

SOINS PAR LE YOGA DE JEUNES MALAD

RESUME

Une crise d'épilepsie est l'expression clinique d'un dysfonctionnement d'une population de neurones organisée en réseaux plus ou moins complexes, et en état d'équilibre permanent entre des mécanismes excitateurs et inhibiteurs... Ce réseau peut échapper au processus de contrôle du fonctionnement neuronal normal. La maladie épileptique mène assez souvent à la dépression, vu l'impossibilité à mener une vie ordinaire, à se projeter dans le futur. Elle est une atteinte narcissique constante, et même des soins appropriés et dévoués ne suffisent pas toujours à maintenir une confiance en soi menacée. Le soignant est parfois confronté à de telles éventualités. C'est sur ce fond dépressif que la

L'institution où je suis éducatrice accueille de jeunes atteints d'épilepsie qui y poursuivent leur scolarité, tout en bénéficiant de soins médicaux et éducatifs. J'ai découvert bon nombre de travaux sur cette maladie, dont peu aboutissaient à des soins spécifiques. En effet, cette maladie n'est pas une entité fixe, on parle plutôt des épilepsies que de l'épilepsie, dans un souci d'individualisation de la clinique. Mais justement, ces travaux théoriques tentent sans cesse de définir une psychologie spécifique de l'épilepsie. Une de mes perspectives sera ici de me situer parmi ces recherches, une autre sera le souci des soins possibles, parmi lesquels le yoga et la sophrologie.

Cette maladie est la huitième sur cent dans la liste de l'O.M.S., et la première cause d'hospitalisation en neurologie. Dans de nombreuses enquêtes, valables dans les pays industrialisés ayant un système de soins repérable, cette maladie concerne 6 à 8% de la population. Cette maladie laisse des séquelles neurologiques et mentales dans 20 à 30% des cas ; il existe aussi des crises "psychogènes", pour 5 à 10% selon les auteurs, et qui sont considérées comme résistantes. C'est dire que cette maladie n'est pas purement "neurologique" et, malgré les progrès de la médecine, les traitements pharmacologiques actuels sont insuffisants pour 15% des cas.

DEFINITIONS DE LA MALADIE

"Une crise d'épilepsie est l'expression clinique d'un dysfonctionnement d'une population de neurones organisée en réseaux plus ou moins complexes, et en état d'équilibre permanent entre des mécanismes excitateurs et inhibiteurs..."

Ce réseau peut échapper au processus de contrôle du fonctionnement neuronal normal. Ce dysfonctionnement peut être aigu, mais habituellement éphémère et ne représente alors qu'un phénomène réactionnel face à une agression cérébrale...

L'installation de la maladie - définie par la récurrence des crises - suppose a priori que ce dysfonctionnement soit permanent, mais activé par intermittence..."⁽¹⁾

Crise d'épilepsie ne signifie donc pas épilepsie, car 30 à 65% des crises n'ont pas de récidives. La capacité à convulser est le propre de tous, les réseaux neuronaux constituant entre eux des systèmes oscillants entre divers potentiels électriques. A la suite de cette définition "classique" de l'épilepsie, j'ai choisi de présenter les crises selon la définition de Bourguignon. Selon cet auteur, la voie motrice striée reste assujettie à la vie psychique, et ses activités ont une valeur fonctionnelle en rapport avec elle.

"L'appareil psychique est soumis continuellement à des excitations d'origines diverses, qui entraînent une tension qui a besoin de se décharger. Plusieurs voies de décharge se présentent alors : le système végétatif, le système relationnel (muscles striés, voies sensorielles, appareil psychique lui-même (par le rêve)..."

Chez l'adulte à l'état de veille, la voie motrice a perdu beaucoup de la fonction de décharge qu'elle avait chez le nourrisson... L'appareil psychique fait entrer en jeu le principe de réalité qui contrôle, maîtrise les excitations, diffère et fragmente la décharge des tensions... La voie motrice devient alors un outil au service de la vie psychique, elle peut cependant devenir transitoirement la voie principale

A ET LA SOPHROLOGIE ES D'ÉPILEPSIE

Yvonne RICHARD, éducatrice

Diplômée d'études supérieure de la Faculté Européenne de Sophrologie

de décharge, dans des cas comme le sport, la danse, la colère, le coït... Dans l'épilepsie Grand Mal, la voie motrice retrouve sa fonction quasi exclusive de décharge. Il se fait un retour paroxystique à un mode de fonctionnement archaïque, du fait de l'insuffisance fonctionnelle de cette voie psychosensorielle".

