progrès sont les plus faibles. Il existe de nombreuses crispations musculaires, comme si c'était le corps du sujet qui avait été le plus réceptif aux différents conflits affectifs, ceux-ci n'ayant jamais pu être verbalisés.

Les 3 autres tests mettent en évidence une certaine amélioration: la vie neurovégétative et l'affectivité sont passées de (++++) à (++); les symptômes à ces niveaux devraient se manifester de temps en temps mais moins souvent qu'il y a 6 mois, ce qui est effectivement le cas. L'irritabilité, l'émotivité, les angoisses, la timidité existent toujours mais de façon moins fréquente. Le dépistage au niveau de l'intellect enregistre un net progrès puisque, de (++++), le nervosisme est passé à (++). Effectivement, les symptômes d'origine intellectuelle mentionnés par le sujet et qui se manifestaient rarement ont complètement disparu. La corrélation entre l'état nerveux mis en évidence par le dépistage et les symptômes persistants est bonne. Les résultats auxquels nous pouvons nous attendre promettent d'être non négligeables si l'on tient compte du fait que M.C. n'est qu'à la moitié du training.

* * * * *

ETUDE DE CAS N° 13

Madame C.

-Présentation générale du sujet:

Mme C., 59 ans, est veuve depuis 6 mois. Le décès brutal de son mari n'a fait qu'accentuer les troubles nerveux dont elle souffre: pertes de mémoire, difficulté de concentration, constipation chronique, insomnie et émotivité principalement. Mère de deux enfants qui font leurs études loin du domicile familial, Mme C. a beaucoup d'activités qui l'aident à supporter la solitude. L'entretien révèle un sujet qui parle volontiers. Il a besoin de contact avec autrui, d'échanges surtout sur le plan affectif. Il extériorise facilement ses pensées et fait beaucoup de commentaires sur les différents tests. Mme C. chante, rit souvent et surtout aime parler. Euphorique, elle prend néanmoins la passation à coeur et semble soucieuse des résultats. Face à l'échec, elle n'hésite pas à accuser le matériel ou l'expérimentateur. Les demandes de réassurances sont rares. Physiquement avantagée, dans une position sociale élevée, Mme C. fait preuve de simplicité.

-Personnalité du sujet:

L'intelligence est surtout pratique. Le bon sens et l'esprit rationnel sont employés au détriment des capacités de synthèse, pauvres et primaires. La pensée est imprécise, floue et superficielle: le sujet est dispersé et s'intéresse à trop de choses en même temps. L'absence de sens critique, la faiblesse des capacités d'observation font que l'intellect domine mal la réalité. Mme C. a des difficultés à fixer son attention et à se concentrer. Cependant, les capacités d'adaptation de la pensée sont bonnes. Le sujet est extraverti, chaleureux et n'hésite pas à s'opposer à la situation ou à donner son avis à l'occasion. Normalement sérieuse, Mme C. sait faire preuve d'enthousiasme. Elle est en général spontanée, sociable et confiante dans ce qu'elle entreprend. Rusée, elle dépend du groupe malgré son esprit libéral et innovateur. Le taux d'anxiété est moyen. Le faible développement de la conscience de soi révèle un sujet incontrôlé, impulsif et peu soucieux de son image. Le sujet est tantôt calme et stable, tantôt émotif selon les situations. Dans l'ensemble, il est optimiste bien qu'il se sente parfois inquiet et tourmenté sans raison valable. Les pulsions, relativement satisfaites, n'engendrent pas de tensions ou de frustrations.

-Vie affective et relationnelle:

La réalité est angoissante pour le sujet car elle lui renvoie ses propres problèmes qu'il refuse de prendre en considération. De ce fait, Mme C. les écarte du champ de sa conscience avec ironie. Un besoin de sécurité, de protection, font qu'elle appréhende mal la réalité, maîtrisée de façon trop rigide. En effet, il y a une rationalisation excessive, une appréhension trop formelle de la réalité au détriment des affects qui sont complètement niés. Le sujet essaie parfois, en vain, de maîtriser ses émotions. Les mécanismes de défense mis en jeu pour refouler certains conflits affectifs entraînent un sentiment

d'incomplétude ainsi qu'une agressivité liée à la relation perturbée avec une mère dominatrice. Celle-ci provoque chez le sujet une attitude d'opposition, voire d'entêtement excessif. Cette relation engendre un complexe d'infériorité et une tendance hypochondriaque avec immaturité affective. Le père apparaît dominateur, désirant avant tout se faire respecter. Il semble que le sujet souffre d'un manque d'affection parentale. La vie sexuelle évoque de l'insécurité sans doute en rapport avec un problème d'identification à une mère trop rigide et froide.

L'anxiété se concrétise surtout au travers d'une pensée rigide et contrôlée. La vie intérieure est pauvre; imagination et créativité sont faibles en dépit d'un penchant artistique.

A cause de déceptions parentales, le sujet ne s'investit que peu dans la relation à l'Autre. Mme C. ne recherche pas d'échange avec autrui du fait qu'elle ne se sent pas à la hauteur.

-Les symptômes:

Mme C. souffre d'eczéma depuis 30 ans, c'est à dire depuis son mariage. Elle était spasmophile pendant 2 ans, il y a 10 ans de ça. Selon elle, la spasmophilie serait apparue à cause d'incessants reproches de la part de son mari. Celui-ci était un perpétuel insatisfait, projetant sur sa femme ses propres problèmes.

Les antécédents familiaux sont nombreux: le père souffrait d'eczéma et d'un ulcère à l'estomac; la mère était très nerveuse et irritable.

Mme C., en plus de l'eczéma et de la spasmophilie, a également eu, tout comme son père, un ulcère à l'estomac. La concordance de la localisation des symptômes et de leurs natures laisse supposer une certaine hérédité tout au moins sur le plan psychologique.

Les symptômes actuels se manifestant souvent sont des troubles visuels et auditifs, des insomnies, des crampes d'estomac, une constipation chronique, des difficultés de concentration, des pertes de mémoire et une hyperémotivité. Les troubles intermittents sont des troubles de la parole, des migraines, des somnolences, des vertiges, des palpitations cardiaques, une certaine timidité, de l'irritabilité et un complexe d'infériorité. Les symptômes sont très variés et leur apparition correspond toujours à des périodes de tension psychologique. Six mois après avoir perdu son mari et un an après avoir perdu son père, les symptômes se sont accentués.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Mme C. suit actuellement un traitement contre la constipation. Après le décès de son mari, elle prenait des tranquillisants et des somnifères. Elle fut satisfaite de ces traitements mais a eu beaucoup de mal à s'en défaire. Elle a également suivi un traitement pour son ulcère pendant un an avec succès. Par contre, plusieurs traitements n'ont pas permis au sujet de guérir son eczéma.

L'investissement tant dans la thérapie que dans le thérapeute sera, sans doute, important, même si Mme C. a tendance à être parfois passive et résignée face à ses troubles.

-Les causes probables des symptômes.

Il semble qu'une transmission héréditaire ainsi que la façon dont le sujet aborde les événements de sa vie, c'est à dire avec crainte et pessimisme, soient à l'origine de cette symptomatologie variée. Le sujet a souffert dans son enfance d'un manque d'affection parentale qui n'a pas été compensé par son mari, trop exigeant et perfectionniste. Mme C. a tenté d'investir son amour dans la relation avec ses 2 filles âgées de 19 et 21 ans. Mais celles-ci ont toutes deux quitté le foyer parental et mènent une vie en concubinage. Ces séparations, en plus de la perte de proches, ont laissé cette femme seule et démunie face à l'avenir. On conçoit aisément les sentiments dépressifs à la suite de ces pertes et séparations. En contrepartie, une vie professionnelle intéressante et variée a permis au sujet de résister.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Le dépistage met en évidence un excès du tonus musculaire (++++) qui correspond aux troubles visuels et auditifs fréquents. La vie neurovégétative apparaît moins perturbée (++++) ce qui correspond au fait que les symptômes de cette sphère ne sont qu'épisodiques.

Le dépistage révèle une perturbation de l'affectivité et de l'intellect (++++) qui correspond à l'importante émotivité d'une part, aux difficultés de concentration et de mémorisation de l'autre.

La corrélation est donc bonne. On aurait attendu un degré de nervosisme végétatif maximal compte tenu des troubles digestifs.

* * * * *

CAS n°13

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Le sujet contrôle mieux ses émotions: il est moins démonstratif, plus réservé; ses commentaires restent cependant nombreux. L'excessive euphorie d'il y a six mois fait place à plus de sérieux et de concentration. Les demandes de réassurance sont moins nombreuses. La rationalisation est toujours aussi importante mais mieux justifiée.

Mme C. ne projette plus son insatisfaction sur l'expérimentateur ou sur le matériel. Elle est plus confiante et responsable, plus décontractée et spontanée.

-Personnalité du sujet:

Le quotient intellectuel gagne 9 points. La concentration, motif principal de consultation, est meilleure et permet la réalisation plus rapide et plus complète des épreuves. La mémoire est sensiblement améliorée. Les facultés d'observation connaissent un développement remarquable. Le rapport entre intelligences concrète et abstraite est bon. Le sujet fait preuve de bon sens et d'adaptation au réel. La pensée est restée souple et s'adapte aisément. Elle est plus précise, moins

superficielle, moins dispersée. La fonction logique est plus soutenue du fait de la plus grande concentration.

Mme C. est moins autoritaire et entêtée; elle est même plutôt soumise ou pour le moins accommodante. Elle est davantage moralisatrice et plus respectueuse des traditions. Conservatisme et conformité à la pensée du groupe ont considérablement augmenté.

Le taux d'anxiété a légèrement baissé. La conscience de soi est plus développée et autorise le meilleur contrôle des émotions. L'émotivité reste dans la norme mais l'extériorisation des affects est accrue. Il n'y a pas de participation de l'insécurité sociale à l'anxiété. Il existe une tendance à l'inquiétude sans fondement et à la culpabilisation mais elle se manifeste rarement. Une discrète augmentation des tensions crée parfois des frustrations.

-Vie affective et relationnelle:

La vie affective est plus stable. L'appréhension objective des affects permet le contrôle des émotions. Plutôt que de nier ses problèmes, le sujet trouve la force de les prendre en considération, de les analyser et de les intégrer correctement. Le besoin de réassurance est moindre. La rationalisation excessive de la vie affective a fait place à l'extériorisation de certains sentiments. La réalité, mieux maîtrisée reste un peu anxiogène du fait du sentiment d'infériorité hérité de la relation parentale.

L'angoisse du morcellement a cédé la place à une compréhension des éléments de la vie du sujet. Les incertitudes et donc l'anxiété en sont diminuées. La prédominance de la raison sur l'affectivité est moindre. La meilleure compréhension des personnalités parentales permet l'ébauche d'une extériorisation des affects: en effet, l'insécurité affective résulte de parents autoritaires et peu affectueux qui ont tendance à engendrer des sentiments agressifs chez le sujet, se culpabilisant de ce fait. Les affects refoulés face à la mère dominatrice, s'extériorisent sous forme de sentiments dépressifs. Mme C. essaie de comprendre cette relation maternelle mais le flou dans la perception l'empêche d'intégrer convenablement tous les affects. Le progrès vient du fait que le sujet possède l'énergie nécessaire pour prendre en considération ses sentiments. L'image paternelle est mieux intégrée; elle n'est plus aussi anxiogène. Grâce à une compréhension des rôles familiaux, la vie sexuelle s'est stabilisée et ne suscite plus autant d'immaturité.

La qualité de la relation à l'Autre est meilleure; celui-ci a une action plus stabilisante sur les pulsions du sujet. La relation est meilleure puisque Mme C., ne souffrant plus autant d'un complexe d'infériorité, n'a plus besoin de mettre en place des mécanismes de défense. Grâce à un développement des facultés intellectuelles, les affects sont mieux pris en considération, parfois extériorisés, permettant une baisse des tensions et donc de l'anxiété. La productivité personnelle a augmenté ainsi que l'imagination.

-Les symptômes:

La vie sensori-motrice accuse des troubles visuels et auditifs aussi importants qu'il y a 6 mois. Par contre, les troubles de la parole ont disparu. Sur les 7 symptômes neurovégétatifs, 3 ont disparu (sommolence, vertiges, palpitations cardiaques) et 2 ont été améliorés (migraines et

troubles digestifs). Seule la constipation persiste malgré une période de rémission de quelques jours. Par contre, les troubles psychiques n'ont que peu évolué: sur 6, 3 ont disparu (timidité, irritabilité, complexe d'infériorité), selon les dires du sujet. Les 3 symptômes persistants (difficulté de concentration, pertes de mémoire, émotivité) ont tout de même diminué en intensité.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

A part un traitement pour la constipation, Mme C. ne prend aucun médicament pour ses troubles. L'investissement dans le training C.P.S. a augmenté en 6 mois. Elle le suit consciencieusement bien qu'elle soit systématiquement en retard. Elle a également remis 10 séances mais toujours pour des motifs d'ordre professionnel. Dans l'ensemble, Mme C. prend ses symptômes plus en considération; elle arrive à mieux les définir verbalement. Sa pensée étant plus précise, elle les voit objectivement et espère avoir encore des résultats surtout au niveau des symptômes psychiques. D'une manière générale, Mme C. est plus dynamique, plus active face aux troubles, mais parfois encore, une attitude résignée prend le dessus.

-Les causes probables des symptômes:

En 6 mois, les mécanismes de l'intelligence se sont améliorés permettant une appréhension juste du réel, mais aussi une prise en compte des sentiments. L'insécurité affective venant d'un manque d'affection parentale, le complexe d'infériorité ont été raisonnés par le sujet qui parvient aujourd'hui à analyser ses affects de façon objective. En extériorisant certains sentiments qui créaient des tensions et des frustrations, l'anxiété a sensiblement diminué, permettant au sujet de reprendre confiance en lui-même. Par voie de conséquence, les sentiments dépressifs ont disparu. Le manque de structure a été en partie compensé par une rationalisation des affects et aussi par un plus grand conformisme et une intégration plus importante au groupe social.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Le tonus général est toujours hyperactif (+++) et n'a que peu progressé. Dans cette optique, il concorde avec les dires du sujet qui ressent encore des tensions musculaires. Le nervosisme au niveau neurovégétatif révèle une progression légère (++) mais suffisante pour expliquer la résolution de certains troubles. C'est au niveau du psychisme que les progrès sont les plus notables: le taux de nervosisme a diminué de moitié (++) et coïncide avec la disparition de la moitié des symptômes dans ce domaine. Nous avons pensé au départ que l'appareil objectivant les troubles neurovégétatifs, aurait dû révéler un nervosisme maximal (++++), et non (+++). Sur 50 séances, 25 ont été passées à l'appareil neurovégétatif et pourtant, le nervosisme constaté à ce niveau n'a pratiquement pas changé; c'est dire l'importance et l'ancienneté des troubles.

ETUDE DE CAS n°14

Mademoiselle D.

-Présentation générale du sujet:

Mlle D., 41 ans, est célibataire et n'a pas d'enfant. Elle est antiquaire depuis 7 mois et son nouveau métier lui pose quelques problèmes financiers.

Le sujet se présente comme une personne sans grande vitalité sur le plan physique, ayant peu de projets et d'espoirs pour l'avenir. Une certaine dépression teinte tout ce qu'il entreprend.

Mlle D. a perdu son père il y a 5 ans, et sa mère il y a 3 ans, tous deux âgés de 82 ans. Elle a également perdu un frère de 2 ans son aîné alors qu'elle avait 7 ans.

Le sujet avoue avoir un tempérament nerveux mais les troubles se sont amplifiés depuis un an et demi; problèmes de concentration, pertes de mémoire, migraines fréquentes, angoisses avec une fatigue générale et des insomnies depuis 2 mois, sont les symptômes essentiels.

Face aux tests, le sujet révèle un comportement passif, peu volontaire et peu désireux de réussir. La capacité à surmonter les difficultés paraît faible. L'échec est trop facilement accepté et certaines épreuves sont même abandonnées en cours de passation à cause d'un découragement que le sujet nie par une attitude superficielle, se voulant détaché des résultats. Face à l'échec, le sujet rit et s'avoue trop facilement vaincu. Et pourtant, on sent qu'il prend à cœur cette série de passations.

Tout au long des différentes passations, Mlle D. est mal à l'aise. Toute une série de remarques et de gestes confirment ce fait. Elle essaie de se présenter comme quelqu'un qui possède beaucoup de connaissances; elle est ambitieuse de la qualité au détriment de la quantité.

-Personnalité du sujet:

Le Q.I. est supérieur à la moyenne (113) avec une prédominance de l'échelle verbale.

L'esprit est vif lorsqu'il s'agit de traiter des données abstraites. Mais lorsqu'il faut les concrétiser par des tests pratiques, le sujet est beaucoup plus lent, surtout dans ses gestes. La culture générale est bonne. On note une difficulté de concentration et de mémorisation. L'intelligence synthétique est un peu trop employée. Le bon sens est adapté au réel. Les capacités d'observation sont faibles. La logique est bonne. On note une tendance à la stéréotypie de la pensée.

La personnalité du sujet est du type réservé, détaché, critique, méfiant. Mlle D. manque totalement d'esprit de rivalité et d'entêtement et est trop soumise.

Sérieuse, elle est très sensible. Le sujet est soumis aux contingences et en général consciencieux. Il est socialement averti et conservateur.

L'anxiété présente un taux moyen avec une tendance à une faible intégration de l'image de soi. Mlle D. est souvent émotive et tourmentée et n'a que peu de capacités à exprimer les tensions rapidement et de

façon adaptée. On relève une tendance à se culpabiliser et à s'inquiéter pour des bagatelles. Par périodes, le sujet est surmené et parfois frustré à cause de tensions engendrées par des pulsions non satisfaites.

-Vie affective et relationnelle:

Le sujet est inhibé avec une nette tendance dépressive. Il évoque de nombreuses demandes de réassurance ce qui révèle une importante insécurité affective en rapport avec un père absent de la relation. L'image maternelle entraîne chez le sujet une importante immaturité affective avec des sentiments de culpabilité face à une agressivité très refoulée. L'anxiété, face à l'image de la mère archaïque, est notable. Un problème d'identification à l'image maternelle semble évident puisque face à la mère, le sujet présente un désir de fuite, d'évasion.

L'affectivité est impulsive et mal contrôlée et s'accompagne de sautes d'humeur. La relation à l'Autre tend à stabiliser les pulsions du sujet et à lever ses inhibitions. Mais l'anxiété teinte l'appréhension de la réalité, celle-ci étant trop rigide et contrôlée. La réalité est appréhendée de façon trop formelle, le sujet voulant à tout prix la maîtriser par la fonction rationalisante. Il y a une dysharmonie entre les aspirations du sujet et leur réalisation. La productivité personnelle est faible avec peu d'imagination et, dans l'ensemble, la vie émotionnelle est très inhibée.

Il semble que l'insécurité affective soit anxiogène et de ce fait refoulée; tout risque de contact avec ses affects est dangereux pour l'équilibre du sujet qui évite de rentrer en contact avec eux, d'où inhibition des sentiments.

La vie sexuelle apparaît teintée d'agressivité; l'identification à une mère de 45 ans son aînée semble difficilement réalisable. Malgré une productivité personnelle faible et des rapports affectifs limités, le conformisme et l'intégration sociale sont adaptés.

L'activité professionnelle, récente, convient au sujet qui est sensible à tout ce qui touche à l'art. Cependant les responsabilités sont importantes, les problèmes financiers latents incitant parfois le sujet à se décourager. Néanmoins, cette occupation est essentielle pour l'équilibre du sujet qui n'a par ailleurs aucune des attaches sentimentales de la vie familiale.

-Les symptômes:

Les antécédents familiaux se résument à une mère diabétique, morte d'un cancer, et à un père cardiaque.

Mlle D. avoue avoir toujours été nerveuse mais les symptômes se sont accrus depuis un an et demi, époque à laquelle elle cherchait un travail.

A part quelques rares fatigues visuelles, la vie sensorimotrice est équilibrée.

La vie neurovégétative présente 3 symptômes persistants (migraines, boulimie, crises de foie) et 2 symptômes se manifestant rarement (vertiges, insomnies).

L'intellect présente de nombreux symptômes fréquents (difficultés de concentration, pertes de mémoire) et l'affectivité est perturbée: émotivité et angoisses sont fréquentes tandis que l'irritabilité et une certaine timidité se manifestent de façon intermittente.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Mlle D. n'a jamais entrepris de traitement pour ses troubles. Elle refuse de prendre des médicaments, sans doute par crainte des effets secondaires.

L'investissement, tant dans le thérapeute que dans la thérapie, semble très faible et ne permet pas de prévoir un training C.P.S. suivi de façon régulière.

A noter que le sujet vient consulter sur les conseils d'une amie. Face à ses troubles, le sujet est passif et a tendance à se laisser aller. Il y réagit souvent par des sentiments dépressifs, une autoaccusation culpabilisante sans pour cela faire d'effort pour trouver remède à ses maux.

L'entourage, conscient du défaitisme dont témoigne Mlle D., motive celle-ci à réagir afin de remédier à ses troubles.

-Les causes probables des symptômes:

Comme dans de nombreuses études de cas analysées au cours de ce travail, la cause essentielle des symptômes, mise à part une certaine constitution donnant un système nerveux fragile, est un manque d'affection dans la relation parentale. Cette carence laisse le sujet démuni face aux exigences de la vie; il se sent incapable d'assumer les responsabilités et manque de confiance en lui-même. Les sentiments sont inhibés et le sujet n'ose plus s'investir ailleurs de peur de connaître la même déception qu'avec ses parents. De ce fait, il reste renfermé sur lui-même et adopte, face à cette insécurité affective irrésolue, un comportement de renoncement, de défaitisme.

L'identification parentale pose des problèmes lorsque l'écart d'âge est si grand. Les intérêts sont en effet très différents et l'insertion sociale avec les autres enfants de son âge présente un décalage problématique.

La disparition, à 2 ans d'écart, de ses parents, a certainement contribué à l'apparition des symptômes qui, pourtant, ne se sont manifestés qu'avec l'obligation, dans un but financier, de chercher du travail, donc de s'investir; nous avons vu la peur de déception représentée par tout engagement affectif.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

L'appareil de repos présente un nervosisme maximal (+++), révélant une tension musculaire importante que le sujet n'a pas mentionnée, si ce n'est quelques fatigues visuelles. La vie neurovégétative devrait, selon le dépistage, présenter un nervosisme très élevé (----), confirmé par des migraines, une boulimie et des crises de foie fréquentes.

Quand à la vie affective, elle devrait présenter des symptômes mais non permanents (+++), tels que l'irritabilité et la timidité dont souffre le sujet par périodes. Or les angoisses et l'émotivité sont importantes et pour ainsi dire permanentes. Le dépistage révèle un intellect très perturbé (++++). En effet, les difficultés de concentration et les troubles de mémoire sont fréquents.

Les troubles affectifs semblent mal vécus, puisque, selon le dépistage, ils sont moins intenses que ne le prétend le sujet.

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Mlle D. est plus volontaire, plus désireuse de faire de son mieux au cours de cette deuxième passation. Elle possède une plus grande énergie et termine chaque test (même si elle rencontre des problèmes).

Dans l'ensemble, le sujet est plus détendu, plus spontané et il s'implique davantage dans les différentes épreuves. Il est moins inhibé; on note tout de même un certain malaise, surtout face au test projectif. Les demandes de réassurance ont diminué, donnant l'impression d'une plus grande confiance en soi et par conséquent d'une baisse du complexe d'infériorité. Le sujet n'essaie plus de donner une certaine image de lui-même; ses émotions sont dorénavant extériorisées.

-Personnalité du sujet:

Le quotient intellectuel a gagné 4 points surtout grâce à une plus grande confiance en soi: le sujet va jusqu'au bout de chaque épreuve et ne se décourage plus. De ce fait, et par une meilleure concentration, les réponses sont données avec plus de facilité.

Les facultés d'observation connaissent un léger développement. L'intelligence pratique, normale il y a 6 mois, est aujourd'hui insuffisamment employée. Par contre, le sujet concrétise plus rapidement ses pensées à travers ses gestes; il passe plus rapidement de l'intelligence abstraite à l'intelligence pratique. La logique est plus soutenue. La pensée qui était trop stéréotypée autrefois, est trop souple aujourd'hui, trop suggestible; Mlle D. est distraite à cause d'une trop grande dispersion de ses intérêts.

La levée des inhibitions a permis aux facultés intellectuelles, anxieusement contrôlées auparavant, de se libérer, mais de façon anarchique; face à ces changements, Mlle D. a des difficultés à retrouver un équilibre, à restructurer son intellect.

Certains conflits affectifs qui étaient refoulés, sont parvenus à la conscience et le sujet éprouve des difficultés à ordonner ce chaos. De ce fait, les troubles émotionnels perturbent l'intellect qui parvient difficilement à maîtriser la réalité.

Mlle D. est plus extravertie, malgré la persistance d'une certaine méfiance. Elle présente un esprit de rivalité et d'opposition inexistant il y a 6 mois.

Plus opportuniste, le sujet présente un développement de son indépendance personnelle et pourtant le conservatisme et l'attachement au groupe sont excessifs.

L'imagination, de même que la productivité personnelle, ont connu un épanouissement étonnant.

Le taux d'anxiété a diminué; Mlle D. a une meilleure conscience de son image; elle parvient, en général, à exprimer ses tensions plus rapidement; les sentiments de culpabilité et d'autoaccusation sont moindres; par contre, le sujet présente toujours une tendance au surmenage et aux frustrations.

-Vie affective et relationnelle:

L'immaturité affective a diminué ainsi que les sentiments dépressifs. Le sujet a pris conscience des sentiments composant la relation parentale et cette prise de conscience le perturbe actuellement car il éprouve des difficultés à intégrer tous les éléments. Aussi, explique-t-on l'attachement excessif à la pensée du groupe par un besoin de structure que Mlle D. n'a pas actuellement dans sa vie affective. Les sentiments, autrefois inhibés et rigidelement contrôlés par la raison, s'extériorisent parfois par une attitude d'opposition, par une hyperaffectivité doublée d'irritabilité.

L'anxiété face au réel a baissé et le sujet se sent plus apte à affronter les exigences extérieures; il souffre moins d'un complexe d'infériorité et se sent plus apte à assumer ses responsabilités.

L'insécurité affective a diminué; cependant le sujet a du mal à s'accepter pleinement. La mère archaïque est mieux intégrée; par contre l'identification à la mère oedipienne, envisagée il y a 6 mois, a totalement disparu et s'explique par la différence de personnalité et surtout d'âge. Par compensation, le sujet investit ses sentiments dans le groupe et dans la relation à l'Autre, mais cette transposition est difficile et un désir de régresser est parfois exprimé. Face à l'image paternelle, il y a une extériorisation des sentiments; mais l'image reste anxiogène.

La vie sexuelle qui évoquait la pulsion de mort, a cédé la place à un complexe d'infériorité, à une appréhension mais à une possibilité de réalisation.

On note, dans l'ensemble, une perception plus approfondie des sentiments grâce à la disparition des crispations mentales, elle-même possible par la levée des inhibitions.

La relation à l'Autre était teintée d'agressivité mais cette agressivité était niée; aujourd'hui, elle est extériorisée et reconnue. L'Autre a une action plus stabilisante sur les pulsions du sujet.

-Les symptômes:

Les fatigues visuelles, bien que rares, persistent. Les 3 symptômes neurovégétatifs qui se manifestaient fréquemment (migraines, boulimie, crises de foie), sont devenus rares. Les vertiges et les insomnies n'ont pas connu de modification.

Les troubles constatés au niveau de l'intellect ne se manifestent plus que de façon intermittente (difficulté de concentration, perte de mémoire). Les symptômes d'origine affective et qui étaient fréquents, sont devenus rares (émotivité et angoisses). La timidité et l'irritabilité sont restées identiques. Le sujet a pris conscience plus objectivement de ses troubles. Il reconnaît, aujourd'hui, avoir un petit complexe d'infériorité ainsi que des sentiments dépressifs par périodes. Ces symptômes, pourtant bien plus intenses autrefois, n'étaient même pas constatés par le sujet. C'est dire le manque d'objectivité dont il faisait preuve.

En conclusion, tous les troubles qui étaient constants, il y a 6 mois, ne se manifestent plus qu'épisodiquement.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Mlle D. est plus active dans la résolution de ses troubles. Elle est plus décidée à les enrayer. Ce point se confirme dans la régularité du training C.P.S., beaucoup plus grande aujourd'hui qu'au début où le sujet utilisait tout prétexte pour remettre ses séances. De plus, sa confiance, tant dans le thérapeute que dans la thérapie, s'est accrue; c'est dire que Mlle D. ressent un mieux-être général. Après 50 séances de training C.P.S., le sujet prend en considération ses symptômes, et, qui plus est, avec une certaine objectivité. Reconnus comme étant les siens, le sujet prend la responsabilité de les résoudre sans les négliger ou les minimiser.

-Les causes probables des symptômes:

L'insécurité affective, entraînant une immaturité et un manque de confiance en soi, et l'identification parentale irréalisable, semblent être les causes essentielles des symptômes nerveux dont souffre le sujet. Par une libération des facultés intellectuelles, autrefois inhibés par d'importants conflits affectifs refoulés, Mlle D. a pu considérer objectivement sa relation parentale et, après avoir pris conscience des sentiments intervenant dans cette relation, les intégrer. L'intégration de l'insécurité affective s'est faite grâce à une transposition sur l'Autre et le groupe social du besoin d'investissement affectif. Ce transfert récent, bouleversant toute la dynamique du sujet, pourra être durable et permettre au sujet de retrouver un équilibre.

Mlle D. est devenue une femme mûre, qui sait prendre ses responsabilités lorsqu'il le faut. Elle fait face à la vie avec courage et opposition, si besoin est. De plus, elle a l'espoir de réussir ce qu'elle entreprend.

-Correlation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Le tonus général est pratiquement normalisé (+) et correspond à la détente générale éprouvée par le sujet. Les quelques rares fatigues visuelles persistantes devraient disparaître quand se normaliseront les tests à cet appareil.

La vie neurovégétative ne présente plus qu'une tendance nerveuse (+) et confirme la diminution en intensité et en fréquence des symptômes à ce niveau.

La vie affective est presque normalisée par la C.P.S. et va de pair avec la diminution des angoisses et de l'émotivité. Par contre l'intellect (+++) est encore très perturbé, surtout par rapport aux autres domaines. Bien que les pertes de mémoire et les difficultés de concentration aient diminué, on peut s'attendre à une persistance de ces troubles au moins jusqu'à la normalisation visuelle aux appareils Quertant qui interviendra dans 3 mois environ.

Il semble que l'origine des troubles nerveux se situe dans le domaine de l'intellect puisque c'est à ce niveau que la normalisation est la plus longue.

La corrélation entre le dépistage et les symptômes constatés est bonne. De plus, elle permet de comprendre l'origine des troubles, le point de départ de toute la symptomatologie.

ETUDE DE CAS N° 15

Madame G.

-Présentation générale du sujet:

Mme G., 36 ans, est mère de 2 enfants âgés de 4 et 10 ans. Secrétaire de direction dans un hôpital, elle éprouve beaucoup de difficultés à assumer les responsabilités. Neurasthénique, elle est très dépressive, sans parler de ses insomnies, de ses troubles digestifs et surtout de ses angoisses. Très émotive, elle ne parvient pas à cacher ses larmes au cours de l'entretien. Tout ce qu'elle fait exige un effort presque insurmontable. Le sujet est à bout de nerfs et ne voit pas d'issue à sa situation.

Au cours de la passation, Mme G. est logorrhéique; sa respiration est irrégulière. Elle présente une instabilité psychomotrice. Elle souffre d'un complexe d'infériorité et se décourage sans cesse au cours des différentes épreuves. D'ailleurs, plusieurs tests sont restés inachevés par manque de persévérance. Le sentiment d'infériorité, d'impuissance, de pessimisme teinte tout ce que fait le sujet. Les demandes de réassurance sont fréquentes. Ses problèmes de concentration sont importants notamment pour trouver les vocables. Le sujet se dévalorise sans arrêt et tente de dissimuler son désarroi par le rire.

-Personnalité du sujet:

L'intelligence est moyenne (QI=103) avec un total de 8 points de plus à l'échelle verbale. Toute épreuve demandant concentration et maîtrise des émotions pose des problèmes. L'intelligence synthétique est normalement utilisée bien qu'elle s'éloigne parfois de la réalité. Par contre, l'intelligence pratique est faible, le bon sens n'est que rarement transposé à la réalité quotidienne. Les facultés d'observation sont pratiquement nulles. La logique est souvent perturbée par l'hyperémotivité. Les capacités d'attention sont faibles et la pensée n'est que rarement précise, le sujet étant souvent distrait. La pensée est souple et présente de bonnes capacités d'adaptation.

La personnalité est de type extraverti avec en contrepartie, une vie personnelle pauvre: peu de productivité et d'imagination. Le sujet a tendance à la soumission et n'ose que rarement donner son point de vue si celui-ci n'est pas en accord avec son interlocuteur. Opportuniste, Mme G. est conservatrice et dépendante du groupe. Timide et méfiante, elle est soumise aux contingences. En général, elle est directe, sincère, sans prétention et de nature tendre et sensible.

L'anxiété totale est très élevée (classe 8 à l'Echelle d'Anxiété de Cattell) avec surtout une grande tension et des frustrations engendrées par des pulsions insatisfaites. Mme G. est émotive dans la mesure où elle n'a aucune maîtrise sur ses sentiments. Elle s'inquiète pour des menus détails et se culpabilise pour un rien. Le développement de la conscience de soi est normal, même si le sujet extériorise facilement ses émotions.

-Vie affective et relationnelle:

Mme G. est égocentrique; son affectivité est labile. Elle est suggestible et hyperémotive. L'irritabilité et parfois une certaine agressivité sont extériorisées. On note une immaturité et une fuite devant les responsabilités. La réalité est mal contrôlée par le sujet qui la subit comme quelque chose de dangereux, activant sa propre anxiété. Le sujet ne se sent pas de taille à affronter les exigences de la réalité. Il souffre d'un sentiment d'infériorité et l'hyperémotivité jointe à l'immaturité provoque de véritables accès de panique suivis de périodes dépressives. Repli sur soi-même, égocentricité, impulsivité sont engendrés par un sentiment d'insécurité.

Mère dominatrice, père peu affectueux sont à la base d'un défaut de structuration et du besoin de sécurité. La sexualité est pour le sujet angoissante, voire dangereuse. Non identifié aux parents dont les rôles sont inversés, le sujet refuse sa féminité et ses conséquences.

L'Autre est peu recherché par le sujet. Pourtant il possède une action calmante et positive sur sa nature angoissée. Cette relation est essentiellement basée sur des intérêts égoïstes et ne peut de ce fait satisfaire les attentes de Mme G. Le peu d'opposition qu'elle manifeste est toujours exprimé envers l'entourage; elle ne se remet jamais en question. L'égocentricité du sujet fait qu'il est constamment centré sur ses propres problèmes et n'essaie pas de s'investir ailleurs. Le circuit fermé de l'anxiété, qui semble insoluble sans une aide extérieure, devrait être brisé par l'amélioration de sa santé nerveuse. Mme G., en effet, pourra alors communiquer vraiment avec son entourage et oublier de temps à autre ses problèmes personnels. Comme tout ce qu'elle entreprend, l'activité professionnelle de Mme G. ne la satisfait pas. Elle n'en voit que les inconvénients.

-Les symptômes:

Les antécédents familiaux sont nombreux: le père a eu un cancer ainsi que la mère de celui-ci; le grand-père maternel est cardiaque en plus d'un cancer du foie. D'une manière générale, tous les membres de la famille ont des symptômes nerveux plus ou moins importants.

Mme G. a fait une première dépression à la mort de son père. Elle a toujours présenté des symptômes nerveux, mais ceux-ci se sont accrus, il y a 4 mois, en raison d'un surmenage sur le plan professionnel.

Les symptômes sont surtout d'origine neurovégétative: migraines et insomnies sont fréquentes ainsi que les troubles digestifs et des périodes d'anorexie accompagnant la dépression; des périodes de boulimie, des palpitations cardiaques, des vertiges, des somnolences se manifestent rarement. Quant aux troubles psychiques, ils se manifestent de façon fréquente (dépression, difficulté de concentration, perte de mémoire, émotivité, angoisses, irritabilité, obsession, hypochondrie). Seuls quelques troubles sont présents de façon intermittente (timidité, claustrophobie, agoraphobie).

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Face à ses troubles nerveux, Mme G. a entrepris plusieurs traitements dès l'âge de 18 ans, notamment des traitements à base d'anxiolytiques et d'antidépresseurs qu'elle arrête à chaque fois

prématurément par appréhension des effets secondaires. Récemment, elle a entrepris des séances d'acupuncture mais n'est guère satisfaite des résultats et envisage d'arrêter. Un traitement anxiolytique, à prise vespérale, est censé favoriser son endormissement mais le sujet le juge inefficace.

Le thérapeute est plus important pour Mme G. que le traitement. Le besoin de parler de ses symptômes, comme de ses difficultés personnelles, domine. Les conseils du thérapeute sont peu pris en compte.

Face aux symptômes, Mme G. réagit par une importante hypochondrie teintée de dépression. Elle se cache derrière la maladie pour éviter d'affronter les exigences de la vie et aussi pour se faire plaindre. La perturbation de la fonction psychique se répercute au niveau corporel par une impression de morcellement. Mme G. est passive devant ses troubles, dont elle a une vision floue et subjective. L'entourage lui aussi est passif et n'encourage pas le sujet à réagir; cet entourage supporte pourtant mal les plaintes incessantes de Mme G. et c'est un de ses membres qui l'a dirigée vers nous.

-Les causes probables des symptômes:

Sur un terrain nerveux héréditaire, une relation parentale pauvre et distante a fait de Mme G. une personne égocentrique, intolérante à la solitude, et qui transpose sur ceux qui l'entourent, au premier chef les membres de sa famille, son mode de relation parentale. Le traumatisme affectif de l'enfance a bloqué l'évolution affective d'où l'immaturité et la fuite constante des responsabilités.

Disposant de peu d'énergie pour lutter contre ces blocages, le sujet adopte une attitude de repli, de résignation et de pessimisme. L'anxiété, de plus, est continuelle.

Le décès du père a accentué le sentiment d'insécurité, et l'attachement excessif à la mère n'aide pas au transfert des affects sur les membres de sa propre famille.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Le tonus général est faible (---) mais n'occasionne pas de trouble sensori-moteur. L'appareil d'effort moyen révèle une importante perturbation de la vie neurovégétative (----) et les symptômes accompagnateurs sont effectivement nombreux. La vie psychique (intellect et affectivité) est marquée par une hypoautocinésie maximale (----) ce qui concorde avec la nature et le nombre des symptômes décrits. Au total, la concordance entre le degré de nervosisme dépisté et l'intensité des symptômes est remarquable.

* * * * *

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

En six mois, l'émotivité a diminué de façon remarquable. Les sentiments dépressifs et l'asthénie ont quasiment disparu. L'instabilité psychomotrice a disparu aussi. Mme G. est plus confiante. Le sentiment d'infériorité persiste mais les responsabilités professionnelles et familiales sont mieux assumées.

La persévérance est meilleure, le besoin d'encouragement est moindre. Mme G. est plus naturelle et spontanée; son comportement est le reflet de ses sentiments qu'elle refusait, il y a six mois, de prendre en considération.

-Personnalité du sujet:

Le Q.I. gagne 9 points, essentiellement dus à la meilleure persévérance, à la plus grande concentration permettant une plus grande rapidité, et à la plus grande maîtrise de l'émotivité. Les capacités synthétiques, bonnes au départ, collent plus à la réalité. L'intelligence concrète est plus adaptée. Les facultés d'observation sont développées. L'attention est excellente et la pensée est plus précise. La logique est moins perturbée par les émotions. L'extraversion excessive a fait place au développement de la vie intérieure, de l'imagination, de la productivité personnelle. Une autocritique existe. Grâce à une pensée plus précise et qui n'est plus perturbée par les émotions, le sujet appréhende de façon objective les éléments de sa vie et les intègre mieux. Ce plus grand contrôle de la réalité paraît avoir favorisé une baisse générale de l'anxiété. Mme G. est plus autoritaire et plus consciencieuse. La timidité et la méfiance ont laissé la place à la spontanéité et à la confiance. Outre une bonne intégration à la pensée du groupe, on note une meilleure prise de conscience et une plus grande objectivité face aux éléments de la vie sociale. Le conservatisme a considérablement augmenté.