A l'appui de cette théorie, l'auteur cite l'étude ontogénétique de la phase paradoxale du sommeil :

"Au début de la vie, seule l'innervation motrice existe, et on assiste dans la phase paradoxale du sommeil du nourrisson, à d'importantes décharges motrices..."⁽²⁾

En effet, au cours du développement, les manifestations de la phase paradoxale diminuent, et à 7 mois, l'atonie complète caractérise cette phase (sauf pour les mouvements oculaires rapides). Un puissant mécanisme de blocage est déclenché par le locus coeruleus. Enfin, dans une expérience sur l'animal, six jours de privations de sommeil entraînent une baisse du seuil électro-convulsivant. Notre auteur peut donc conclure : "la décharge motrice dans l'épilepsie est bien en rapport avec la vie psychique".

M. Jouvett, quant à lui, souligne l'importance du rêve dans la construction de la personnalité : *"Mon hypothèse est que l'une des fonctions de l'activité onirique serait de reprogrammer chacun de nous au cours du sommeil pour faire que nous soyons différents l'un de l'autre... Considérer ceux qui vivent à l'hôpital psychiatrique dans une sorte de camisole chimique... On est surpris de la parenté de personnalité entre ces gens... La suppression de la reprogrammation caractéristique... accroît la dépendance à l'égard du milieu extérieur".*

Cette définition a pour moi l'avantage d'être aussi une recherche sur le psychisme de l'épileptique, et d'ouvrir sur des recherches en rapport avec des conceptions psychosomatiques de l'épilepsie.

Etiologie des épilepsies

30 % des épilepsies proviennent de pathologies néonatales. Cette fréquence des accidents autour de la naissance ne laisse pas indifférent. On peut songer que l'utilisation prophylactique de la sophrologie pourrait réduire ces chiffres et surtout la souffrance que vivent ces jeunes et leurs familles.

Ensuite, 25% proviennent d'états inflammatoires aigus, à l'occasion de maladies infectieuses. Et seulement 13% des épilepsies proviennent d'anomalies congénitales ou de malformations cérébrales. Enfin, 9% des épilepsies sont d'origine traumatique. Il est dans ces cas, bien difficile de savoir si l'accident est bien cause, ou conséquence de l'épilepsie.

C'est par exemple Karine qui a fait sa première crise à l'occasion d'une chute de vélo.

Mais cette chute ne provenait-elle pas d'une "absence" ? A cette époque, la maîtresse d'école la trouvait parfois "bizarrement distraite". En l'absence d'antécédents familiaux, les praticiens ont conclu à une origine accidentelle.

Lorsque la maladie survient hors d'une famille à antécédents, on parle d'épilepsie symptomatique, à l'opposé des épilepsies essentielles. Il reste qu'en fin de cette énumération des causes de la maladie et malgré les progrès de l'imagerie radiologique, 20 % des épilepsies restent d'origine inconnue... Elles sont dites "cryptogènes".

RÉSUMÉ

sophrologie, comme d'autres techniques, peut agir. Au minimum, elle peut participer à l'épanouissement de potentialités créatives qui revalorisent l'individu, et enrichissent la qualité de sa vie. Le but du yoga, lui, est la délivrance de la temporalité, l'indicible liberté. Elle passe par la purification physique et psychique, par la maîtrise des sens et l'ascèse. Une approche "par le dedans", par le vécu des malades a tenté de reconstituer l'unité du mal-être épileptique, et nous sollicite comme soignants, dans notre fonction contenant, en miroir, pour ces personnes débordées par les crises qui se saisissent de leur corps, avec la responsabilité de ne pas accroître la dépendance.

⁽²⁾ Bouvard, "L'épileptique et les autres", p. 83

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

Recherches neurophysiologiques

A partir d'expériences utilisant des substances toxiques, il a été trouvé des modifications histologiques et cytologiques au niveau du foyer de l'épilepsie, comme une raréfaction dendritique et neuronale, ainsi qu'une diminution des fibres gabaergiques (neuromédiateur inhibiteur, agissant au niveau post-synaptique, par l'intermédiaire des récepteurs liés aux canaux chlorés). Ces récepteurs gabaergiques sont sensibles aux barbituriques et aux benzodiazépines, qui étaient l'essentiel des premiers médicaments.

Mais si les mécanismes à l'origine de la décharge épileptique sont désormais facilement explicables (pour les neuro-physiologistes), les processus de l'épileptogénèse chronique sont plus difficilement explicables. Les modèles génétiques expliquent pourtant que 2 à 5% des enfants en bas âge convulsent à l'occasion de fièvres. Sur des jumeaux homozygotes, on observe en effet une maladie semblable en tous points : même âge de début, même type de crise, et même évolution de la maladie. Le rôle de facteurs génétiques est aussi mis en évidence dans les études où, dans des familles à antécédents, le risque de survenue de la maladie dans la descendance est multiplié par deux, voire par trois. Ce facteur héréditaire a été utilisé dans les théories de la dégénérescence pour accuser les familles d'avoir transgressé les lois religieuses sur la consanguinité, et faire de cette maladie une tare. Or, il apparaît maintenant que l'hérédité "n'explique" que 13% des épilepsies, soit pas même une sur six... Les causes de l'épilepsie sont donc les interactions entre facteurs acquis et facteurs génétiques sont difficiles à appré-

cier. Nous pouvons aussi penser qu'à partir d'une prédisposition héréditaire à convulser, les stress participent à l'évolution de la maladie, voire à son apparition. Cette optique laisse entrevoir une certaine marge de liberté dans cette maladie contraignante.

BILAN DES RECHERCHES

Une maladie tabou

A l'origine, l'épilepsie était décrite comme mal sacré ou mal diabolique. L'appellation "mal comitial" quant à elle, vient du fait qu'à l'époque de César, s'il faisait un mal épileptique lors des fêtes agricoles qu'étaient les "comices", le présage était mauvais pour la saison à venir. On interrompait alors cette réunion. Du côté du monde païen, les Sibylles imitaient les accès épileptiques pour rendre leurs oracles, et faire entendre le langage des dieux. Auparavant, à l'apogée des empires égyptiens, les esclaves étaient testés devant une roue interposée entre eux et le soleil. S'ils faisaient alors un malaise déclenché par photosensibilité, ils étaient chassés dans le désert, car la folie les guettait. Hippocrate, né en 460 avant J. C., a tenté d'imposer une vision plus rationnelle, excluant toute explication surnaturelle de l'épilepsie :

"Elle ne me paraît n'avoir rien de divin, ni rien de plus sacré que les autres, la nature et la source en sont les mêmes que pour les autres maladies... la vérité est que le cerveau est à l'origine de cette affection comme de toutes les autres grandes maladies"⁽³⁾

On voit que l'attribution du caractère divin

⁽³⁾ Hervé Beauschene, "Histoire de la psychopathologie", PUF, Paris.

ou diabolique sert aussi à masquer l'impuissance à guérir, mais cette attribution à des puissances de l'origine de ce mal permet de l'identifier ; les malades obtenaient ainsi un statut, les témoins un modèle de conduite pour se situer par rapport aux épileptiques. On sait aussi que l'épilepsie, réelle ou mimée, fait partie des techniques du chamanisme :

"A la différence du névrosé et du psychotique privé, le chaman n'a pas à se forger de toutes pièces la majeure partie de ses symptômes... il lui suffit de recourir aux nombreux procédés rituels que la culture met à sa disposition..."⁽⁴⁾

La "transe" n'est pas seulement symptôme, mais moyen pour obtenir un statut de guérisseur. La maladie est dépassée en trouvant un sens, elle est une condition pour guérir les autres. Pour les Occidentaux contemporains, l'épileptique n'a pas d'autre image culturelle que celle de la folie pour se désigner ou être désigné. Beaucoup vivent encore à l'hôpital psychiatrique, faute d'autres lieux. Cette absence de référence positive associée à la maladie, cette tache aveugle favorise le silence, le tabou ; dans cet espace, s'engouffrent les projections de témoins... L'ostracisme peut en découler.

La malédiction chrétienne

Dans l'évangile selon Saint Mathieu, Jésus guérit un enfant épileptique : *"Il parla sévèrement au démon qui sortit de lui, et l'enfant fut guéri à l'heure même..."*.