Dans l'ensemble, le taux d'anxiété n'a que peu diminué. Cependant, certaines composantes de l'anxiété ont été modifiées: Mme G. est plus mûre sur le plan émotionnel et exprime ses tensions de façon plus adaptée; on note une participation plus faible de l'insécurité sociale à l'anxiété; enfin, le sujet est plus détendu et calme grâce à la résolution de différents besoins insatisfaits, diminuant les tensions et les frustrations. Si l'anxiété n'est plus autant extériorisée, elle reste anormalement élevée.

-Vie affective et relationnelle:

Mme G. est devenue plus responsable. L'immaturité affective a certainement baissé de façon considérable. Le sujet peut prendre, aujourd'hui, ses sentiments en considération. L'hyperaffectivité a disparu, de même que l'irritabilité, les sautes d'humeur, l'égocentricité, la suggestibilité et une partie importante de l'émotivité. En effet, les troubles émotionnels sont presque trop

rigidement contrôlés par la raison. Le sujet a développé sa capacité de maîtrise sur ses propres pulsions.

D'une façon générale, on note un meilleur contrôle des affects grâce à une perception plus précise et plus objective. De ce fait, le sujet a une plus grande confiance en lui-même et exprime son désaccord si besoin est. L'extériorisation des sentiments favorise une baisse de certaines tensions et semble à l'origine de la diminution de l'agressivité. Le complexe d'infériorité dont souffre Mme G. est à l'origine de l'anxiété présente dans la relation à l'Autre et explique pourquoi elle recherche peu celui-ci. Cependant, la qualité de cette relation s'est améliorée. L'affectivité est stabilisée par la meilleure intégration des images parentales: le rôle du père est mieux compris et accepté; face à la mère, le sujet parvient à extérioriser ses sentiments, surtout agressifs. Le besoin de protection est toujours aussi important. La pulsion de mort a cédé la place à une approche féérique du monde grâce à l'augmentation de l'imaginaire. L'adéquation à la pensée du groupe, très faible il y a six mois, est normale aujourd'hui et l'excès de conformisme fait penser que le sujet a trouvé une certaine sécurité dans les structures sociales. Conjointement à la meilleure intégration des images parentales, la vie sexuelle du sujet semble plus épanouie.

-Les symptômes:

Sur 8 symptômes décrits il y a 6 mois, 4 ont disparu (sommolence, sensations vertigineuses, boulimie, anorexie) et 4 sont restés stationnaires (céphalées, insomnie, palpitations cardiaques, spasmes digestifs). Sur 11 troubles d'ordre psychique, 6 ont été améliorés (difficulté de concentration, perte de mémoire, timidité, obsession, agoraphobie, hypochondrie). Les 5 symptômes restants sont d'origine affective et n'ont connu, aux dires du sujet, que peu de changement (dépression, émotivité, angoisse, irritabilité, claustrophobie). Dans le comportement, on constate néanmoins moins d'émotivité et de tendance dépressive.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Le training a été suivi régulièrement mais un soutien psychologique important a été nécessaire. Tous les prétextes étaient bons au sujet pour ne pas suivre une séance. Encouragements et explications de l'utilité de la régularité ont vaincu cette résistance.

Face aux symptômes, le sujet est plus actif. Il ne les nie plus et au contraire les prend en considération. L'hypochondrie et les sentiments dépressifs ont presque entièrement disparu, peut-être parce que Mme G. a une perception plus réelle de ses troubles, l'empêchant d'extrapoler et de fantasmer sur des sentiments morbides.

L'entourage a noté une modification dans le comportement du sujet; il est plus calme, moins émotif et ne s'effondre plus en larmes. La logorrhée a disparu. Aujourd'hui, Mme G. a la force de lutter contre ses troubles et, de plus, elle a la volonté de guérir.

-Les causes probables des symptômes:

Par une plus grande détente nerveuse, Mme G., dont les facultés intellectuelles ont toutes été normalisées, a une perception objective

des sentiments et des situations qui forment sa vie. Elle est plus consciente et apprécie davantage sa famille. La tour d'ivoire qu'elle s'était formée pour se protéger des chocs affectifs, en partie à cause d'un manque d'affection dans l'enfance, s'estompe peu à peu. Elle s'ouvre au monde extérieur et se lamente moins sur ses propres problèmes. La dépression a laissé la place au goût de vivre, à l'espoir et au désir d'éliminer ses symptômes.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Le tonus général est presque entièrement normalisé (-). En effet, l'apathie a disparu et la fatigue persistante est d'origine psychique. La vie neurovégétative reste encore perturbée (---) et pourtant, plusieurs symptômes ont déjà disparu. Quant aux symptômes touchant l'affectivité et l'intellect, ils n'ont, pour ainsi dire, pas encore été améliorés par la C.P.S. puisque le sujet présente à ces niveaux un nervosisme d'égale intensité par rapport à il y a 6 mois. Cependant, nous savons que tous les centres nerveux sont reliés entre eux et l'amélioration obtenue aux niveaux des centres régulateurs de la vie sensori-motrice et de la vie neurovégétative se répercute sur les autres centres du cerveau, expliquant l'amélioration de certains symptômes d'origine psychique.

* * * * *

ETUDE DE CAS N° 16

Monsieur G.

-Présentation générale du sujet:

Monsieur G., 24 ans, est expert comptable. Il effectue actuellement son service militaire. Il est venu consulter sur les conseils de sa fiancée qui suit elle-même le training C.P.S. depuis 6 mois. A vrai dire, le sujet ne vient pas de bon cœur puisqu'il prétend être en pleine forme.

De grande taille, M.G. est réservé; au cours de l'entretien, ses phrases sont courtes et ses réponses les plus brèves possibles. Au cours des différentes passations, il n'émet aucune remarque, aucune demande à l'expérimentateur. Seuls quelques rires lui échappent lorsqu'il ne connaît pas une réponse de la W.A.I.S.. L'extériorisation des émotions est absente et le sujet ne présente aucune manifestation psychomotrice. Il vient essentiellement pour faire plaisir à son amie mais reconnaît tout de même avoir quelques problèmes de concentration et d'irritabilité.

-Personnalité du sujet:

Le niveau intellectuel est très élevé avec un QI. de 131, également réparti entre les deux échelles. La logique est excellente et les capacités d'observation bonnes. L'intelligence abstraite est trop utilisée au détriment de l'intelligence concrète. Le bon sens est peu tourné vers le quotidien. Les capacités d'attention sont excellentes et la pensée est précise permettant un bon contrôle des éléments de la réalité. Cependant, on note une stéréotypie de la pensée révélant des tensions affectives refoulées. Le sujet est réservé, détaché, critique. Plutôt insouciant, il peut manifester son désaccord, parfois avec obstination, mais c'est rare. Très opportuniste, il respecte pourtant la tradition. Il est plein de ressources, se suffit à lui-même, est le plus souvent direct et sincère, confiant et accommodant, mais parfois il se montre timide et méfiant.

Le taux d'anxiété est moyen-fort avec répartition inégale entre anxiétés manifeste et voilée, la dernière étant la plus importante. L'émotivité est forte dans certaines situations mais est en général dominée. L'inquiétude injustifiée, la culpabilisation, sont rares. M.G. peut être tendu et frustré du fait de pulsions insatisfaites. Mais l'anxiété provient surtout de l'importance de la conscience de soi et du souci excessif de son image qui obligent le sujet à se contrôler en permanence. M.G. est trop formaliste, son intellect domine trop l'affectivité, le contrôle de la vie émotionnelle est trop rigide.

-Vie affective et relationnelle:

Un problème relationnel certain avec la mère, ancien, aboutit à une relation superficielle, plus intellectuelle qu'affective, avec celle-ci. La mère a imposé à son fils ses propres désirs, négligeant ceux de celui-ci. Le résultat est un sentiment d'incomplétude dont souffre M.G., une immaturité affective puisqu'il n'a pu vivre pleinement ses propres

expériences affectives, sa mère ayant opéré une sélection préalable. Aux planches maternelles du test projectif, le sujet refuse de répondre tant est forte l'angoisse suscitée par l'image de la mère castratrice. Les relations avec le père semblent superficielles. Selon le sujet, la bonne entente entre ses parents n'est qu'une façade. La peur d'être abandonné par des parents en conflit perpétuel a pu entraîner l'anxiété, puis le complexe d'infériorité et amener le sujet à n'appréhender la réalité que de façon superficielle.

La productivité personnelle est nulle, l'imagination faible. Toute créativité apparaît dangereuse au sujet; approfondir les sentiments, c'est prendre le risque d'éveiller les conflits affectifs refoulés, terriblement anxiogènes.

Les sentiments sont complètement inhibés et les rapports affectifs sont limités. Pourtant M.G. éprouve un grand besoin de contact, de soutien et d'affection, mais il n'arrive pas à l'exprimer, à l'extérioriser. Autant ce désir de communiquer avec l'Autre est fort, autant la crainte de réactiver des conflits affectifs parentaux est élevée. Si bien qu'en plus de sa nature introvertie, les désirs restent irréalisables et créent des tensions supplémentaires. Il semble qu'en allégeant les tensions nerveuses, en diminuant la conscience de soi, un épanouissement de la personnalité du sujet et une extériorisation de ses sentiments soient possibles. La verbalisation de ses impressions permettra au sujet d'être plus confiant dans sa relation à l'Autre.

M.G. est comptable. A la fin de son service militaire, dans trois mois, il prévoit de s'installer de façon indépendante; c'est son plus grand désir.

-Les symptômes:

La mère du sujet est dépressive; son père est cardiaque. Les antécédents personnels sont absents.

Sur dix symptômes mentionnés par le sujet, un seulement est fréquent: la claustrophobie. Les autres (fatigue visuelle, maux de tête, somnolence, troubles digestifs, difficultés de concentration, timidité, émotivité, angoisse, irritabilité) sont rares aux dires du sujet.

L'analyse du test projectif fait pourtant supposer l'existence de nombreux troubles d'origine affective se manifestant plus souvent que ne le signale le sujet.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Aucun traitement n'a jamais été suivi pour les troubles actuels. M.G. s'investit peu dans le traitement, et même s'il dit avoir confiance, tout porte à croire qu'il ne sera pas régulier dans son training. Autant, il a besoin de communiquer avec son entourage pour son propre équilibre, autant il est incapable d'extérioriser et de verbaliser ses sentiments. La relation avec le thérapeute ne pourra s'établir que lorsque certaines inhibitions seront levées.

Le sujet n'admet que difficilement ses symptômes puisqu'ils sont la concrétisation de problèmes intrinsèques. En conclusion, le sujet nie ses troubles fonctionnels et par conséquent, ne fait aucun effort pour les surmonter ou les résoudre. De ce fait, il vit avec ses tensions, ses blocages qui l'étouffent même s'il arrive à les dominer en partie par sa raison et de remarquables facultés intellectuelles. D'ailleurs, les

conflits affectifs sont si bien refoulés que même les mécanismes de l'intellect n'en sont pas affectés.

-Les causes probables des symptômes:

Une fois de plus, la cause essentielle des troubles est une mésentente parentale. Trop de mères ne savent pas respecter la personnalité de leur enfant et lui imposent leur propre conception de la vie. Elles projettent sur leur enfant leurs insatisfactions, leurs craintes, leurs désirs sans tenir compte des siens. Cette étude de cas illustre bien ce problème et les conséquences qu'il entraîne: inhibition des affects, complexe d'infériorité, timidité, manque de structure et insécurité affective.

De plus, la naissance d'une petite sœur alors que le sujet avait 3 ans n'a pas dû faciliter l'identification aux images parentales. Heureusement, la rencontre, il y a quelques années, avec sa fiancée équilibre sa dynamique familiale.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Le dépistage met en évidence aux 4 tests le même degré de nervosisme (+++). Il est important mais ne se manifeste que périodiquement dans les moments de surmenage ou de fatigue générale, lorsque les événements extérieurs sont plus stressants qu'à l'ordinaire. Effectivement, tous les symptômes dont souffre le sujet se manifestent rarement sauf la claustrophobie qui est permanente et rappelle l'origine primordiale de tous les symptômes: une mère étouffante et dominatrice.

* * * * *

CAS N° 16

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Malgré sa réticence pour suivre le training C.P.S. sur les conseils de sa fiancée, M.G., peu après avoir ressenti les premiers effets de la méthode Quertant, est venu de lui-même. Au cours du second entretien, le comportement du sujet s'est littéralement métamorphosé. Il est beaucoup moins inhibé; ses réponses sont plus longues et plus nombreuses; il fait des commentaires. Il ne rationalise plus ses réponses et ne les justifie plus. On note un développement de l'expression gestuelle, des mimiques, notamment des sourires.

-Personnalité du sujet:

Le quotient intellectuel n'a bénéficié que d'un point, mais il est très difficile d'avoir plus de points que le maximum. En effet, sur 108 points possibles, le sujet en a eu 105 ce qui témoigne d'une intelligence rare. Néanmoins, les mécanismes de l'intelligence ont été modifiés: les capacités d'adaptation de la pensée ont diminué; l'intelligence synthétique, beaucoup trop élevée il y a 6 mois, est normale; le bon sens, faible auparavant, est bien utilisé. Les facultés

d'observation sont plus développées. La pensée est restée précise permettant une bonne maîtrise de la réalité extérieure. Les capacités d'attention sont plus soutenues.

M.G. est plus ouvert, plus chaleureux et coopérant. Cependant, il exprime plus facilement son désaccord si besoin est. Beaucoup plus sérieux, il est davantage confiant et placide. Il est socialement averti et moins opportuniste.

Le taux d'anxiété est faible; l'Echelle de Cattell met en évidence une baisse de 4 points ce qui est considérable. L'anxiété voilée domine largement l'anxiété manifeste ce qui concorde avec la nature plutôt introvertie du sujet. Si ce taux a diminué, c'est parce que le sujet n'est plus aussi contrôlé et exigeant; la conscience de son image est normale; M.G. exprime ses tensions plus rapidement; l'émotivité a diminué et le sujet fait plus facilement face à la réalité avec calme; il y a également une baisse de la participation de l'insécurité sociale à l'anxiété; les sentiments de culpabilité ont diminué et, surtout, les tensions et les frustrations ont quasiment disparu, alors qu'elles étaient déterminantes autrefois dans le taux d'anxiété observé.

-Vie affective et relationnelle:

Grâce à l'amélioration des mécanismes de l'intelligence, la réalité est appréhendée avec plus de calme et d'objectivité. Néanmoins, la fonction rationnelle persiste, de façon moindre il est vrai, à dominer la vie affective. Mais M.G. parvient à mieux approfondir les éléments composant la réalité et à les analyser plus amplement. Il reste un certain malaise face à la réalité qui pourrait venir du fait que le sujet projette sa relation anxiogène avec sa mère sur l'extérieur.

M.G. extériorise plus facilement ses sentiments, pas encore sur le plan verbal, mais par l'expression corporelle. Sa nature révèle une tendance à l'hypochondrie. Le sentiment d'infériorité a disparu. Une levée des inhibitions, tout au moins partielle, laisse apparaître plus de spontanéité et de naturel. Le sujet n'éprouve plus le besoin de rationaliser et de justifier ses dires. La nette diminution du taux d'anxiété entraîne celle des mécanismes de défense. Le besoin excessif de soutien et de protection a disparu. La recherche de l'Autre est normale; une légère anxiété d'origine maternelle teinte encore cependant la relation.

La productivité personnelle s'est légèrement accrue. Le sujet est dans l'ensemble plus confiant, ce qui lui permet plus d'indépendance. Les affects sont perçus de façon plus objective et sont mieux analysés mais l'insécurité affective reste en toile de fond.

L'anxiété face à l'image paternelle persiste. Le conflit affectif avec la mère a diminué ce qui permet un certain échange avec celle-ci; toutefois, du fait de sa trop forte domination, la mère n'est pas aimée.

Le sentiment d'incomplétude relevant de mécanismes de refoulement a disparu. On note l'extériorisation des sentiments agressifs. La sexualité est moins anxiogène grâce à l'extériorisation des sentiments mais reste mal vécue.

-Les symptômes:

Au niveau sensori-moteur, la fatigue visuelle a disparu. Au niveau neurovégétatif, les somnolences ont disparu; les migraines et les

troubles digestifs persistent mais se manifestent de façon espacée. Quant aux symptômes psychiques, 4 ont disparu (difficulté de concentration, émotivité, angoisses et irritabilité) et 1 (claustrophobie) ne se manifeste plus que rarement. Seule la timidité n'a pas évolué.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

M.G. n'a pas été très régulier dans l'entreprise du taining C.P.S. comme d'ailleurs nous l'avions prévu. Le manque de motivation, surtout dans les premiers mois, en était la cause essentielle. Depuis qu'il commence à ressentir une amélioration de son état, il est plus régulier dans son training et ne rechigne plus à venir. Il a pris en considération ses troubles et constate un mieux-être général. Même s'il en est plus conscient, il ne parle toujours pas volontiers de ses symptômes.

-Les causes probables des symptômes:

Baisse de l'anxiété, levée des inhibitions, libération des facultés intellectuelles ont permis au sujet d'aborder plus franchement, de relativiser et d'intégrer ses conflits affectifs. Il en résulte un allègement des tensions, une extériorisation des sentiments, une reprise de confiance en soi. La vie conjugale et professionnelle en est plus épanouie. C'est surtout la levée des inhibitions qui est remarquable dans le cas de M.G.: celui-ci donne l'impression qu'il vient seulement de naître à la vie.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Le second dépistage met en évidence la normalisation complète (N) du tonus général et de l'affectivité ce qui correspond à la totale disparition de l'ensemble des troubles à ces niveaux.

La vie neurovégétative et la vie intellectuelle, en revanche, présente encore une tendance au nervosisme (+); effectivement, céphalées et troubles digestifs, bien que rares, persistent; la normalisation du système nerveux au niveau de l'intellect devrait amener la disparition des symptômes restants (timidité, claustrophobie).

Au total, la corrélation est excellente.

* * * * *

ETUDE DE CAS N° 17

Mademoiselle Y.

-Présentation générale du sujet:

Mlle Y, 28 ans, est femme de service. Elle vit chez ses parents. L'entretien met en évidence une jeune femme apathique et très dépressive. Elle consulte surtout pour un vitiligo qu'elle a depuis 5 ans et dont elle ne parvient pas à se débarrasser. Actuellement, elle ne travaille qu'occasionnellement, tant son moral est bas.

Mlle Y, de taille légèrement inférieure à la moyenne, est très brune et présente un type asiatique.

Pendant les différentes passations, le sujet est très nerveux et effectue beaucoup de gestes stéréotypés. L'onychophagie est permanente. Les remarques dévalorisantes alternent avec un besoin de se justifier face à l'échec. Il tente par tous les moyens de donner l'impression d'une grande confiance en soi mais bien des indices révèlent le contraire.

-Personnalité du sujet:

Le quotient intellectuel (95) présente un décalage de 10 points en faveur de l'échelle verbale. Pourtant, le sujet n'a pas fait d'études. On peut s'attendre à une amélioration des résultats à l'échelle de performance.

Les tests faisant intervenir la concentration ou l'observation obtiennent de faibles résultats. La logique est peu soutenue. Les mécanismes de l'intelligence sont beaucoup trop synthétiques, au détriment du bon sens. De ce fait, les crispations mentales, sans doute en rapport avec des conflits affectifs, sont importantes et inhibent le fonctionnement de l'intellect. Les capacités d'observation sont quasiment nulles. La pensée, très rigide et stéréotypée, contrôle mal la réalité. La vie émotionnelle est complètement étouffée par une pensée trop rationnelle.

Mlle Y. est critique, réservée et introvertie. Elle inhibe l'extériorisation de ses sentiments. Malgré cela, l'émotivité est excessive et elle ne peut appréhender la réalité avec calme. Plutôt autoritaire et agressive, elle est souvent insouciante, timide, mais se laisse difficilement duper. Le sujet a tendance à être distrait, mais il est généralement consciencieux dans ce qu'il entreprend. Il respecte normalement la tradition et la pensée du groupe.

L'anxiété est relativement élevée et se répartit également entre les symptômes voilés et ceux qui sont manifestes. Mlle Y. est souvent incontrôlée comme en témoigne sa forte émotivité; il y a une forte participation de l'insécurité sociale à l'anxiété, ce qui se conçoit aisément quand on sait que son emploi est incertain et que sa famille a toujours manqué d'argent. Le sujet a tendance à se culpabiliser et à se déprécier. Mais l'anxiété vient surtout de nombreuses pulsions insatisfaites, qui engendrent de grandes tensions s'exprimant par l'agressivité et l'irritabilité.