Le monde chrétien partage l'univers entre sacré et démoniaque, il n'y pas de troisième monde, comme celui des esprits, des djinns, pour s'interposer et faire communiquer ces univers, hormis le prêtre

exorciste ou inquisiteur. Le contact avec le "mal", comme par la sorcellerie, perturbe l'ordre divin et l'ordre moral. La maladie est désormais une faute, l'épilepsie une possession, le malade doit donc être exclu, on doit se préserver de son contact. La contagion morale peut aussi se confondre avec les peurs de contagion physique.⁽⁵⁾

L'épileptique est aussi tabou, car ses parents ont enfreint les lois excluant les mariages consanguins. Mais la charité chrétienne a agi, malgré ou à cause de son idéologie, et les épileptiques ont été accueillis à la suite des lépreux dans les hospices religieux... C'est aussi la population qui demande par pétition l'enfermement des épileptiques, dans certaines villes du sud de la France. Ils y rejoignent les vagabonds, les mendiants, les innocents. Comme le décrit Michel Foucault, *"ce qui va demeurer à cette époque (XVIIe siècle), c'est le sens de cette exclusion... (qui passe des lépreux aux fous et asociaux divers) et l'importance pour le groupe social de ces figures redoutables qu'on n'écarte pas sans avoir tracé autour d'elles un cercle sacré..."⁽⁶⁾*

La société d'alors se protège d'un désordre moral, exclue ceux qui ne produisent rien, plus qu'elle ne soigne. Les présumés idéologiques chrétiens demeurent pour certaines familles de malades : Pascaline, par exemple, demande après chaque crise à aller se confesser et cherche à savoir "ce qu'elle a bien pu faire au bon Dieu pour mériter ça !". Une autre jeune femme s'humecte le front d'eau de Lourdes dès qu'elle sent venir une crise. A mon sens, si ces rituels ont une efficacité pour rassérer les malades, c'est bien qu'en don-

⁽⁴⁾ C. Herzlich : "Anthologie de la santé".

⁽⁵⁾ C. Herzlich : "Anthologie de la santé".

⁽⁶⁾ M. Foucault, "Histoire de la folie à l'âge classique"

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

nant une signification au "mal", un destinataire à la souffrance, ils limitent le stress de la culpabilité, déprivatisent la honte.

La médecine aliéniste

C'est dans un second temps que la médecine trouve dans les hôpitaux "un vivier" pour élaborer un corps de sciences "aliénistes". La psychiatrie naît de ce rassemblement des exclus. Michel Foucault date de cette époque le début de la méthode clinique : "le domaine hospitalier est celui où le fait pathologique apparaît dans sa singularité d'événement."⁽⁷⁾

La maladie mentale, et avec elle l'épilepsie, devient objet de réflexion, de scrupules nosographiques, mais elle devient maladie du corps. C'est là l'essentiel pour la suite des progrès médicaux, bien que la distinction cartésienne - chrétienne - "corps-psychisme" ait du être remise en cause par la suite. Le sort des malades s'améliore pourtant avec Tissot et Pinel, défenseurs des droits de l'homme, alors qu'auparavant, on frappait les aliénés, on les aspergeait d'eau froide, etc. Les rééducations vers le droit chemin étaient violentes. Il s'agissait d'un traitement "moral" de la folie, en accord avec le système des causes de celle-ci : un affaiblissement de la volonté. Mais l'épilepsie est toujours un fléau social, un danger... Les théories sur la dégénérescence fleurissent, s'appuyant sur l'hérédité alcoolique, ou autres tares responsables de l'épilepsie. Chez Fere (1890), et aussi chez bon nombre de ses contemporains, les considérations hygiénistes abondent, attribuant cette maladie à "l'influence de l'ivresse au moment de la conception", "la masturbation déter-

mine quelquefois l'épilepsie... la pédé-rastie est aussi fréquente... il s'agit d'une dégénérescence..."; "Ils sont malformés, névropathes... fruits de l'inceste..."⁽⁸⁾

On voit que la qualité de la descendance contient celle de la race, et celle de propreté. Il s'agit d'éviter la souillure, de maintenir un patrimoine génétique propre. Ces conceptions perdurent pendant tout le XIXe siècle et il a fallu les progrès de l'électroencéphalographie réalisés par Lennox à partir de 1951 pour que soit infirmée cette théorie. D'autre part, la preuve biologique d'une transmission héréditaire de l'épilepsie n'existe toujours pas.

Epilepsie et procréation

Les préjugés autour de cette maladie ne sont pas liés à des progrès médicaux, ils se retrouvent encore de nos jours. Les idéologies et les peurs irrationnelles semblent bien imperméables aux progrès de l'information médicale. Dans une enquête de 1975 pour l'université de Lyon II, basée sur des catégories socioprofessionnelles représentatives, Monique Buisson montre la persistance des images associant l'épilepsie et le danger pour autrui ainsi que l'épilepsie et maladie mentale pour 80% des interviewés. En ce qui concerne l'origine héréditaire, on voit cette conception affirmée par 75% des personnes et même associée à une tare comme la syphilis, plutôt que comme bagage génétique.

Ces préjugés handicapent encore plus les épileptiques et leurs familles, qui doivent faire face à des suspicions de dépravation. Ils accentuent le désarroi des familles qui doivent enquêter dans leurs ascendances pour savoir si l'un des leurs était atteint. Cette enquête peut prendre des

⁽⁷⁾ M. Foucault, "Naissance de la clinique", p. 109

⁽⁸⁾ M. Buisson, "Images actuelles de l'épileptique"

allures de règlement de compte et de recherche de "brebis galeuse". Ceci les amène à ressasser une culpabilité supposée, et parfois à la rupture du couple, atteint dans son unité et dans son narcissisme. Le besoin de projeter le "mal" sur quelque ancêtre déculpabilise les parents qui, localisant le mal dans une "biologie" inéluctable, peuvent alors rester seulement des porteurs sains, de bons parents malgré tout. Du côté des jeunes, il devient difficile de se projeter dans la maternité et la paternité. Toujours selon cette enquête précitée, s'ils se marient "c'est à leurs risques et périls" ou alors "sûrement pas, pauvre vieux, puisque c'est héréditaire".

Scientifiquement, la procréation est pour tout possible sans risques pour la descendance si l'un des deux conjoints n'est pas épileptique. Mais des difficultés subsistent : qui gardera l'enfant, quand la mère fait des grands maux avec chute ou même des absences, si elle laisse l'enfant dans la baignoire quelques instants? (une absence pouvant durer jusqu'à plusieurs minutes). De plus, les contraceptifs oraux ne sont pas tous efficaces en association avec certains des médicaments les plus usuels. On voit que l'avenir pour un malade d'épilepsie est truffé d'embûches.

Lorsqu'un jeune est confronté à une prédisposition héréditaire à convulser, il peut opérer un clivage dans son ascendance et peut alors se sentir comme deux moitiés qui se combattent. C'est le cas de Christelle, jeune fille venue au centre à la suite d'un long conflit avec sa mère : "De toute façon, nous dit-elle, heureusement que je ne lui ressemble pas, car c'est sa grand-mère à elle qui m'a transmis cette saleté de maladie..."

"De toute façon, je n'aurai que des garçons", ajoute-t-elle naïvement.

Elle s'identifie heureusement à une image maternelle, mais associe la maladie épileptique avec une maladie transmise par les femmes. C'est une voyante qui lui avait affirmé qu'elle pouvait avoir des enfants, "puisque ce serait des garçons". Il lui a fallu l'intervention d'une personne figurant l'irrationnel pour qu'elle accepte l'idée de la maternité, et retrouve à travers elle une image moins péjorative d'elle-même. Elle reste cependant dissociée entre composante masculine et féminine.

La psychiatrie classique

C'est à l'époque de Bichat (1771) que *"la maladie se détache... de la métaphysique du mal à laquelle depuis des siècles elle était apparentée..."*. Avec la méthode clinique, la médecine devient attentive aux cas particuliers, à l'histoire du malade. Avec l'enracinement de la maladie dans le corps, c'est la recherche sur les constitutions psychopathologiques qui tend à prouver qu'il existe une entité nosographique épileptique. Esquirol, disciple de Pinel, l'avait déjà noté à Charenton dès 1838. Des troubles psychiatriques apparaissent en effet chez les épileptiques, pendant ou entre les crises, et retiennent l'attention des psychiatres, pour intégrer ces symptômes au corps de connaissance de l'époque. C'est ainsi que Mme Minkowska, élève de Kretschmer, décrit une constitution épileptoïde : à partir de 1920, elle observe à l'aide du test de Rorschach, des épileptiques et soutient l'existence chez eux d'une personnalité totalement imprégnée par l'épilepsie qu'elle baptisa "constitution épileptoïde" ou "glischoïde", selon l'étymologie grecque qui veut dire "visqueux", en référence à leur contact particulier. Elle reprit en 1946 les concepts traditionnels de Morel qui, en 1860, affirmait que l'épilepsie était une névrose for-

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

mant une entité pathologique parfaitement distincte et aux contours bien déterminés.

Quel est donc ce profil ?