-Vie affective et relationnelle:

En général, le sujet fait preuve d'une importante immaturité affective. Les sentiments dépressifs teintent la réalité et semblent venir d'un problème relationnel parental: lorsque le sujet était enfant, son père battait souvent sa femme, si bien que la maison résonnait de cris. D'ailleurs, Mlle Y. avoue avoir des relations superficielles avec ses parents. Le père est terriblement anxiogène, du fait qu'il n'établit aucun lien avec sa fille qui a besoin de lui. La mère évoque de l'agressivité ainsi qu'une forte anxiété qui semblent teinter la relation depuis toujours. Néanmoins, c'est surtout à l'adolescence que les problèmes affectifs ont pris de l'ampleur, notamment à cause de plusieurs échecs sentimentaux qui ont laissé chez le sujet un sentiment d'impuissance teinté de pessimisme dans tout ce qu'il entreprend depuis. C'est à cette période que les troubles nerveux se sont accentués.

En résumé, Mlle Y. souffre d'un manque d'affection parentale et ce modèle d'insécurité est projeté sur les autres, avec qui elle ne recherche pas le contact. En effet, elle ne peut prendre le risque de s'investir dans une relation, de peur d'être à nouveau déçue. De ce fait les rapports affectifs sont faibles. La productivité personnelle, la vie fantasmatique sont nulles. Le sujet souffre d'une angoisse face au morcellement qui se traduit au niveau corporel par une hypochondrie. Le besoin d'affection parentale, non satisfait, engendre des sentiments agressifs qui, à leur tour, entraînent une certaine culpabilité. Aucune identification parentale n'étant possible, la vie sexuelle s'en trouve affectée.

La vie professionnelle n'est pas satisfaisante. A 18 ans, le sujet entreprend des études de secrétariat qui sont interrompues à cause de problèmes financiers. A la suite de quoi, il dut se résoudre à gagner sa vie comme il le pouvait, en l'occurrence, en faisant des ménages.

Actuellement, la santé du sujet est compromise; il souffre de gastralgies. Les sentiments dépressifs sont particulièrement importants et affectent la vie socio-professionnelle.

-Les symptômes:

Les antécédents familiaux sont nombreux; le père est alcoolique depuis 30 ans, diabétique et présente une névrose d'angoisse; la grand-mère maternelle a un cancer; la grand-mère paternelle est alcoolique et son mari est cardiaque. Les antécédents personnels ne sont pas à négliger: Mlle Y. a failli mourir à l'âge de 8 ans des complications cardiaques d'un rhumatisme articulaire aigu. Au total, 13 entorses révèlent une fragilité musculo-ligamentaire. Les crises vésiculaires sont fréquentes. Il y a une prédisposition nerveuse héréditaire mais aucun fait déclenchant en ce qui concerne les symptômes actuels.

La vie sensori-motrice révèle des perturbations de temps en temps aux niveaux visuel, auditif et de la parole. Les troubles neurovégétatifs sont nombreux avec des migraines, des insomnies, des vertiges, de la bradycardie, des somnolences, des palpitations cardiaques, des périodes de boulimie alternant avec des périodes d'anorexie, des troubles digestifs, des diarrhées se manifestant rarement, et, surtout, un vitiligo. En ce qui concerne la vie affective, elle se résume à une émotivité fréquente accompagnée de nombreuses angoisses et d'une importante irritabilité. Les sentiments dépressifs

sont élevés. Les symptômes psychiques ne sont pas les moins nombreux puisque le sujet souffre de difficultés de concentration, de pertes de mémoire, de timidité, d'obsessions et d'un petit complexe d'infériorité.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Il y a un flou dans la perception de ses propres symptômes bien que Mlle Y. en ait en partie conscience, tout au moins pour ce qui est de leur intensité. En général, elle n'est pas active et déterminée dans la résolution de ses troubles. Elle suit actuellement un traitement homéopathique pour son vitiligo, sans résultat notable pour l'instant.

Malgré les dires du sujet, qui prétend s'investir énormément dans la thérapie et dans la relation thérapeutique, certains faits révèlent une passivité, un manque de volonté face aux symptômes. La réaction générale est une attitude dépressive, accompagnée d'hypochondrie.

-Les causes probables des symptômes:

Une enfance dénuée d'affection à cause de parents eux-mêmes en conflit, une fratrie nombreuse, un idéal professionnel irréalisable, plusieurs échecs sentimentaux expliquent les sentiments dépressifs et le pessimisme du sujet dans tout ce qu'il entreprend. En plus d'un terrain nerveux héréditaire, Mlle Y présente une symptomatologie variée et abondante. Le fait que le trouble principal se manifeste au niveau de la peau dénote un problème relationnel. Le sujet n'a pu se raccrocher ni à sa vie professionnelle, ni à sa vie familiale, ni à une relation sentimentale. Aujourd'hui, il fait une démarche pour "s'en sortir" et nous espérons pouvoir l'y aider.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Le dépistage révèle des systèmes sensori-moteur et neurovégétatif perturbés dans l'ensemble (+++). Par contre, la vie affective exige trop d'énergie nerveuse (++++), et confirme l'importance de l'émotivité. L'intellect présente une nette insuffisance d'énergie nerveuse (----) et l'on s'étonne que les troubles psychiques, notamment les difficultés de concentration, les pertes de mémoire, le complexe d'infériorité et l'émotivité ne soient pas plus pris en considération par le sujet, qui prétend les supporter. Il semble que les troubles nerveux soient peu intellectualisés et restent à un niveau affectif et surtout végétatif: le sujet, ne pouvant exprimer ses troubles par le langage, ceux-ci trouvent une autre voie d'extériorisation, en l'occurrence la somatisation.

* * * * *

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.P.S.

-Comportement du sujet:

Les changements du comportement, après 6 mois de training C.P.S., sont considérables: le sujet n'est plus dépressif, apathique, dépassé par les événements; il est au contraire dynamique, actif, volontaire et l'optimisme est constamment présent. Les gestes stéréotypés ont disparu; les émotions sont bien contenues; seules persistent quelques remarques dévalorisantes accompagnées d'une demande de soutien et d'encouragement.

-Personnalité du sujet:

Le quotient intellectuel a augmenté de 8 points surtout à l'échelle de performance. La concentration, la diminution du complexe d'infériorité, cédant la place à une plus grande confiance, des facultés d'observation beaucoup plus développées expliquent ce résultat.

Les mécanismes de l'intelligence ont, pour la plupart, été favorablement modifiés: le rapport entre l'intelligence abstraite et l'intelligence concrète est normal, grâce à la disparition de certaines tensions qui créaient des crispations mentales. La pensée, plus précise, maîtrise mieux la réalité. Par contre, elle est encore davantage stéréotypée qu'il y a 6 mois. La logique est plus soutenue.

Mlle Y. est devenue plus ouverte, plus coopérante. En société, elle est audacieuse et spontanée. Dans l'ensemble, elle est plus réaliste et satisfaite d'elle-même. Néanmoins, elle a toujours tendance à être soupçonneuse mais la confiance s'est tout de même considérablement développée. Plus directe et sincère, elle respecte davantage la tradition et s'attache excessivement à la pensée du groupe, malgré l'augmentation de l'indépendance personnelle.

Le taux d'anxiété a diminué de moitié. En effet, le sujet témoigne d'une bonne maîtrise de soi; il est contrôlé et soucieux de son image. D'autre part, l'émotivité est bien dominée et le sujet sait, aujourd'hui, faire face à la réalité avec calme. On note un peu moins d'insécurité sociale, en rapport avec un travail régulier et sûr. Dans l'ensemble, Mlle Y. est plus confiante et les sentiments de culpabilité ont diminué. Néanmoins, la raison essentielle de cette baisse considérable du taux d'anxiété est la diminution des tensions et frustrations.

-Vie affective et relationnelle:

L'affectivité est mieux dominée: l'irritabilité et l'émotivité sont normalement maîtrisées. Mlle Y. ne parvient que difficilement à extérioriser ses sentiments, sans doute par crainte de revivre les expériences traumatisantes de son enfance; à savoir une carence affective dans la relation parentale. Les sentiments dépressifs ont disparu et l'immaturité affective a nettement diminué. Néanmoins, le sujet ne s'accepte pas encore totalement, comme le confirme son complexe d'infériorité. L'hypochondrie a disparu.

La stabilisation de la vie affective s'explique par une meilleure intégration des images parentales, surtout celle du père. L'agressivité face à la mère est mieux contrôlée, mais elle reste toujours source d'anxiété. C'est dans la relation à l'Autre que Mlle Y. commence à pouvoir exprimer son désir d'affection. La recherche de contacts confirme la diminution de l'insécurité affective et la foi retrouvée dans l'espoir d'investir à nouveau son amour. Néanmoins, les rapports affectifs restent limités, par appréhension de nouvelles déceptions. La difficulté à surmonter l'angoisse liée au morcellement persiste, même si le sujet a une vision plus objective des éléments qui forment sa psyché: il peut les verbaliser par le langage.

En conclusion, le refoulement de certains traumatismes affectifs, apparemment non intégrables par la conscience du sujet, ont permis une baisse de certaines tensions. De même, la structure affective, absente dans l'enfance, semble avoir été transposée sur le groupe social auquel le sujet se conforme davantage. L'augmentation des habitudes, de la stéréotypie de la pensée, confirment ce besoin de structure.

La vie sexuelle est plus satisfaisante et la vie professionnelle, que le sujet assume pleinement, apporte des satisfactions.

-Les symptômes:

Les troubles de la vie sensori-motrice ont disparu, sauf ceux de la parole. Sur 10 symptômes neurovégétatifs, 3 ont été améliorés (sommolences, tachycardie, diarrhées) et 6 ont été résorbés (insomnies, vertiges, bradycardie, boulimie, anorexie, troubles digestifs). Seules les migraines n'ont pas connu d'amélioration. Le vitiligo, motif principal de la consultation, est en voie d'amélioration, mais surtout, il est mieux vécu et accepté, n'obsédant plus la pensée du sujet.

Sur les 9 symptômes psychiques, 7 ont disparu (dépression, perte de mémoire, timidité, émotivité, angoisses, obsessions, complexe d'infériorité) selon les dires du sujet et 1 a été amélioré (irritabilité). Les difficultés de concentration persistent mais sont d'intensité moindre. Dans l'ensemble, les résultats sont très encourageants et positifs.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Mlle Y. est plus consciente de ses symptômes et les considère de façon plus objective. La réaction hypochondriaque a disparu. On est en présence d'une jeune femme déterminée, volontaire et désireuse de liquider les derniers symptômes. Aujourd'hui, c'est elle-même qui dirige sa vie; elle ne se laisse plus perturber par ses troubles.

La réaction du milieu face aux modifications dont témoigne le sujet, est positive. D'ailleurs, deux membres de sa famille ont entrepris le training C.P.S.

-Les causes probables des symptômes:

La carence affective, vécue dans sa vie familiale, a trouvé une compensation dans un plus grand investissement de la structure sociale. De ce fait, l'insécurité ayant diminué, l'anxiété de même, le sujet a acquis une plus grande confiance en lui-même.

On peut mettre sur le compte d'une baisse de la tension nerveuse, la normalisation constatée de quasiment tous les mécanismes de l'intellect. L'objectivité dans la perception des sentiments a permis à Mlle Y. de relativiser sa relation avec ses parents et de se débarrasser de certaines tensions venant d'une non-acceptation de cette relation. Par conséquent, l'immaturité affective ainsi que le complexe d'infériorité ont cédé la place à une personne déterminée, confiante et responsable.

L'extériorisation de ses besoins et, par là même, de certains sentiments, a permis au sujet de se libérer de frustrations, responsables des sentiments dépressifs aujourd'hui complètement résorbés.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution de la symptomatologie:

Le tonus général a été totalement normalisé (N). La vie neurovégétative est pratiquement normalisée (+) ainsi que l'affectivité (+) et l'intellect (+). Avec la fin du training C.P.S. qui devrait intervenir dans un mois environ, les derniers symptômes persistants devraient être résorbés. La disparition spectaculaire de la plupart des troubles nerveux (15 sur 21) coïncide avec le degré de progression aux appareils Quertant.

* * * * *

ETUDE DE CAS n°18

Madame E.

-Présentation générale du sujet:

Madame E., 72 ans, est asthmatique depuis 15 années. Elle a contracté cette maladie à la suite d'une série de bronchites. Elle souffre également de perte de mémoire et d'une importante émotivité. Veuve depuis 40 années, elle n'a pas eu d'enfant car son mari était stérile.

En dépit de sa maladie, Mme E. est très active et aide bénévolement des personnes handicapées. Très dévouée, parfois trop, elle oublie que sa santé est fragile.

Les demandes de réassurance sont nombreuses au cours des tests. Le sujet est appliqué mais manque de confiance en lui-même et révèle un complexe d'infériorité. On note une hyperémotivité, avec demande fréquente de répétition des consignes et des questions, agitation psychomotrice, trouble de l'élocution et notamment tendance au bégaiement.

Un grand mérite doit être reconnu à cette dame qui s'est résolue à faire 12 kilomètres en autobus deux fois par semaine pour suivre le training C.P.S.

-Personnalité du sujet:

L'intelligence est supérieure à la moyenne avec un Q.I. de 120, en dépit de la faiblesse de la culture générale; la scolarité du sujet a été interrompue précocement par l'occupation ennemie de 1940. Les capacités de synthèse sont bonnes ainsi que l'intelligence concrète. Les qualités d'observation sont réduites. Les difficultés de concentration et les troubles de mémoire sont importants. La logique est bien développée. La pensée est trop rigide et l'appréhension du réel est trop exclusivement rationnelle. La personnalité tend à l'introversion avec une certaine timidité et de la méfiance.

Trop enclin à se soumettre, le sujet possède une nature sensible et dépendante. Il peut être confiant, accommodant et coopérant selon les circonstances.

Tout en étant socialement avertie, Mme E. est très conservatrice et dépendante du groupe. Elle est relativement pratique et opportuniste, mais soumise aux contingences.

L'anxiété provient essentiellement de tensions créées, chez ce sujet incontrôlé et émotif, par le souci qu'il a de son image et les difficultés qu'il éprouve à se dominer. Le sujet est souvent en conflit avec lui-même et, de ce fait, maîtrise mal la réalité. La volonté de domination des émotions crée des mécanismes d'inhibition. On note également une participation de l'insécurité sociale à l'anxiété; il est vrai que le revenu de Mme E. est très faible.

L'insatisfaction de certains de ses besoins provoque chez le sujet des tensions et frustrations qui l'incitent au surmenage. Notons encore que l'anxiété manifeste est deux fois plus forte que l'anxiété voilée.

-Vie affective et relationnelle:

Les mécanismes de défense mis en place pour lutter contre l'anxiété se révèlent au travers d'une pensée trop rationalisante et trop formelle dans son appréhension de la réalité. La vie affective est étouffée par la fonction consciente. L'émotivité ne s'exprime que de façon incontrôlée.

La relation à la mère archaïque est bonne, mais l'image de la mère oedipienne évoque une certaine agressivité, liée à une immaturité affective, qui entraînent un complexe d'infériorité. Face à cette image, le besoin de réassurance n'est pas extériorisé de manière adaptée. Le sujet réagit par une agressivité teintée de rancune, ce qui engendre par ailleurs un sentiment de culpabilité. Mme E. semble désapprouver l'attitude paternelle dans le couple parental, son père s'étant laissé dominer. Pourtant le père est l'objet d'une grande admiration qui est presque de la vénération. Le décès du père, alors que le sujet avait 30 ans, a provoqué un important choc émotionnel chez le sujet; un eczéma apparut peu après.

Dans l'ensemble, le sujet exprime un vif désir de sécurité et de réassurance; des sentiments dépressifs sont la réaction à toute situation difficile.

La perte précoce de son mari a laissé persister des difficultés sexuelles. Le sujet refuse d'aborder la question, apparemment source d'angoisse. La disparition du conjoint semble avoir été un traumatisme insurmontable; depuis 40 ans, aucune liaison nouvelle n'a été établie.

Les disparitions précoces et rapprochées du père, sévère et distant, et du mari ont induit un manque de structure et poussé le sujet à se rattacher excessivement au groupe social et à sa façon de penser.

La relation à l'Autre, reflet des conflits affectifs propres du sujet, est peu recherchée. Elle a pourtant un effet stabilisant sur les pulsions du sujet. En effet, la faiblesse de sa productivité personnelle et son absence presque complète d'imagination interdisent au sujet de libérer ses tensions et d'alléger son anxiété.

Le fait que les conflits affectifs refoulés ne perturbent que peu les fonctions intellectuelles est un indice de l'importance des mécanismes d'inhibition.

-Les symptômes:

Le père, la mère, le frère de Mme E. présentaient une hypertension artérielle. Elle-même en est atteinte également.

L'ordre d'apparition des symptômes est le suivant: à 30 ans, à la suite du décès de son père, Mme E. a présenté de l'eczéma sur la majeure partie de la peau. A 40 ans, un fibrome utérin a rendu nécessaire une hystérectomie qui fut mal vécue. A 57 ans apparurent les premières crises d'asthme en même temps que la ménopause.

A l'apparition de chaque nouveau trouble, le sujet relie un choc affectif.

L'entretien permet à Mme E. de signaler d'autres troubles dont elle souffre: insomnie, difficulté de concentration, perte de mémoire, émotivité; ces symptômes sont chroniques. D'autres sont occasionnels: fatigues visuelles, timidité, angoisse, irritabilité, obsession, agoraphobie.

L'essentiel des symptômes est d'origine psychique. Au-delà d'un facteur infectieux réel, les crises d'asthme sont déclenchées par des chocs émotionnels ou par le surmenage.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Mme E. est venue s'établir dans le sud de la France il y a 5 ans pour bénéficier d'un climat plus favorable à sa santé. Le traitement médicamenteux a en effet pu être réduit de moitié. Mme E. utilise épisodiquement des tranquillisants et des somnifères. Elle consomme le moins possible de médicaments dont elle appréhende les effets indésirables.

Le soutien psychothérapique et la qualité du rapport avec son médecin semblent primordiaux pour Mme E. Ils complètent, au niveau d'un psychisme fragile, l'amélioration somatique que peuvent apporter les médicaments.

Face à ses troubles, le sujet est dépressif, sans espoir. Les traitements ne lui procurent que des rémissions partielles. Même s'il suit ponctuellement la prescription médicale, il ne manifeste aucun optimisme quant à ses résultats.

-Les causes probables des symptômes:

Les deuils de Mme E. l'ont profondément et durablement affectée. Les troubles psychosomatiques dont elle a le plus souffert (eczéma et asthme) témoignent, de par leur localisation, d'une difficulté d'intégration relationnelle. Le manque d'affection dans l'enfance, les décès successifs de son mari et de ses parents ont provoqué une angoisse de la solitude. Elle compense cela aujourd'hui en multipliant les contacts sociaux, en dépit de la précarité de sa santé. Les symptômes révèlent, outre un terrain nerveux propice à leur apparition, une déception face à la vie qui fut et qui est la sienne, et le peu de dynamisme dont Mme E. est capable pour surmonter les échecs.

La maladie de Mme E. est jugée grave et incurable par les médecins. Nous espérons que 6 mois de training C.P.S. pourront juguler certains symptômes nerveux mais nous sommes conscients du fait que l'altération de la fonction respiratoire est en grande partie irréversible.

-Corrélation entre symptômes et dépistage C.P.S.:

Le tonus général est faible (---) ce qui correspond à la fatigue visuelle épisodique.

La vie neurovégétative présente une hypoautocinésie maximale avec diplopie (----), de même que l'affectivité et l'intellect.

Il est intéressant de noter que la symptomatologie végétative se réduit à un seul trouble, mais d'importance (l'asthme). Le sujet semble moins bien supporter les troubles d'origine intellectuelle que ceux d'origine affective.

* * * * *

OBSERVATION APRES 50 SEANCES DE TRAINING C.F.S.

-Comportement du sujet:

Mme E. est plus confiante; ses demandes de réassurance sont devenues rares. La concentration est meilleure: il n'est plus demandé à l'expérimentateur de répéter les questions. L'agitation psychomotrice et la tendance au bégaiement ont disparu. D'une manière générale, l'hyperémotivité a diminué; Mme E. est plus maîtresse d'elle-même et contrôle mieux ses émotions.