"Irrascibilité naturelle, tendance mélancolique, susceptibilité exagérée...", Morel avait déjà noté *"leur air soumis, plaintif, leur fausseté, leur religiosité morbide"*, Minkowska ajouta à ce tableau *"l'affaiblissement intellectuel, leur lenteur d'esprit, la diminution de leur capacité d'apprentissage"*. Minkowska avait été aussi l'élève de Bleuler, et classifiait comme lui les épilepsies dans les *"névroses narcissiques bipolaires (autre nom des psychoses)"*, comme la cyclothymie et la schizothymie où les humeurs alternent entre dépression et euphorie. Elle introduisit après Kretschmer une conception des constitutions qui soulignait la solidarité des phénomènes psychophysiologiques. En s'appuyant sur des recherches anthropométriques héritées des découvertes coloniales, elle trouva confirmation de ses concepts dans bon nombre de cas.

Son analyse la plus connue est celle de la vie de Van Gogh qui pourtant ne faisait pas de crise grand mal. Il était pour elle le portrait type du malade épileptique, ce que sa peinture lui confirmait. Elle y voyait bon nombre de kinesthésies, comme dans les réponses d'autres épileptiques au test de Rorschach. Elle appuya, par des enquêtes généalogiques très discutées, la théorie de l'origine héréditaire de cette maladie. Son étude s'enrichit de conceptions "modernes" lorsqu'elle établit une relation de cause à effet entre les deux pôles de l'humeur épileptique, *"la viscosité des relations déclenche une stase de l'énergie qui aboutit systématiquement à la décharge, à l'explosion, puis à la dépression"*.

Cette conception de la stase rappelle celle

de Reich, son contemporain (1927), mais à l'inverse, elle n'aboutit pas à une thérapie spécifique. Son influence fut énorme. Wallon en 1925 publie *"La mentalité épileptique"* en reprenant l'essentiel des concepts de Minkowska.

Jusqu'en 1950, des auteurs publieront sur les thèmes de cette "maître à penser", alors même que dès les années quarante, l'E.E.G. permettait l'individualisation des composantes neurologiques. C'est avec Lennox qui fit des recherches intensives sur des jumeaux épileptiques que les théories constitutionnalistes déperirent et en 1968, au Congrès international de neurologie, la classification de H. Gastaut s'imposa, prouvant que même un E.E.G. normal selon l'époque, ne signifiait pas absence d'épilepsie.

Depuis, les progrès de l'imagerie ont permis de détecter des micro-lésions jusqu'ici passées inaperçues. Les progrès médicaux, la rationalisation croissante n'ont pourtant pas fait tellement évoluer les mentalités. Jusqu'en 1944, Greenson déclarait que *"la crise était la réalisation inconsciente d'une activité sexuelle défendue, ou celle d'un acte agressif pouvant inclure le meurtre"*. Ces assertions, issues du passé, ont accrédité l'image de l'épileptique dangereux et servent encore parfois en justice.

De même, l'enquête du laboratoire de psychologie clinique de l'université de Lyon, déjà évoquée, nous montre que les 7/8ème de la population interrogée considère que *"l'épileptique est dangereux pour eux pendant les crises"*. Quand il n'est pas fou, il reste perturbé mentalement dans la représentation communément admise. Le pouvoir des anciens aliénistes et psychiatres classiques dans la transmission de cette image de l'épileptique est à interroger, car il a redoublé du poids de l'auto-

rité les appréhensions irrationnelles communes. Avec le poids de la vie en institution psychiatrique, face à une telle fatalité, on peut mieux concevoir que les épileptiques aient quelques troubles de caractère, en réaction à la méfiance.

L'épilepsie dans la psychanalyse

Les précurseurs :

Le rôle des émotions dans le déclenchement des crises a été reconnu dès 1790

par Tissot, puis en 1883 par Gowers. Mais Lennox, avec le poids de son autorité, rejette toutes les tentatives de voir des facteurs psychiques dans l'épilepsie, et maintient cette maladie dans la sphère neurologique, contre les tenants du courant psychanalytique. Janet, en 1904, avait lui classé l'épilepsie dans le cadre des névroses sur le terrain psychasthénique. La conception était que l'épilepsie appartenait au terrain hystérique. En 1911, Stekel utilise l'analyse classique "pendant trois mois" (c'était alors la durée de la cure !) avec des épileptiques, et obtient des résultats positifs. Il avait étudié une centaine de cas. Pour lui l'épileptique a plusieurs caractéristiques communes avec l'hystérique. Tout d'abord, la perte de conscience produit une amnésie consécutive. Ensuite il se produit un rétrécissement du champ de conscience et une dissociation de la personnalité.