-Personnalité du sujet:

Le quotient intellectuel déjà élevé, bénéficie de 9 points supplémentaires et atteint 129. La mémoire est meilleure, la concentration s'est considérablement développée, de même que les capacités d'observation. L'émotivité, moindre, permet au sujet d'être plus rapide dans sa réalisation des tests.

Les mécanismes de l'intelligence restent bons. La pensée est plus souple et moins stéréotypée; elle est aussi plus précise et permet un meilleur contrôle de la réalité. La fonction rationnelle domine moins excessivement les moments affectifs.

La personnalité est plus extravertie: le sujet est plus ouvert, ses intérêts sont davantage tournés vers l'extérieur. Mme E. fait preuve d'un peu plus d'enthousiasme. Elle est plus réaliste et opportuniste. L'imagination, faible au départ, s'est un peu développée. Plus policée en société, Mme E. respecte la tradition de manière moins absolue. La suggestibilité est moindre.

Le taux d'anxiété est plus faible, surtout pour l'anxiété manifeste. La conscience de soi s'est développée pour atteindre un niveau normal. Le sujet se contrôle mieux, est moins en conflit avec lui-même. L'émotivité stabilisée permet un meilleur contrôle de la réalité. L'insécurité sociale participe moins à l'anxiété. En revanche, le sujet est devenu plus méfiant. La tension engendrée par l'insatisfaction de certains besoins a baissé, ce qui contribue à la diminution de l'anxiété.

-Vie affective et relationnelle:

La raison domine moins l'affectivité. La productivité personnelle reste faible mais l'extériorisation des sentiments est importante, même si elle est mal contrôlée. L'irritabilité, l'agressivité, les sautes d'humeur prennent en effet parfois le dessus. Mme E. ose dire ce qu'elle pense et s'opposer si nécessaire. Elle ne ressent plus de sentiment d'infériorité, elle s'est affirmée, elle a plus confiance en elle-même. Les sentiments d'insécurité sont devenus rares. En revanche, l'immaturité est toujours aussi grande et l'on note fréquemment un comportement régressif. L'image paternelle est mieux intégrée, la disparition précoce du père est mieux acceptée. Ce point est confirmé par la normalisation de la recherche de structure auprès du groupe, autrefois excessive.

La mère demeure source d'insécurité mais Mme E. a du mal à se défaire de son emprise étouffante et à assumer ses propres responsabilités. L'intérêt pour les événements extérieurs s'est accru en même temps que diminuait l'égoïsme. Le morcellement est mieux contenu.

La recherche de l'Autre est toujours aussi peu active mais la relation est plus dynamique et le sujet s'implique plus dans la relation; il ne reste plus à l'écart, timide et complexé.

-Les symptômes:

Sur 11 symptômes, 7 ont été améliorés. La fatigue visuelle, rare, a disparu. Les crises d'asthme sont moins fréquentes et moins intenses. Le sommeil est meilleur. Au plan de l'intellect, on note l'amélioration de la concentration. La mémoire présente toujours des troubles. Les symptômes d'origine affective ont évolué: la timidité, les obsessions, l'agoraphobie ont disparu. L'émotivité, bien que réduite, persiste. L'irritabilité et les angoisses restent inchangées.

-Les réactions du sujet face aux symptômes:

Le sujet se déclare satisfait de l'évolution de ses symptômes mais souligne la lenteur de cette amélioration. L'ancienneté et l'importance des troubles, notamment respiratoires, expliquent cette lenteur. Mme E. a retrouvé l'espoir de guérir qu'elle avait perdu depuis fort longtemps. Par période, son attitude face aux troubles est encore résignée et pessimiste mais, dans l'ensemble, elle réagit de façon positive. L'entourage a noté l'extériorisation des sentiments et la diminution de la tendance dépressive.

-Les causes probables des symptômes:

Plus confiante, débarrassée de son complexe d'infériorité, Mme E. a pu prendre conscience de ses possibilités et de sa place dans la société. Moins dépendante, se suffisant à elle-même, elle affronte la réalité avec calme et espoir. L'extériorisation des sentiments dénote une levée des inhibitions qui a permis le relâchement de certaines tensions. La réalité est mieux contrôlée; de ce fait, l'insécurité et l'anxiété sont moindres. Ce sujet dépressif a repris goût à la vie et, surtout, envisage un avenir meilleur.

-Corrélation entre progression aux appareils Quertant et évolution des symptômes:

Le tonus général est presque normalisé (-) ce qui coïncide avec la disparition de la fatigue visuelle. La vie neurovégétative est améliorée (--) mais n'est pas encore normalisée. Cela correspond à la diminution, tant en intensité qu'en fréquence, des crises d'asthme, le traitement médicamenteux n'ayant pas par ailleurs subi de modification.

Le taux de nervosisme au niveau psychique est inchangé (---); pourtant, la moitié environ des symptômes décrits à ce niveau ont été améliorés. Au total, la corrélation est bonne.

CHAPITRE HUITIEME

* * *

EFFETS DE LA CULTURE
PSYCHO-SENSORIELLE
SUR LES TROUBLES FONCTIONNELS
NERVEUX

* * *

DISCUSSION

CHAPITRE VIII : EFFETS DE LA C.P.S. SUR LES TROUBLES FONCTIONNELS NERVEUX : DISCUSSION .

A. PRESENTATION DES RESULTATS

1°) W.A.I.S.

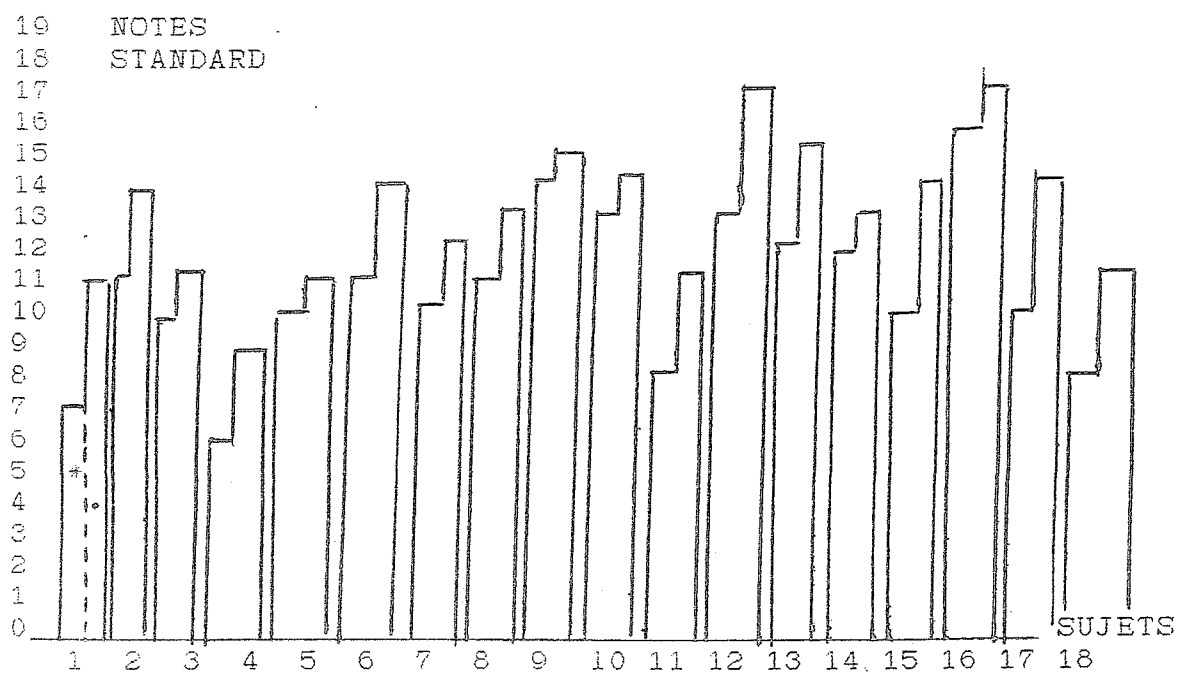
- graphique 1: arrangement d'images;
- graphique 2: cubes;
- graphique 3: code;
- graphique 4: complètement d'images;
- graphique 5: mémoire des chiffres;
- graphique 6: arithmétique.

2°) Echelle d'anxiété:

- graphique 7: facteur L (insécurité sociale);
- graphique 8: facteur C (force du Moi);
- graphique 9: facteur Q3 (développement de la conscience de Soi);
- graphique 10: facteur O (propension à la culpabilité);
- graphique 11: facteur Q4 (tension ergique).

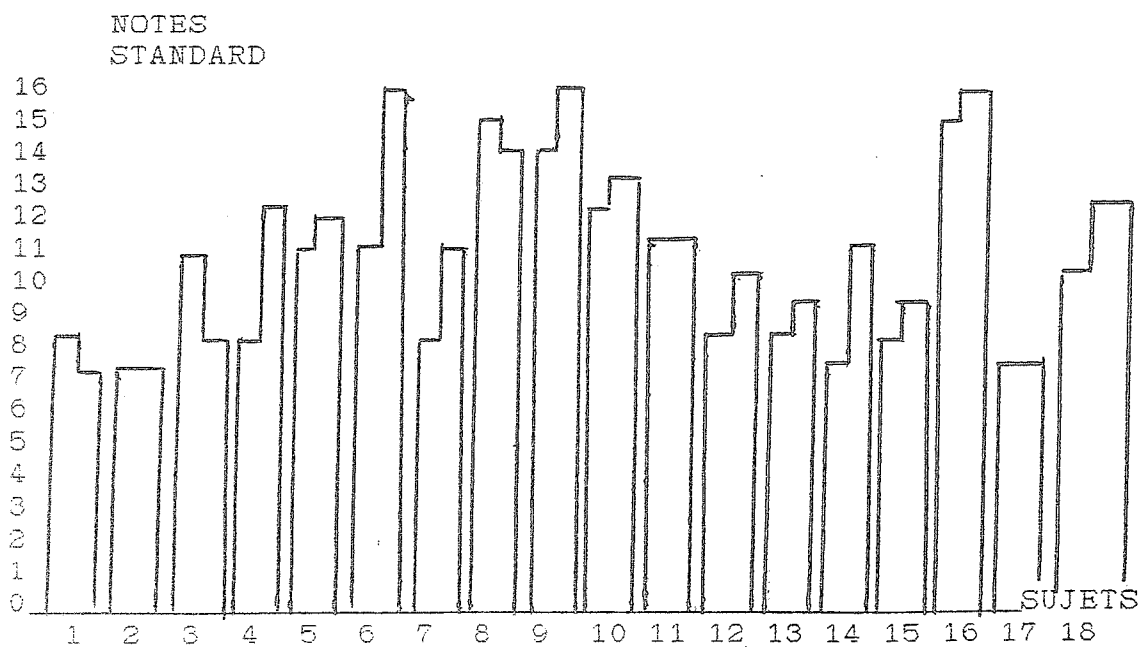
3°) Symptômes: tableau B.

Les onze graphiques et le tableau B exposent les notes obtenues par les 18 sujets à chacune des deux passations. Cette présentation permet une comparaison visuelle qui sera étayée par une étude statistique.



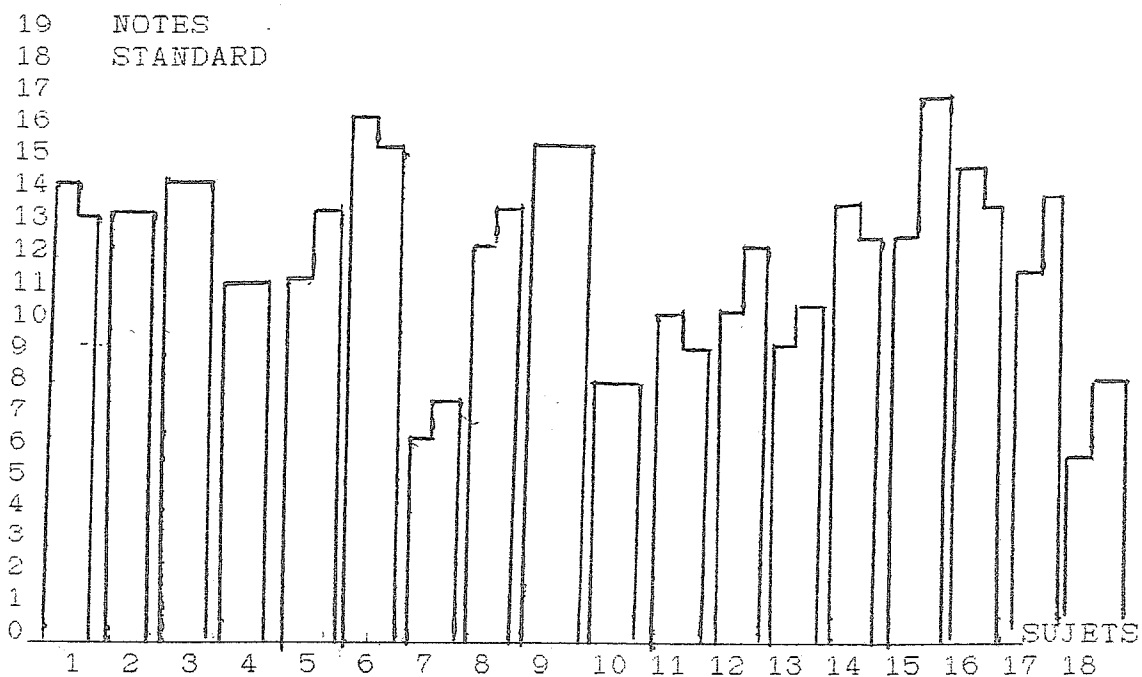
* : passation n°1 Graphique n° 1
 • : passation n°2