Mais par contre, la pulsion érotique qui semble mener la vie de l'hystérique se voit ici remplacée par l'agressivité, avec une tendance à la criminalité... Il a donc besoin de ses crises pour décharger ses pulsions ; les crises varient en fonction de la profondeur de la régression à "l'homme primitif".

La thérapie peut s'employer avec des épilepsies organiques, car la névrose utilise le mal organique pour se développer.⁽⁹⁾

En 1920, Clark, autre psychanalyste, s'adresse à des épilepsies essentielles. Il soutient, lui aussi, l'existence d'une constitution épileptoïde, avec une fixation au stade de l'identification à la mère. La crise serait régression vers celle-ci. Il utilise la méthode des fantasmes plutôt que la cure classique : c'est-à-dire qu'il cherche par l'imaginaire à construire de la libido maternelle, de réélaborer le narcissisme primaire, le but étant de trouver un dysfonctionnement de l'organisme en tant que tout. "Il faut tenir compte du psychisme, du corps et de l'environnement, comme dans toutes les choses..."⁽¹⁰⁾

C'est en 1928 que Freud publie "Dostoïevski et le parricide", analyse purement littéraire n'ayant jamais lui-même analysé d'épileptiques. Il maintient ce que les précurseurs avaient développé, à savoir l'inclusion des symptômes épileptiques dans ceux de l'hystérie, mais aussi l'existence d'un mécanisme "organiquement préformé" agissant dans les épilepsies organiques, plutôt qu'une prédisposition héréditaire. Dostoïevski illustre le cas de l'épilepsie affective où même un sujet non prédisposé peut faire des crises si toutes les voies de décharge sont bloquées par un conflit.

Kardiner, en 1932, situe l'épilepsie dans le cadre des névroses traumatiques. Le traumatisme provoque l'arrêt de certaines des fonctions de base du moi, les symptômes sont alors des tentatives d'abréagir le traumatisme : l'énergie accumulée ne peut être liée, à cause des faiblesses du moi ; elle se décharge anarchiquement dans les crises. La répétition intervient

⁹⁾ Selon Immisoz "Epilepsie, psychanalyse et psychothérapie", p. 70.

¹⁰⁾ Selon Immisoz, op. cité, p. 71.

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

pour tenter de lier cette énergie en régressant à l'époque de la naissance. Cette énergie est destructrice et agressive (comme pour Dostoïevski !) et s'il ne peut réussir une sublimation dans l'hypermoralité épileptique peut être... criminel. Les stéréotypes ont décidément la vie dure !

Les modernes :

Au fil de l'existence, certaines tentatives pour différencier l'épilepsie de l'hystérie se font jour. Pichon-Rivière, en 1944, constate que la régression au cours de l'épilepsie est plus profonde, que l'agressivité remplace la pulsion érotique et que la crise a plus le sens de mort que d'orgasme. Il s'oppose en cela à ce qu'affirmaient d'autres psychiatres, pour qui la confusion mentale post-critique favorise les délits ou crimes divers, "des gestes obscènes et des attentats à la pudeur". Depuis, la psychothérapie est communément utilisée en adjuvant à la chimiothérapie (qui a beaucoup progressé avec la découverte des barbituriques). Ces thérapeutes retrouvent peu de matériel spécifique qui fonderait une clinique. Ils utilisent en soutien pour les malades et leurs familles. Les résultats y sont constants, même si la psychothérapie n'est pas curative, elle stabilise les malades.

On peut, en guise de bilan, comme plusieurs auteurs, se demander si les investigations portaient sur un assez grand nombre de cas d'épilepsie vérifiés : mais aussi la démarche utilisée était-elle réellement clinique ? Le prêt-à-porter "Hystérie" ne s'est-il pas un peu trop imposé, comme parole du Maître ?

Approche transculturelle

On a pu, pour diverses raisons, mettre en

doute les similitudes entre "hystérie" et "épilepsie". Mais il se pourrait aussi qu'il en ait bien été ainsi, à l'époque de ces recherches. On sait maintenant que l'hystérie "classique" n'existe que beaucoup moins, alors qu'elle était très fréquente au début du siècle. Les symptômes évolueraient donc suivant les époques, et les types de société.