W.A.I.S. item: arrangement d'images



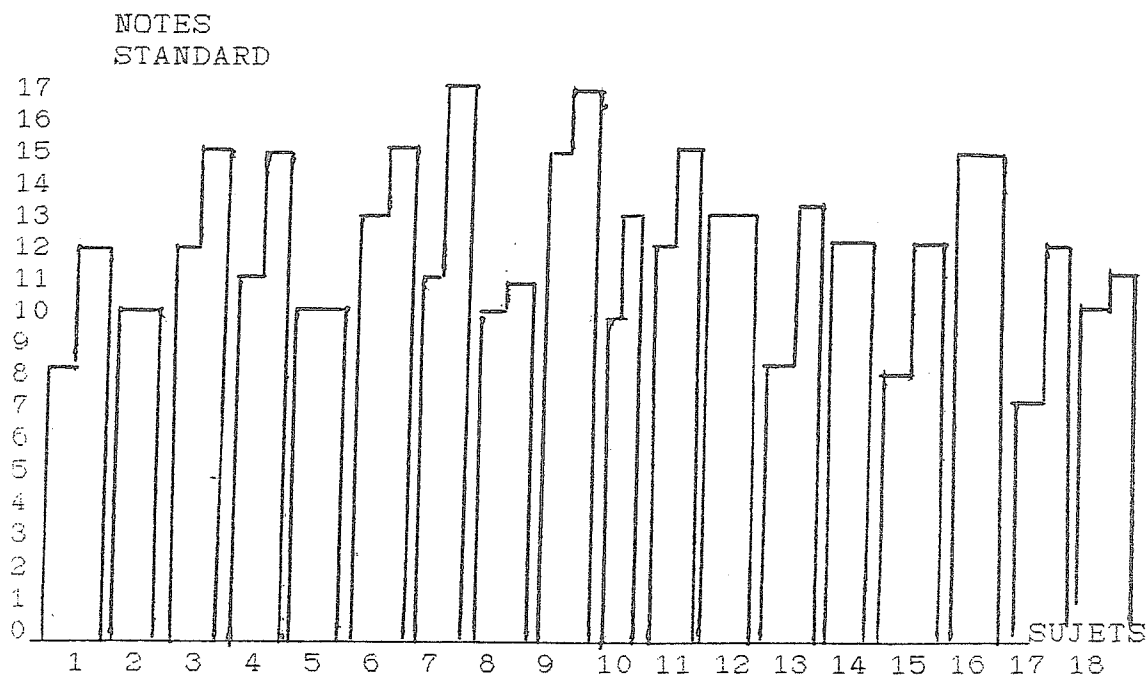
Graphique n° 2

W.A.I.S. item: cubes



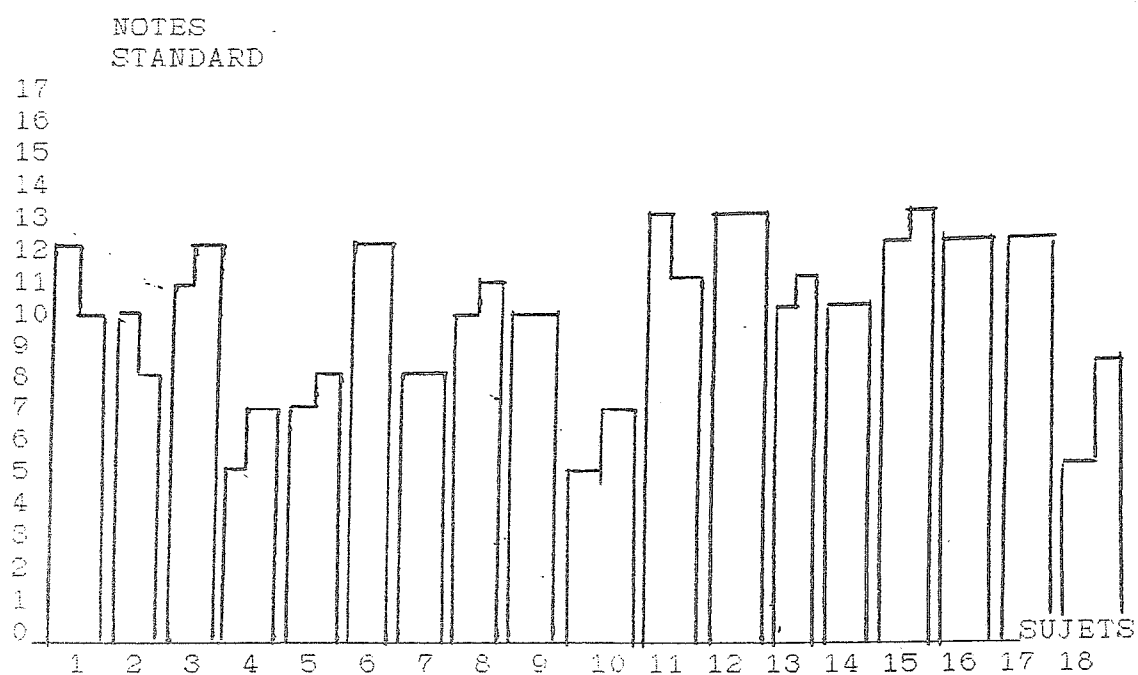
Graphique n° 3

W.A.I.S. item: code



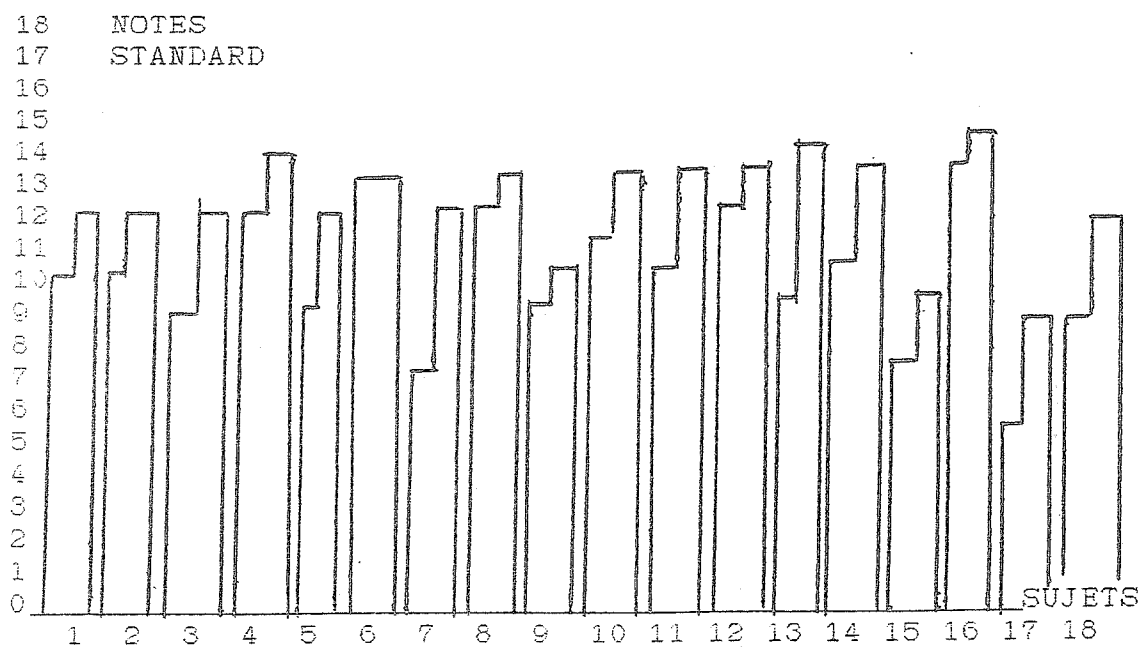
Graphique n° 4

W.A.I.S. item: complètement d'images



Graphique n° 5

W.A.I.S. item: mémoire des chiffres

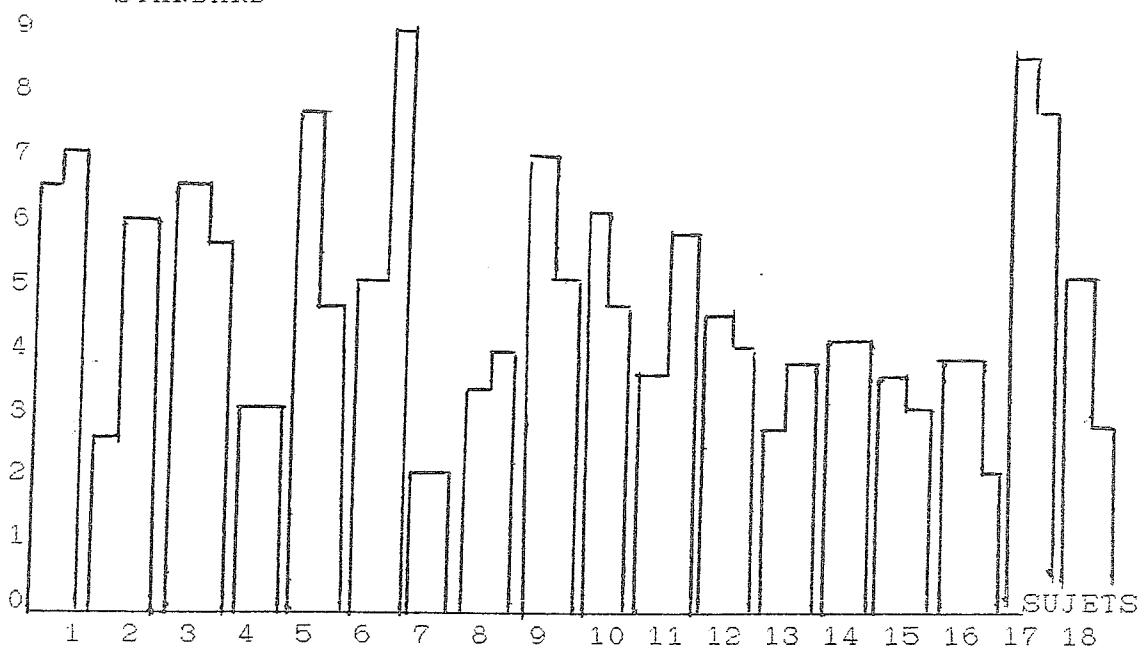


Graphique n° 6

W.A.I.S. item: arithmétique

10 NOTES
STANDARD

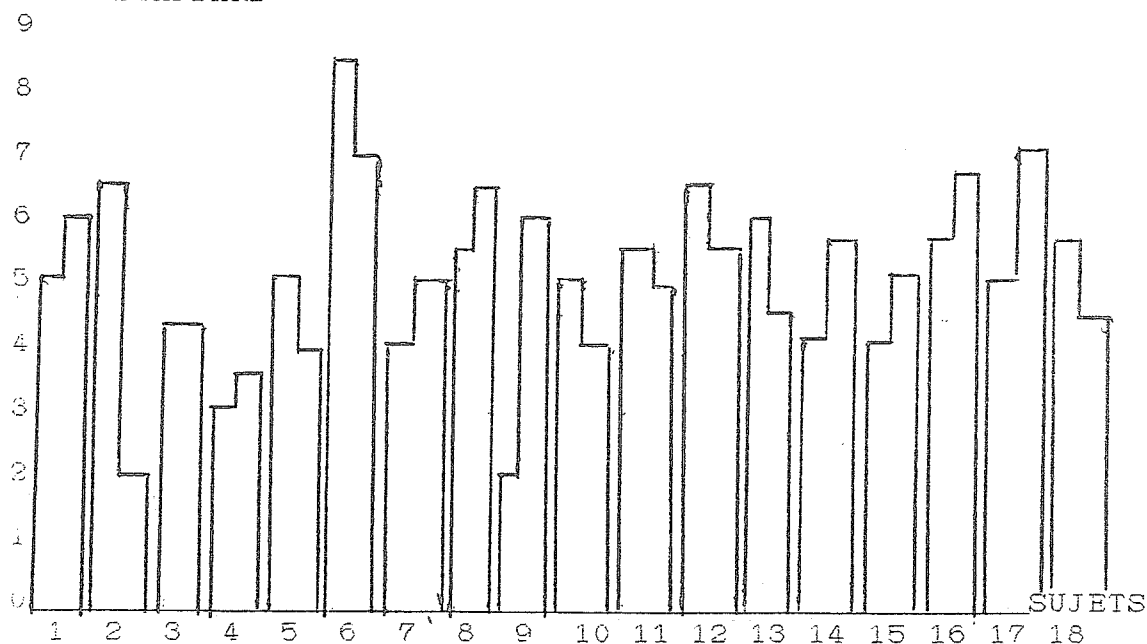
Graphique n° 7



FACTEUR L : ALAXIA-PROTENSION
(moyenne des notes obtenues au 16 PF
et à l'échelle d'anxiété)

10 NOTES
STANDARD

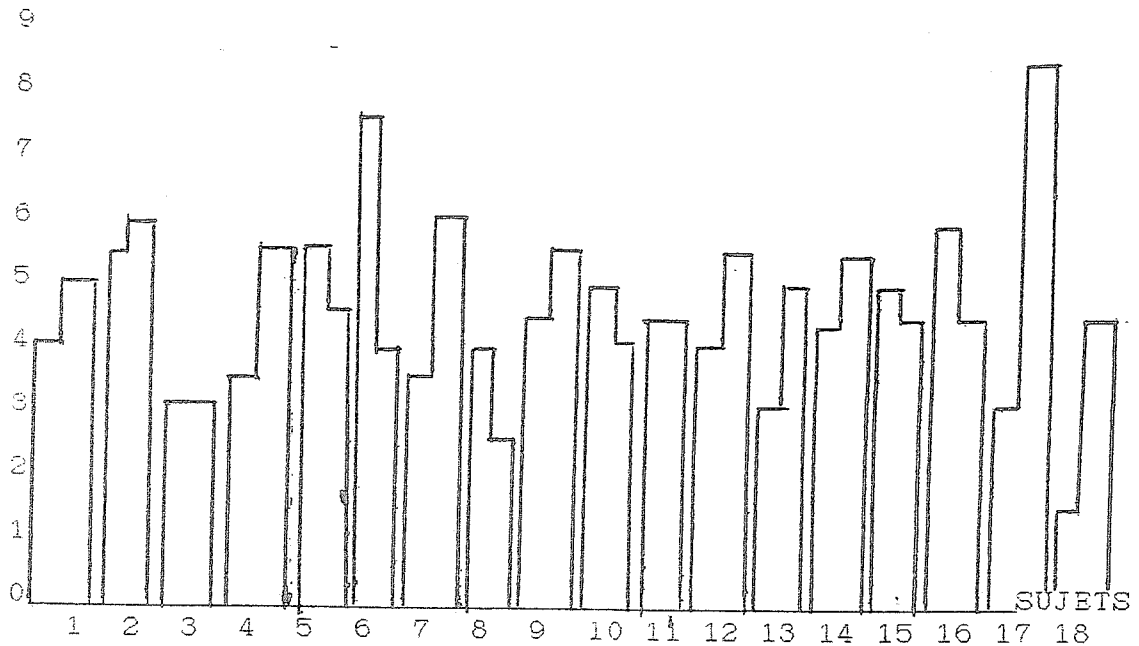
Graphique n° 8



FACTEUR C : FORCE DU MOI
(moyenne des notes obtenues au 16 PF
et à l'échelle d'anxiété)

10 NOTES
STANDARD

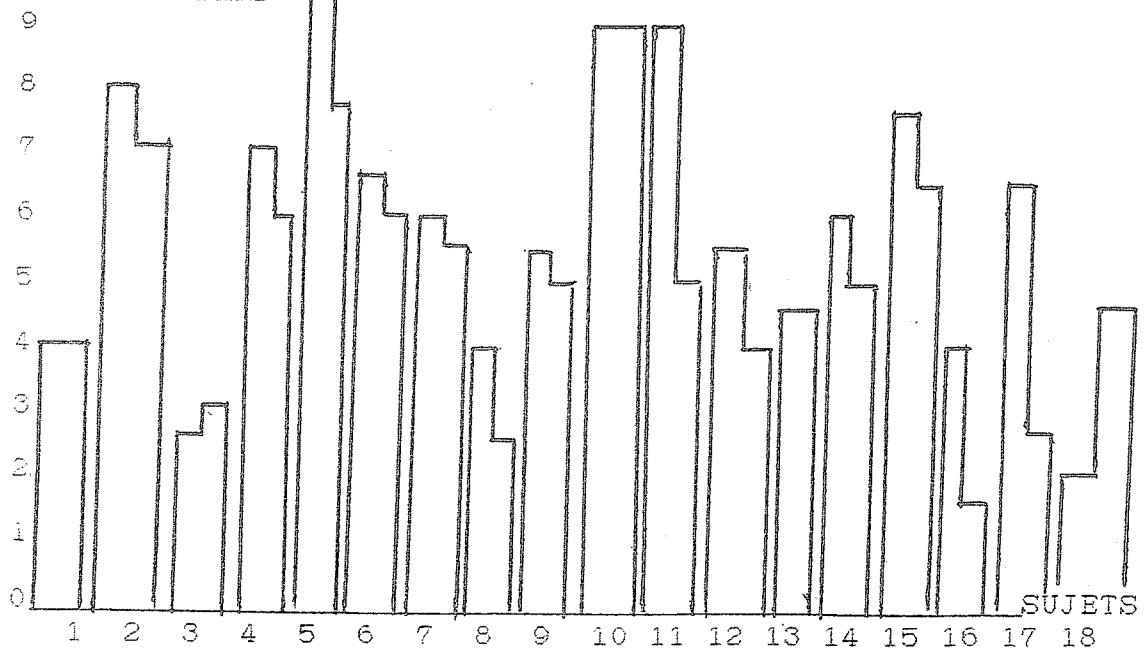
Graphique n° 9



FACTEUR Q3 : DEVELOPPEMENT DE LA CONSCIENCE DE SOI
(moyenne des notes obtenues au 16 PF
et à l'échelle d'anxiété)

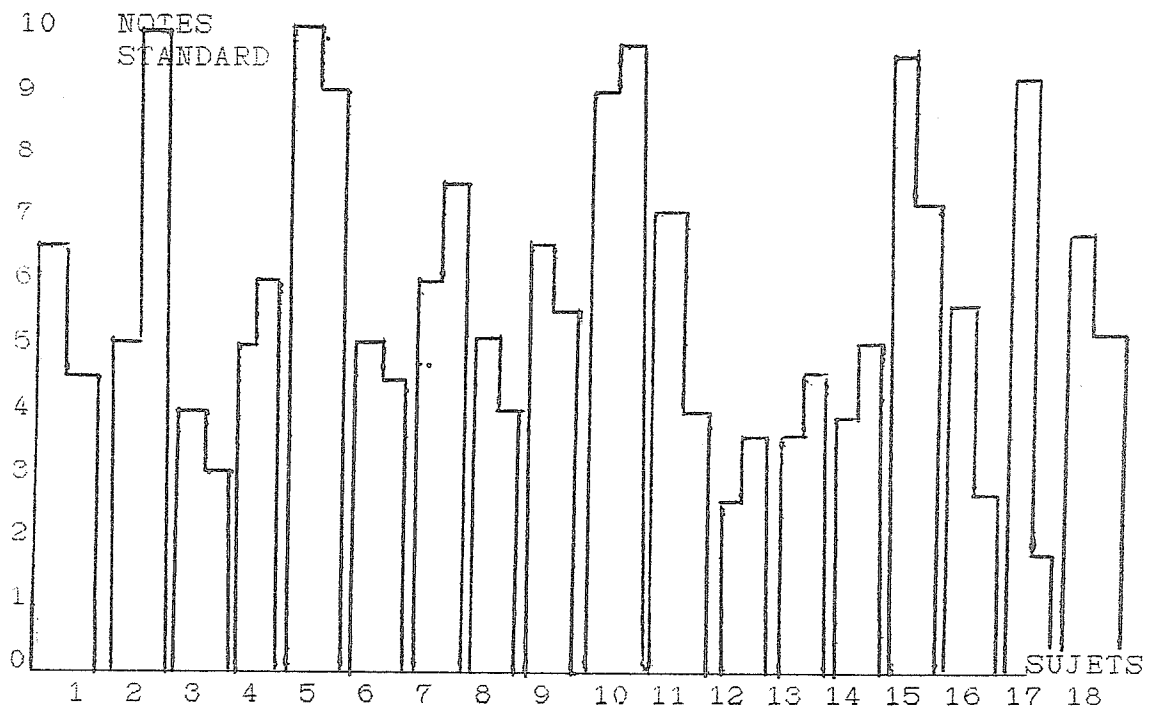
10 NOTES
STANDARD

Graphique n° 10



FACTEUR O : PROPENSION A LA CULPABILITE
(moyenne des notes obtenues au 16 PF
et à l'échelle d'anxiété)

Graphique n° 11



FACTEUR Q4 : TENSION ERGIQUE

E. ANALYSE STATISTIQUE DES RESULTATS

Les différents résultats présentés dans les onze graphiques seront soumis à une étude statistique. Nous avons retenu deux tests statistiques qui permettent de déterminer s'il y a ou non une différence significative entre les résultats des deux passations et donc de déterminer si la C.P.S. a une action sur les composantes de l'intelligence et de l'anxiété.

Chacun de ces deux tests sera utilisé pour chaque facteur. Le test t de STUDENT et FISHER s'adapte aux échantillons appariés. Cependant, nous vérifierons ses résultats avec le test non paramétrique T de WILCOXON qui est particulièrement adapté aux petits échantillons où l'on n'est pas assuré de trouver une distribution normale du paramètre.

$$* \text{ t de Student } = \frac{m_1 - m_2}{\frac{s}{\sqrt{n}}}$$

m_1 = moyenne des notes obtenues à la première passation
 m_2 = moyenne des notes obtenues à la seconde passation

$$s^2 = \text{estimation de la variance} = \frac{1}{n-1} (T_2 - \frac{T_1^2}{n})$$

n = effectif (ici 18)

$$T_1 = \sum (m_1 - m_2)$$

$$T_2 = \sum (m_1 - m_2)^2$$

$$\frac{s^2}{n} = \text{estimation de l'écart-type}$$

$$\sqrt{\frac{s^2}{n}} = \frac{s}{\sqrt{n}} = \text{estimation de l'écart réduit}$$

On compare le résultat obtenu pour t à des valeurs proposées dans un tableau, ce qui permet de dire si la différence est significative ou non et avec quel risque d'erreur.

* T de Wilcoxon

- 1°) On fait la différence des notes obtenues aux 2 passations;
- 2°) On élimine les notes égales à zéro;
- 3°) On classe les différences par valeurs absolues croissantes;
- 4°) On attribue un rang à chaque valeur; en cas d'ex-aequo, on attribue un rang moyen;
- 5°) On fait la somme des rangs de valeur positive puis celle des rangs de valeur négative;
- 6°) On prend la plus petite de ces 2 valeurs pour la

comparer aux valeurs d'un tableau qui permet de déterminer s'il y a ou non une différence significative et avec quel degré de certitude;

Pour l'échelle d'intelligence W.A.I.S. les résultats sont les suivants:

-Arrangement d'images:

t (Student) = 8,62

T (Wilcoxon) = 0

Les performances à la deuxième passation ont toutes été meilleures qu'à la première.

Le test de Student permet d'affirmer que la différence est très significative avec moins d'une chance sur mille d'erreur. Le test de Wilcoxon confirme cela (avec une chance sur cent d'erreur). On est en droit de conclure que la C.P.S. améliore notablement les facultés intellectuelles qui président à l'élaboration de ce test (observation, logique, organisation temporelle, concentration, rapidité d'exécution).

-Cubes:

t = 2,63. Résultat significatif avec moins de 2 % de chance d'erreur.

T = 17,5. Résultat significatif avec une estimation du risque d'erreur entre 1 et 5 %.

L'organisation spatiale, les facultés d'observation, la concentration ont été développées de façon significative entre les deux épreuves.

-Code:

t = 1,67

T = 20

La différence ici n'est pas significative. La rapidité d'exécution psychomotrice n'est pas améliorée par la culture psycho-sensorielle.

-Complètement d'images:

t = 5,05

T = 0

Les tests permettent d'affirmer que les facultés intellectuelles intervenant dans cette épreuve (observation et concentration) ont été améliorées, avec moins d'une chance sur mille (T) ou une chance sur cent (t) d'erreur.

-Mémoire des chiffres:

$t = 2,84$ $T = 8$

Le t de Student certifie que l'on a moins de deux chances sur cent de se tromper en affirmant qu'il existe une différence significative entre les deux épreuves. Le T de Wilcoxon fixe cette marge d'erreur entre 1 et 5 %. Mémoire et concentration ont évolué favorablement.

-Arithmétique:

$t = 7,44$ $T = 0$

De même que l'épreuve "arrangement d'images", l'épreuve "arithmétique", qui requiert logique abstraite, concentration et mémoire, a connu une importante amélioration puisque la différence entre les deux résultats est significative avec un risque d'erreur inférieur à 1 % .

Pour l'échelle d'anxiété, les résultats sont les suivants:

-Facteur L (insécurité sociale):

$t = 0,31$ $T = 50$

Les deux tests ne détectent pas de différence significative. La C.P.S. n'abaisse pas de façon notable le taux d'anxiété qu'engendre l'insécurité sociale.

-Facteur C (force du Moi):

$t = 0,128$ $T = 72,5$

Il n'existe pas, ici non plus, de différence significative. Au terme de cinquante séances de C.P.S., la capacité de contrôler immédiatement et d'exprimer les tensions d'une manière adaptée n'est pas améliorée de façon notable.

-Facteur Q3 (développement de la conscience de Soi):

$t = 1,26$ $T = 44,5$

La motivation à intégrer le comportement individuel, autour d'un sentiment de soi-même accepté et conscient, dans le cadre social existant, n'a pas significativement évolué.

-Facteur O (propension à la culpabilité):

$t = 2,90$ $T = 14$

Les deux tests confirment l'existence d'une différence significative avec un risque d'erreur inférieur à 1 %. La C.P.S. amène une baisse du sentiment de culpabilité, l'un des éléments du syndrome dépressif. Selon Cattell, ce facteur peut représenter une propension constitutionnelle à l'anxiété. La C.P.S. agirait à ce niveau.

-Facteur Q4 (tension ergique):

$t = 0,73$ $T = 40$

L'insatisfaction des besoins, l'éveil des pulsions ne sont pas modifiés de façon significative par la C.P.S.

-L'anxiété totale:

$t = 2,32$ $T = 40,5$

Les deux tests mettent en évidence une différence significative avec moins de 5 % de chances de se tromper.

-L'anxiété voilée:

$t = 1,86$ $T = 31,5$

Statistiquement la différence n'est pas significative puisque la marge d'erreur doit être inférieure à 5 % et qu'elle est ici de 7 %.

-L'anxiété manifeste:

$t = 2,23$ $T = 36$

Le taux d'anxiété manifeste a baissé de façon significative entre les deux passations avec une marge d'erreur de moins de 5 %.

Remarquons ici que les résultats des tests effectués en présence du testeur (W.A.I.S., Rorschach) peuvent être influencés par le fait que, après six mois de training C.P.S., l'examineur est mieux connu du sujet. Le fait d'avoir déjà passé des tests équivalents sous la même forme peut diminuer le taux d'anxiété et, par ce biais, influencer les résultats.

Pour les symptômes, les résultats sont les suivants:

A. Les symptômes sensori-moteurs:

-Troubles visuels:

13 sujets sur 18 (72 %) souffraient au départ de troubles visuels. Après les séances de C.P.S., 7 sujets (53%) ont vu leur trouble disparaître, 2 (15 %) ont connu une amélioration, 4 (30 %) n'ont pas été améliorés.

-Troubles auditifs:

5 sujets sur 18 (28 %) souffraient au départ de troubles auditifs. 2 (40 %) en ont été débarrassés, 3 (60 %) n'ont pas constaté d'amélioration.

-Trouble de l'élocution:

Sur les 7 sujets (39 %) qui en présentaient au départ, 3 (43%) n'en souffrent plus, 1 (14%) a été amélioré et 3 (43%) n'ont pas noté de modification.

Au total, les troubles sensori-moteurs touchent la vision (72%) plus que l'audition (28%) ou l'élocution (39%). Dans leur ensemble, 55 % des symptômes sensori-moteurs ont connu une évolution favorable.

B. Les symptômes neurovégétatifs:

72 % des sujets souffraient de céphalées; 31 % n'en souffrent plus, 23 % ont été améliorés, 46 % n'ont pas été améliorés au terme des 50 séances de C.P.S.

L'insomnie est fréquente chez les sujets nerveux puisque 61 % des sujets de l'étude en souffrent au départ. A terme, 1/3 de ces sujets dort bien, 1/3 a été amélioré et 1/3 est toujours aussi insomniaque; au total, on compte donc 2/3 d'évolutions favorables.

La somnolence est un symptôme présent chez 56 % de notre échantillon au départ. Après 50 séances de C.P.S., la moitié de ces sujets n'en souffre plus et 27 % sont améliorés.

55 % des sujets souffraient de sensations vertigineuses. 60 % d'entre eux n'en souffrent plus, 40 % se disent améliorés. 1 sujet indemne au départ a présenté ce symptôme au terme du training.

La moitié des sujets souffraient au départ d'accès de tachycardie. 44 % n'en souffrent plus; 22 % en souffrent moins; 34 % n'ont pas été soulagés;

17 % présentaient des accès de bradycardie. Tous en ont été débarrassés après le training.

Les 17 % de sujets qui admettaient souffrir de troubles sexuels ont tous été améliorés.

62 % des sujets souffrent au départ de boulimie. Sur ce pourcentage, 75 % signalent une régularisation de leur appétit et 25 % une diminution du trouble. Au total, 100 % des boulimiques sont donc améliorés.

17 % de l'échantillon souffrait par intermittence d'anorexie. Ce trouble a entièrement disparu en fin de training.

Les spasmes digestifs existaient chez 61 % des sujets. Sur ce total, 64 % n'en souffrent plus et 18 % signalent une amélioration.

Sur 55 % de sujets souffrant d'épisodes diarrhéiques au départ, 40 % n'en souffrent plus, 20 % ont des crises moins fréquentes, 30 % n'ont pas constaté d'amélioration à ce niveau.

Pour l'ensemble des troubles neurovégétatifs: 63 % ont totalement disparu, 15 % ont été améliorés, 21 % n'ont pas été modifiés au terme des cinquante séances de C.P.S. Au total, les effets sur la vie neurovégétative sont positifs dans 78 % des cas.

C. Les troubles psychiques:

Les sentiments dépressifs étaient présents chez 9 sujets au moment d'entreprendre le training C.P.S. (50%). Seulement 22 % de ces sujets ne présentent plus ce symptôme; 11 % le présentent de façon moins fréquente; au total, 33 % seulement ont constaté une amélioration ce qui est très faible. Ce résultat met en doute l'objectivité des sujets puisque l'Echelle d'Anxiété met en évidence une amélioration des sentiments dépressifs et de culpabilité; vraisemblablement, c'est au niveau des sentiments d'autoaccusation que la différence est significative entre les deux passations.

22% des sujets souffrent de sentiments dépressifs inexistant il y a 6 mois. Ces sujets (cf. études de cas) traversaient, au moment de la deuxième passation, des épreuves familiales ou professionnelles.

Dans 94% de notre population, on trouve des difficultés de concentration. Sur ce pourcentage, 18% n'en présentent plus et 35% reconnaissent une amélioration. Presque la moitié (47%) n'ont pas noté de modification.

Rappelons que la concentration, la mémoire et le sommeil, selon G. QUERTANT, sont des symptômes qui sont améliorés en fin de training, du fait qu'ils sont régulés par des centres nerveux situés dans la partie supérieure du cerveau. Remarquons aussi, qu'un seul des 18 sujets avait terminé le training C.P.S. au moment d'entreprendre la deuxième passation.

83% des sujets présentaient à leur arrivée des pertes de mémoire. Sur ce chiffre, 13% avouent ne plus en avoir et 36% en ont moins. Environ 50% n'ont pas observé d'amélioration au niveau des fonctions mnémoniques.

La timidité était présente chez 89% de nos sujets au début du training C.P.S.. Aujourd'hui, 25% d'entre eux affirment ne plus être timide; 13% en souffrent moins. Ce symptôme persiste encore avec une intensité égale chez 62% des sujets. Ce résultat laisse entendre que la timidité peut être influencée ou exagérée par un système nerveux perturbé. Il semble que la timidité soit un trait de personnalité inhérent à l'individu et qui est, en tous cas, peu sensible au training C.P.S..

L'émotivité, tout comme l'irritabilité, est présente chez 100% des sujets. Elle n'a été totalement résorbée que dans 22% des cas. Sa diminution est constatée chez 17% des sujets. Elle reste importante dans 61% des cas ce qui laisse penser que les individus ayant tendance à être hyperémotifs, le sont encore davantage avec un système nerveux dérégulé. Néanmoins, tout comme la timidité, l'émotivité semble souvent rattachée à une personnalité hypersensible.

Les angoisses sont nombreuses dans notre échantillon (94% des cas). Et si environ 30% connaissent une disparition des angoisses, 24% bénéficient aussi d'une amélioration à ce niveau. Nombreux sont les sujets qui n'ont pas encore débuté à l'appareil touchant la sphère psychique.

L'irritabilité atteint 100% de notre échantillon. Seulement 17% n'en souffrent plus et 22% sont moins irritables qu'au moment d'entreprendre le training. Ce chiffre est faible. Les troubles psychiques, selon G.QUERTANT, sont améliorés en fin de training.

Les obsessions sont plus rares. En effet, on les trouve dans 56% des cas. Dans ce pourcentage, 50% des sujets ne présentent plus d'obsessions après 50 séances de training C.P.S. et 20% ressentent une amélioration.

Les phobies existent dans 50% des cas. La C.P.S. paraît avoir une action efficace sur ces deux derniers symptômes. Les phobies ont été totalement résorbées dans 78% des cas et améliorées dans 11%.

Enfin, un complexe d'infériorité se retrouve fréquemment (61%) chez nos sujets. Il a disparu dans 36% des cas et a baissé en intensité dans 18%.

En résumé, les troubles psychiques sont présents en moyenne chez 78% des individus composant notre échantillon. Ils sont prédominants dans la symptomatologie du nerveux. C'est surtout au niveau de l'affectivité (irritabilité, émotivité, angoisses) que le pourcentage est le plus élevé. Sur ces 78%, 31% ont totalement disparu et 21% ont été améliorés soit dans leur intensité, soit dans leur fréquence, soit dans les deux à la fois. Au total, un peu plus de la moitié des sujets reconnaissent des améliorations au niveau des symptômes psychiques.

SUJETS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
troubles visuels	-	1-1	-	2-1	2-1	2-0	2-2	1-0	-	1-0	1-0	-	2-2	1-1	-	1-0	1-0	1-0
troubles auditifs	-	-	-	2-2	1-0	-	-	1-1	-	-	-	-	2-2	-	-	-	1-0	-
tr. de l'élocution	-	1-1	-	-	-	2-2	-	2-1	1-0	-	1-0	-	1-0	-	-	-	1-1	-
migraine	-	-	1-1	2-2	1-0	1-0	2-1	-	-	2-1	1-0	1-0	1-1	2-1	2-2	1-1	1-1	-
insomnie	1-0	1-1	-	-	2-0	-	-	-	-	1-1	2-1	2-1	2-1	1-1	2-2	-	1-0	2-1
somnolence	-	2-1	-	-	2-1	-	-	-	1-0	1-1	1-0	1-1	1-0	-	1-0	1-0	2-1	-
vertiges	1-0	1-1	1-1	2-2	-	-	-	1-0	0-1	-	1-0	-	1-0	1-1	1-0	-	1-0	-
tachycardie	2-1	1-1	-	2-0	2-0	-	-	-	-	2-2	1-0	-	1-0	-	1-1	-	2-1	-
bradycardie	-	-	-	-	1-0	-	-	-	-	1-0	-	-	-	-	-	-	1-0	-
troubles sexuels	-	-	-	-	2-0	-	-	2-0	-	-	-	1-0	-	-	-	-	-	-
boulimie	1-0	1-0	-	-	1-0	-	-	2-1	1-0	-	-	-	-	2-1	1-0	-	2-0	-
anorexie	1-0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2-0	-	2-0	-
spasmes digestifs	1-0	2-0	1-0	1-0	1-0	-	-	-	-	-	1-0	-	2-1	2-1	2-2	1-1	2-0	-
diarrhée	1-0	-	1-0	2-2	2-1	-	-	-	1-0	2-2	1-1	-	2-0	0-1	-	-	2-1	-
tend. dépressive	1-1	1-1	-	2-1	1-1	-	0-2	1-0	-	2-2	1-1	-	-	0-1	2-2	-	2-0	-
diff. concentration	1-1	2-1	2-2	-	2-2	1-0	2-2	2-1	2-1	2-2	1-1	1-0	2-2	2-1	2-1	1-0	1-1	2-1
pertes mémoire	1-1	1-1	2-2	1-1	2-2	1-0	1-2	2-1	-	2-2	2-1	-	2-2	2-1	2-1	-	1-0	2-2
timidité	-	1-2	1-1	-	1-1	2-1	2-2	2-1	1-1	1-1	1-1	1-1	1-0	1-1	1-0	1-1	1-0	1-0
émotivité	2-2	2-2	1-1	2-0	2-2	2-1	2-2	1-1	2-1	2-2	2-0	1-1	2-2	2-1	2-2	1-0	1-0	2-2
angoisses	2-1	1-1	1-0	2-2	2-1	2-1	0-2	1-1	1-0	2-2	2-0	1-1	-	2-1	2-2	1-0	2-0	1-1
irritabilité	2-1	1-1	2-2	2-2	2-2	2-1	2-2	0-1	2-1	2-2	1-0	1-1	1-0	1-1	2-2	1-0	2-1	1-1
obsessions	2-1	1-1	1-0	1-1	2-0	-	-	0-1	-	-	1-0	-	-	-	2-1	-	1-0	1-0
phobies	2-2	1-0	1-0	-	-	1-0	-	-	2-0	1-0	-	-	-	-	2-0	2-1	-	1-0
complexe d'inf.	0-0	2-2	-	-	2-1	2-2	2-2	2-1	1-0	2-2	1-0	-	1-0	0-1	-	-	1-0	-

TABLEAU B: EVOLUTION DES SYMPTOMES 0= ne se manifeste jamais
1= se manifeste rarement
2= se manifeste souvent

C. DISCUSSION

1°) C.P.S. ET-SYMPATOMATOLOGIE:

C'est au niveau de la vie neurovégétative que les symptômes sont jugulés le plus rapidement par la C.P.S. Avec 78 % d'amélioration (dont 63 % de disparition totale des symptômes), c'est le système neurovégétatif qui, selon les résultats de notre étude, est le plus sensible aux effets de la C.P.S.

Notons que les centres régulateurs de la vie neurovégétative sont situés à la base du cerveau et, de ce fait, plus rapidement normalisés que les fonctions psychiques localisées dans la partie supérieure.

La vie sensori-motrice et l'affectivité paraissent bénéficier un peu moins rapidement des effets de la C.P.S., puisqu'environ 55 % des troubles à ces niveaux ont soit disparu, soit diminué.

Les fonctions intellectuelles (concentration, mémoire) arrivent en dernière place avec 50 % d'amélioration environ, que les tests statistiques nous donnent comme significative. Si le fondateur de la C.P.S. a raison et que les fonctions intellectuelles sont les dernières à bénéficier d'une amélioration, l'achèvement du training entraînera un progrès plus net encore; nous ne pouvons rien en dire dans la présente étude.

Dans l'ensemble, la progression des effets normalisateurs de la C.P.S. ne correspond pas exactement à ce qu'a décrit G. Quertant (vie sensori-motrice, puis vie neurovégétative, puis vie psychique) puisque, selon nos résultats, la vie neurovégétative est la première à être normalisée par la C.P.S.

Ces résultats ne sont qu'un aperçu de l'évolution générale des symptômes. Nos pourcentages n'ont qu'une valeur relative étant donnée la taille réduite de l'échantillon. Au total, les effets normalisateurs chiffrables de la C.P.S. après cinquante séances, dépassent 60 % d'amélioration.

2°) C.P.S. ET INVESTISSEMENT PSYCHOTHERAPIQUE:

L'investissement psychothérapique existe dans toute thérapie, ou presque. La difficulté réside dans son évaluation. Nous avons calculé le pourcentage d'amélioration pour l'ensemble des symptômes et par sujet. La question à laquelle nous allons tenter de répondre est de savoir si ce sont les sujets qui s'investissent le plus dans la thérapie et le thérapeute qui obtiennent les meilleurs résultats.

SUJETS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
POURCENTAGE D'AMELIORATION	47	21	33	30	55	56	27	45	67	15	73	40	46	21	38	64	77	43
INVESTISSEMENT PASSATION n°1	B	B	B	M	M	B	M	M	M	A	M	A	M	A	A	A	M	M
PASSATION n°2	M	B	B	B	B	B	A	B	B	M	B	B	B	M	M	M	B	M

A : aucun investissement

M : investissement moyen

B : bon investissement

Sur les neuf sujets ayant bénéficié de l'amélioration la plus nette des symptômes,

-en début de training: 2 s'investissaient beaucoup
6 s'investissaient moyennement
1 ne s'investissait pas.

-en fin de training: 7 s'investissent beaucoup
2 s'investissent moyennement.

Sur les neuf sujets ayant le moins bénéficié d'amélioration de leurs troubles,

-en début de training: 2 s'investissaient beaucoup
3 s'investissaient moyennement
4 ne s'investissaient pas.

-en fin de training: 4 s'investissent beaucoup
4 s'investissent moyennement
1 ne s'investit pas.

Ces résultats se prêtent à deux observations:

-Le degré d'investissement dans la thérapie et le thérapeute augmente en cours de training C.P.S. La constatation d'une amélioration de ses symptômes amène-t-elle le sujet à s'investir davantage ou bien, en s'investissant davantage, le sujet obtient-il ces améliorations ? Il semble que ce soit le fait de constater une amélioration de son état qui incite le sujet à s'investir plus, dans la mesure où augmente son espoir de voir disparaître les troubles dont il souffre.

-Sur cinq sujets ne témoignant d'aucun investissement dans la thérapie ni dans le thérapeute, 4 se retrouvent parmi les neuf ayant obtenu le moindre pourcentage d'amélioration symptomatique. Ces faits permettent d'avancer que l'investissement du sujet dans la thérapie et la relation thérapeutique favorise l'amélioration des symptômes nerveux de façon non négligeable. Toutefois, cinq sujets qui

ne s'investissaient pas du tout ont tout de même obtenu une amélioration moyenne de 35,6 % contre 41,3 % de moyenne pour l'ensemble des sujets.

Ceci permet d'affirmer que la C.P.S. exerce des effets normalisateurs sur le système nerveux même si le sujet n'investit pas du tout dans la thérapie.

Néanmoins, les résultats observés chez les sujets qui, dès le début du training, s'investissent beaucoup, diffèrent peu de ceux obtenus par les sujets ne s'investissant pas. En effet, le pourcentage moyen d'amélioration (39,2 %) chez les sujets s'investissant dès le début du training est inférieur à la moyenne générale.

En résumé, les meilleurs résultats sont obtenus chez les sujets qui s'investissent moyennement dans la thérapie. Chez ces sujets, l'amélioration constatée au niveau des symptômes est supérieure à la moyenne (55 %). Curieusement, ces sujets ne sont pas ceux qui présentent le moins de symptômes (23 % contre 20 % pour l'ensemble de l'échantillon). Cependant, ils savent probablement que l'amélioration dépend aussi d'eux-mêmes, de leur volonté, de leur désir de "s'en sortir", et que l'effort qu'ils fournissent a sa part dans l'amélioration des symptômes.

Dans les deux autres sous-groupes, ceux qui investissent sans frein ne prennent pas assez de responsabilité, témoignant d'un manque de volonté qu'ils cherchent à compenser dans l'Autre; ceux qui n'investissent pas du tout dans la thérapie (ou le thérapeute) font preuve d'un manque de confiance aussi bien en eux-mêmes que dans la thérapie et de sentiments pessimistes, dénués d'espoir.

3°) C.P.S. ET NIVEAU D'ANXIÉTÉ:

L'étude statistique met en évidence une différence significative de l'anxiété totale entre les deux passations. La C.P.S. a surtout une action sur le facteur O, facteur représentant les sentiments de culpabilité ainsi que les sentiments dépressifs. Ceci permet d'affirmer que le sujet ayant effectué le training C.P.S. a une plus grande confiance en lui-même; il assume ses pensées et ses actes; il semble plus apte à affronter les exigences du monde extérieur.

Les symptômes manifestes diminuent, selon l'étude statistique, d'une façon significative, alors que les symptômes voilés restent plus élevés.

Ces résultats laissent supposer que la manifestation du symptôme n'est que l'expression d'un conflit intrinsèque plus profond, enraciné dans la personnalité du sujet, et qui peut rester à l'état latent alors que sa manifestation extérieure a disparu. La manifestation du symptôme serait le trop plein d'un dérèglement interne, voilé; lorsque le conflit baisse en intensité jusqu'à un certain point, la manifestation symptomatologique disparaît; seule persiste la pulsion à l'état latent.

Ces faits nous permettent d'émettre l'hypothèse que le soma et la psyché sont indissociables l'un de l'autre: lorsque la psyché ne parvient pas à résoudre le conflit, celui-ci s'extériorise et semble constituer une demande d'aide.

4°) C.P.S. ET FACULTES INTELLECTUELLES:

Le résultat de notre analyse met en évidence une nette amélioration des facultés intellectuelles chez les sujets ayant suivi le training C.P.S. En effet, sur les 6 items présentés aux 2 épreuves, 5 ont confirmé l'hypothèse de départ. Tous les items sauf le code ont été améliorés. La C.P.S. développe les facultés d'observation, les capacités logiques, la mémoire, l'organisation spatiale et temporelle; en diminuant l'émotivité, elle permet une concentration meilleure et une attention plus soutenue.

D'une façon générale, le développement de ses capacités intellectuelles permet au sujet de considérer les éléments de sa vie avec plus d'objectivité. Sa personnalité, sa vie familiale, sociale, professionnelle sont appréhendées plus justement. Le sujet s'analyse et perçoit mieux les conflits et leur fréquente expression sous forme de symptômes. Ces prises de conscience successives lui permettent d'intégrer les éléments intrinsèques et extrinsèques avec plus de lucidité et en contrôlant ses émotions.

Les distorsions et troubles introduits par la trop forte dominance de l'affectivité sur l'intellect telles que phobies, obsessions, scrupules, doutes, complexe d'infériorité, disparaissent puisqu'ils n'ont plus lieu d'exister.

5°) C.P.S. ET PERSONNALITE:

Par l'observation comportementale, par l'étude d'un test de personnalité et d'un test projectif, nous avons pu tirer quelques généralités des effets de C.P.S. sur la personnalité des sujets.

Sans détailler chaque trait de personnalité, nous précisons simplement que la C.P.S. tend à ramener à la norme les différentes composantes de la personnalité. Le méfiant devient plus coopérant; l'introverti s'extériorise; le timide devient plus confiant; le naïf prend conscience des faits; l'émotif fait calmement face à la réalité.

Dans la plupart des études de cas considérées dans ce travail, nous pouvons remarquer que les sujets sont inhibés; leur personnalité ne s'épanouit pas normalement; son évolution est en quelque sorte freinée, parfois arrêtée par les mécanismes de défense mis en place pour protéger le Moi contre tout ce qui peut être dangereux pour son évolution. De ce fait, toute vie intérieure devient pauvre puisqu'elle est synonyme d'angoisse si le sujet entre au contact des pulsions refoulées. L'imagination est faible, les désirs ne sont pas exprimés car inexprimables; de même, la vie

affective est rigide ment contrôlée par la raison puisque, comme nous avons pu le remarquer dans la plupart des cas, les conflits engendrant des refoulements ont une origine affective. Tout échange affectif avec l'entourage risque d'éveiller ces conflits et sera par conséquent évité. Le résultat est que l'individu se referme sur lui-même. Mais cette réaction en chaîne se répercute au niveau de sa vie familiale, professionnelle et sociale.

La C.P.S. favorise la mise en place de mécanismes de défense pour les sujets qui n'en ont pas suffisamment (cf. sujet n°9) permettant un meilleur contrôle des émotions, des affects, de tous les éléments perturbant la conscience du sujet, et leur refoulement partiel.

Au contraire, chez le sujet inhibé, la C.P.S., en relâchant les tensions nerveuses, permet à certains mécanismes de défense de céder; le sujet peut alors prendre conscience de ses conflits, les intégrer ou bien les refouler s'ils sont insolubles. Les conflits inconscients ayant diminué, les tensions engendrées par la frustration (sentiment de culpabilité) de ne pouvoir les résoudre, n'ont plus de raison d'être. L'anxiété diminue, ce qui permet l'abord de la réalité de façon objective, et, de fait, une meilleure intégration des éléments extérieurs.

La portée de la C.P.S. ne se situe pas uniquement à un niveau individuel; elle concerne l'aspect communautaire et civique. Un individu nerveux irritera son entourage familial et amical. La dynamique de la relation se trouvera perturbée. La vie professionnelle subira également une altération. Et il est vrai que les arrêts de travail sont fréquents et qu'il y a parfois même cessation complète de toute activité.

En normalisant l'état nerveux d'un individu, l'influence sur sa vie mais aussi sur son entourage est considérable.

CONCLUSION

CONCLUSION

✓

Georges QUERTANT fonda la culture psycho-sensorielle en 1935 sur les bases d'une longue expérimentation empirique. Sa neuropédagogie utilise les mécanismes de contrôle des axes visuels pour rééduquer certaines fonctions régulatrices de la base du cerveau. Les fonctions régulatrices visées sont celles qui interviennent dans l'articulation psychosomatique.

Les conceptions de la médecine psychosomatique sont diverses et évolutives. La théorie moniste, délaissée pour un temps, semble avoir de nos jours une audience qui s'élargit. Les théories dualistes, comme la psychanalyse, accordent une place prépondérante à la psyché. Les diverses méthodes de rééducation que nous avons exposées au cours de ce travail accordent une place prépondérante au soma. Pour Georges QUERTANT, c'est par le soma que l'on peut atteindre la psyché.

Au plan neurophysiologique, les explications que fournit Georges QUERTANT du mode d'action de la C.P.S. sont les suivantes: l'homme est un complexe psychosomatique. Ce complexe est formé par la superposition de la vie sensori-motrice, de la vie neurovégétative et de la vie psychique. Ces trois types de vie étant intimement liés, en agissant sur l'un, on influe sur les autres.

Par conséquent, en normalisant la vie sensori-motrice au travers d'une rééducation de l'oculomotricité, on peut aboutir à la normalisation des autres systèmes.

Les troubles fonctionnels psychosomatiques les plus divers peuvent être supprimés par des exercices de correction de la vision binoculaire et simultanée. Pour cela, plusieurs types d'appareils stéréoscopiques, mis au point par Georges QUERTANT, sont utilisés pour s'assurer de la fusion des axes d'impression et de projection.

D'une façon générale, les sujets surconvergers comme les sujets surdivergents doivent travailler à ramener les axes visuels à la normale.

La nature des stimuli employés revêt une grande importance, de même que la progression des exercices.

La neurophysiologie actuelle ne reprend pas l'ensemble des descriptions et des explications neurophysiologiques qui étaient celles du fondateur de la C.P.S. La découverte des neuromédiateurs, la conception nouvelle de l'organisation du cerveau et de la localisation de ses fonctions dépassent les notions rigides dont on disposait à l'époque de Georges QUERTANT. Pour autant, notre tentative de réactualisation au plan de la neurophysiologie théorique ne s'est pas heurtée à des incohérences, ni même à des contradictions. Les éléments nouveaux dans la compréhension du cerveau autorisent

raisonnablement l'intégration des mécanismes probables de la culture psycho-sensorielle dans le cadre de la neurophysiologie nouvelle.

Notre travail expérimental a porté sur un échantillon de dix huit sujets souffrant de troubles nerveux fonctionnels chroniques. Les sujets ont effectué un training de cinquante séances de C.P.S. de trente minutes chacune, à raison de deux séances par semaine. Avant et après ce training, chaque sujet a subi différents tests psychométriques, un test projectif, et il a été procédé à une évaluation des symptômes qu'il présentait.

La comparaison des résultats avant et après le training a été faite de deux façons:

Les données qui s'y prétaient ont fait l'objet d'une analyse statistique. Celle-ci a permis de conclure à l'existence d'une amélioration significative du taux d'anxiété dans sa composante manifeste, ainsi que de certaines facultés intellectuelles: capacité d'observation, logique, concentration, attention, mémoire.

D'autres données ont fait l'objet d'une appréciation moins formelle. Il en ressort que 78 % des troubles neurovégétatifs, 55 % des troubles sensori-moteurs et 50 % des troubles psychiques, soit en moyenne 60 % des symptômes, sont améliorés ou supprimés au terme des cinquante séances de C.P.S.

Ces résultats ne sont pas négligeables. Nous avons soulevé la question de la part éventuelle qui reviendrait à un aspect psychothérapique dans les résultats de la C.P.S., comme d'ailleurs dans ceux de la majorité des neuro-pédagogies et des thérapies. Notre formation de psychologue nous incite à penser que cette part est réelle; toutefois, le présent travail prétend montrer qu'elle ne saurait résumer ou rendre compte de l'ensemble des effets de la C.P.S.

Au point de vue psychologique enfin, nous avons observé que dans la très grande majorité des cas, l'origine des symptômes était à rechercher dans un trouble relationnel. Certains blocages de la vie psychique, et donc psychosomatique, quelle que soit l'explication qu'on en donne, disparaissent à mesure que le sujet progresse dans sa performance visuelle. Tout se passe comme si le soulagement des symptômes n'étaient que la conséquence d'une restructuration plus profonde, que nous avons appréhendée à son niveau psychologique, mais qui peut bien correspondre à un processus plus général, intéressant certains mécanismes fondamentaux du fonctionnement cérébral.

Et c'est bien en ce sens que son fondateur a conçu, mis au point et appliqué la culture psycho-sensorielle. Il a lui-même établi la comparaison la plus simple mais la plus

parlante: La C.P.S. est une gymnastique des centres cérébraux régulateurs et non une psychothérapie masquée; ses effets sur le complexe psychosomatique sont à comparer aux bienfaits de l'exercice physique, de la gymnastique musculaire bien comprise; les fonctions organiques, comme les mécanismes cérébraux, s'entretiennent par l'usage.

La neuropédagogie de Georges QUERTANT représente une alternative aux thérapies chimiques, psychologiques ou comportementales qui sont opposées aux troubles fonctionnels nerveux. On ne lui connaît pas, à ce jour, d'effet indésirable, et elle obtient des résultats intéressants. Elle peut venir en complément des autres approches, face à des troubles souvent difficiles à assumer par le sujet comme par son entourage. Au-delà même de cet aspect pratique, primordial, l'aspect théorique mérite d'être pris en considération: S'il est vrai que la fonction oculaire sensori-motrice et les fonctions régulatrices de la base du cerveau empruntent à ce niveau des éléments anatomiques et physiologiques communs, alors la régulation de la première peut normaliser certaines des secondes et amener, chez les sujets présentant les troubles fonctionnels les plus divers, l'amélioration de leur état.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. ADLER (d') M.-A.
Vision et système nerveux.
Science & Avenir, avril 1980, n°398, p.84.
2. AKERS C.
La culture psycho-sensorielle fondée par Georges Quertant.
D.E.A. de psychopathologie, Nice 1984, 44 p.
3. ALEXANDER F.
La médecine psychosomatique.
Petite collection Payot, 1962, 253 p.
4. ALEXANDER G.
Le corps retrouvé par l'eutonie.
Tchou édit., 1981, 221 p.
5. BAHILL T., STARK L.
Les mouvements saccadés de l'oeil.
Pour la Science, mars 1979, n°17, p.96.
6. BAUMGARDT E.
Les lois du hasard et les problèmes de la vision.
Science & Vie, septembre 1947, n°360, p.128.
7. BAUMGARDT E.
Les secrets de la vision des couleurs.
Science & Vie, juin 1948, n°369, p.357.
8. BEIZMANN C.
Livret de cotation des formes dans le Rorschach.
Edit. du centre de psychologie appliquée, Paris 1966, 251 p.
9. BEIZMANN C.
Le Rorschach de l'enfant à l'adulte.
Edit. Neuchâtel, Paris 1982, 341 p.
10. BEKERIAN D.
La dépression chez les femmes.
La Recherche, avril 1980, n°118, p.471.
11. BENVENISTE J.
Guérir l'allergie.
La Recherche, octobre 1979, n°104, p.1012.
12. BENVENISTE J.
L'asthme.
La Recherche, numéro spécial, octobre 1980, p.1106.
13. BERARD G.
Audition égale comportement.
Edit. Maisonneuve, 1982, 181 p.

14. BERNARD C.
La physiologie et la pathologie du système nerveux.
10^e et 25^e leçons, édit. Paris, 1858.
15. BERNARD C.
Leçons sur les propriétés des tissus vivants.
Edit. Paris, 1866, 492 p.
16. BERRIDGE M.
Les molécules de la communication dans la cellule.
Pour la Science, décembre 1985, n°98, p.134.
17. BICART P., QUERTANT M.
Recherche pour une normalisation des centres régulateurs du complexe psychosomatique.
Acta medica psychosomatica, proceeding of the 7th european conference on psychosomatic research, Rome 11-16 septembre 1967,5 p.
18. BONIS (de) M.
Dominance hémisphérique et expression des émotions.
La Recherche, février 1978, n°86, p.178.
19. BONNET F.
L'involution cérébrale' aujourd'hui; aspects physiopathologiques.
Labo. Pierre Fabre, 1982, p.24.
20. BONNET F.
Les neurotransmetteurs et le cerveau âgé.
La tribune médicale, janvier 1985, p.24.
21. BRESSE G.
Morphologie et physiologie animales.
Librairie Larousse, 1968, 434 p.
22. BROADBENT D.
Decision and stress.
Academic press, Londres New-York, 1971, 522 p.
23. BUISSERET P.
L'allergie.
Pour la Science, octobre 1982, n°60, p.30.
24. BULLIER J.
Les cartes du cerveau.
La Recherche, octobre 1983, n°148, p.1202.
25. BUSER P., IMBERT M.
Neurophysiologie fonctionnelle.
Edit. Hermann, Paris 1975, 465 p.
26. CATTELL R.
Manuel d'échelle d'anxiété.
Edit. du centre de psychologie appliquée, 1962, 28 p.

27. CATTELL R.
Manuel du test 16 P.F.
Edit. du centre de psychologie appliquée, 1974, 56 p.
28. CHANZY M., HIOCO F.
Comprendre les spasmophiles.
Service de rhumatologie, hôpital Henri Mondor, 94010 Créteil, 63 p.
29. CHAPOUTHIER G.
La mémoire.
Science & Vie, hors serie, n°112, p.58.
30. CHAUCHARD P.
La rééducation visuelle de l'équilibre neuropsychique.
Polycopié, 1974, 5 p.
31. CHAUCHARD P.
Les messages de nos sens.
Que sais-je ?, edit. P.U.F., 1981, 128 p.
32. COLLIN R.
L'organisation nerveuse.
Edit. Albin Michel, 1944, 530 p.
33. COLLOMB C.
Analyse des formes visuelles à partir de données neurologiques.
9 p., à paraître.
34. CORNIC A.
Stress et spasmophilie.
Edit. M.A., 1984, 126 p.
35. DELAY J.
La psychophysiologie humaine.
P.U.F., 1945, Que sais-je ?, n°188, 118 p.
36. DELAY J.
Les dérèglements de l'humeur.
P.U.F., 1946, 179 p.
37. DUMORTIER B.
Le cerveau photorécepteur.
La Recherche, juin 1981, n°123, p.726.
38. EISENBERG L.
Psychiatrie et société.
Pour la Science, décembre 1977, n°84, p.1035.
39. EISENBERG L.
La dépression nerveuse.
La Recherche, février 1981, n°119, p.160.

40. ESPINEY (d') P.
La psychothérapie du docteur Vittor: comment combattre l'anxiété par le contrôle de soi.
Edit. Tequi, 1977, 111 p.
41. GOGEL W.
Le principe de la proximité dans la perception visuelle.
Pour la Science, juillet 1978, n°9, p.49.
42. GOTTESMANN A.
Cours de psychophysiologie de licence.
Faculté des sciences de Nice, 1982.
43. GWIAZDA J., BIRCH E., HELD R.
Le développement de la vision chez l'enfant.
La Recherche, décembre 1981, n°128, p.1348.
44. HAYNAL A., PASINI W.
La médecine psychosomatique.
Edit. Masson, 1984, 332 p.
45. HEJABA H.
Introduction à la neuropsychologie.
Edit. Larousse université, 1972, 327 p.
46. HERMANN H., CIER J.F.
Précis de physiologie, système nerveux central.
Edit. Masson, 1970, 601 p.
47. HOFFMAN L.
De l'émotion à la lésion.
Bâle 1968, p.130.
48. HOKFELT T.
Les messagers chimiques du cerveau.
La Recherche, mai 1981, n°122, p.558.
49. HOUSSAY E.
Physiologie humaine.
Edit. Flammarion, 1950, 1602 p.
50. HUBE L.D., WIESEL T.
Les mécanismes de la vision.
Pour la Science, novembre 1979, numéro spécial, p.79.
51. IVERSEN L.
La chimie du cerveau.
Pour la Science, novembre 1979, numéro spécial, p.65.
52. KAYSER C.
La physiologie.
Edit. médicales Flammarion, 1969, 1467 p.

53. KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S.
La faim et le corps.
P.U.F., 1972.
54. KLOTZ H.P.
Etre spasmophile et bien portant.
Edit. presses de la renaissance, 1982, 201 p.
55. LACOUR (de) J.
Neurobiologie de l'apprentissage.
Edit. Masson, 1978, 210 p.
56. LAND H.
La théorie rétinex de la vision des couleurs.
Pour la Science, février 1978, n°4, p.74.
57. LEFRESNE P.
Les médiateurs chimiques.
Science & Vie, n°112, hors série trimestriel, p.28.
58. LILLE F.
Vigilance et sommeil.
Science & Vie, n°112, hors série trimestriel, p.70.
59. LOWEN A.
La dépression nerveuse et le corps.
Edit. Tchou, 1976, 298 p.
60. LURIA A.
Les fonctions corticales supérieures de l'homme.
P.U.F., psychologie d'aujourd'hui, 1978, 570 p.
61. LUYS J.
Le cerveau et ses fonctions.
Edit. Paris, 1878, 260 p.
62. MEULDERS M.
Neuro-psycho-physiologie, fonctions sensori-motrices.
Edit. Masson, 1979, 174 p.
63. MORIN G.
Physiologie du système nerveux.
Edit. Masson, 1969, 446 p.
64. MUCCHIELLI R.
Philosophie de la médecine psychosomatique.
Edit. Aubier, 1961, 220 p.
65. PAS DE LOUP M.
L'anxiété: de la molécule au comportement.
La Recherche, juin 1982, n°134, p.780.

66. PASSEBECQ A., PASSEBECQ J.
La santé de nos yeux.
Edit. Dangles, 1979, 174 p.
67. PIAGET J.
L'équilibration des structures cognitives, problème central du développement.
P.U.F., 1975, 118 p.
68. FIGNARRE P.
La maladie psychosomatique.
Chirurgie pratique, édit. Amis de Just Lucas-Championnière, octobre 1985, p.370.
69. QUERTANT G.
Techniques et méthodes G. Quertant.
(300 graphiques), chez l'auteur, 1930-1940.
70. QUERTANT G.
La psycho-sensorio-analyse.
Chez l'auteur, 1935.
71. QUERTANT G.
La culture psycho-sensorielle, sa genèse, son processus, son rôle, ses buts, ses analogies avec la culture physique.
(20 graphiques), chez l'auteur, 1940.
72. QUERTANT G.
Culture psycho-sensorielle et prophylaxie nerveuse.
Chez l'auteur, 1949, 62 p.
73. QUERTANT G.
La culture cérébro-psycho-sensorielle, ses analogies avec la culture physique.
Chez l'auteur, 1940, 92 p.
74. QUERTANT G.
Ce qu'est la culture cérébro-psycho-sensorielle.
Chez l'auteur, 1940, 291 p.
75. QUERTANT G.
Dissertation sur le complexe somato-psychique.
Chez l'auteur, 1959, 42 p.
76. RAYMONDIS L.
Cours de psychopathologie: maîtrise de psychologie.
Faculté des Lettres de Nice, 1983.
77. RICHARD P.
Le cerveau et les hormones.
Science & Vie, n°112, hors série trimestriel, p.38.

78. SCHWARTZ D.
Méthodes statistiques à l'usage des médecins et des biologistes.
Edit. Flammarion, 1963, 318 p.
79. SENN D.
La balance tropique.
Edit. fondation Cornélius Calsus, 1981, 222 p.
80. SILLAMY N.
Dictionnaire de la psychologie.
Edit. librairie Larousse, Paris 1980, 320 p.
81. SOHIER M.P.
La culture psycho-sensorielle.
Mémoire de maîtrise, psychopathologie, Nice 1980, 113 p.
82. STANLEY JONES D., STANLEY JONES K.
La cybernétique des êtres vivants.
Edit. Gauthier Villars, Paris 1962, 125 p.
83. SUREAU C., GERMAIN G.
Anatomie-physiologie.
Les professions médicales et sociales, tome IV, édit. Foucher, 1980, 175 p.
84. TOMATIS A.
La nuit utérine.
Edit. Stock, 1981, 257 p.
85. TOMATIS A.
L'oreille et la vie. itinéraire d'une recherche sur l'audition.
Edit. Laffont, 1977, 315 p.
86. TUDOR, GOWE
La dépression.
La Recherche, décembre 1974, n°85, p.1035.
87. TOCQUET R.
La biodynamique du cerveau.
Edit. Dangles, 1983, 205 p.
88. VAN LYSEBETH A.
Pranayama: la dynamique du souffle.
Edit. Flammarion, 1971, 311 p.
89. VAN LYSEBETH A.
J'apprends le yoga.
Edit. Flammarion, 1976, 306 p.
90. VION-DURY J., SOULAYROL R.
L'organisation neurophysiologique des phénomènes praxiques.
Méditerranée médicale, décembre 1984, n°326, p.15.

91. VITTOZ R.
Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral.
Edit. Baillière, 1972, 110 p.
92. VLOEBERGH A.
Une version moderne de la possession psychique.
La Recherche, décembre 1978, n°95, p.1136.
93. WECHSLER D.
Manuel d'échelle d'intelligence pour adultes.
(W.A.I.S.), édit. du centre de psychologie appliquée, 1970, 120 p.
94. WEINBERG R.
Les molécules de la vie.
Pour la Science, décembre 1985, n°98, p.20.
95. WURTZ R., GOLDBERG M., ROBINSON D.
Les mécanismes cérébraux de l'attention visuelle.
Pour la Science, août 1982, n°58, p.42.
96. YELOTT J.
L'inversion du relief en vision binoculaire.
Pour la Science, 1981, n°47, p.88.
97. ZAIDEL D.
Les fonctions de l'hémisphère droit.
La Recherche, mars 1984, n°153, p.332.
98. ZARIFIAN E.
Comment se vit la dépression.
L'express, février 1984.