Selon G. Devereux, "*l'hystérie était en 1880 la névrose ethnique type de l'Europe occidentale*". Les épileptiques auraient pu alors avoir recours à des solutions culturelles pour désigner leur maladie, dont on a vu qu'elle était tabou, diabolique, pour le christianisme dominant. L'hystérie pouvait-elle être un "vêtement" culturel à leurs symptômes, plus valorisant car communs à beaucoup d'autres qui les désenclavaient de leur statut de fou. Car toujours selon G. Devereux, "*l'individu traumatisé peut échapper à ses difficultés par un usage abusif de matériaux culturels qui, non déformés, ne se prêtent pas à une utilisation symptomatique, ou encore, en isolant certains traits culturels irrationnels qui peuvent servir à des fins symptomatiques sans distorsions prévalables*"⁽¹⁾

Dans d'autres cultures, les choses peuvent aller autrement : Roger Bastide, ethnopsychiatre et spécialiste des cultures sud-américaines, a étudié les vertus curatives de la transe qui semble pouvoir se relier à la végétothérapie reichienne par le processus de l'abréaction : "*Dans la transe, la crise contrôlée par le groupe peut jouer un rôle salutaire*". Il cite H. Clouzot qui a donné l'exemple d'une épileptique dont il a suivi l'initiation au Vaudou : "*Ses crises s'étaient espacées immé-*

diatement pour disparaître au bout de quinze jours. Si les doigts de pieds et de mains restaient contractés, du moins ne constatait-on plus chez elle ni miction, ni morsure de la langue. Au lieu de s'abandonner à ses convulsions, elle se soulageait (ou se défoulait) en se mettant en état de saint."

D'après l'ethnopsychiatrie, on peut noter que cette personne a substitué à son symptôme personne, un symptôme ethnique, conforme à sa culture. Cette enveloppe culturelle a eu un effet thérapeutique sans doute en substituant au statut de malade celui plus positif d'initié. Les appartenances ont été refondues. L'initiation a aussi valeur thérapeutique par la catharsis, qui est un facteur opérant des cures.

L'apport des continuateurs de Freud a été de situer fondamentalement l'épilepsie avec les névroses actuelles. Elles s'opposent aux psychoses et aux névroses de transfert et comprennent l'hypocondrie, la psychasthénie, les névroses d'angoisse et les névroses traumatiques. Dans les névroses actuelles, l'étape du conflit intrapsychique est court-circuitée, la somatisation est pour ainsi dire immédiate. La réalité s'impose brusquement. Les fantasmatisations et les mises en forme imagées seraient comme "paralysées ou sidérées".

Plus particulièrement, la névrose traumatique désigne un type de névrose "où l'appellation des symptômes est consécutive à un choc émotif, généralement liée à une situation où le sujet a senti sa vie menacée... La crise anxieuse paroxystique peut provoquer des états d'agitation ou de stupeur, de confusion mentale. Le traumatisme... (qui revient sous forme

de ressassement, de cauchemar, de troubles du sommeil...) essaie de s'incruster dans une compulsion de répétition pour essayer d'abrégier le trauma ⁽¹²⁾"

Cette définition peut s'appliquer à l'épilepsie, car le sentiment d'être menacé dans la permanence de sa vie existe bien pour l'épileptique qui traverse bon nombre de dangers quotidiens. L'anxiété et la confusion mentale pré ou post-critique, mais surtout les troubles du sommeil (thèse essentielle de Bourguignon) sont eux aussi bien présents.

Ensuite je constate qu'au fil des recherches que ce ne sont plus seulement les émotions qui semblent cause des crises, mais que toute la vie affective du sujet influence sur la maladie. D'après Pichon-Rivière, "C'est une réaction totale de l'organisme à des situations vitales déterminées, la cause du symptôme, sa finalité, sa signification ne se différencient en rien du symptôme névrotique." Un consensus sur ces faits semble maintenant bien établi.

Approche psychosomatique

Toute l'œuvre de Chertock, spécialiste de l'hypnose se fonde sur le souci de réduire cette carence, et s'intitule de façon évocatrice "le non savoir des psy...".

Les courants psychanalytiques récents manifestent un regain d'intérêt pour l'hystérie de façon à comprendre les maladies psychosomatiques. Le débat a son importance, car le mécanisme d'influence du psychisme sur le corps n'est toujours pas élucidé. "Le terme psychosomatique est apparu en 1918. Heinroth, interniste allemand, l'utilise alors pour marquer l'influence de la sexualité sur l'évolution de la tuberculose, du cancer et de l'épilepsie... L'apport

⁽¹²⁾ Fernandez-Zoila, "Freud et les analystes," p. 196.

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

du freudisme est capital pour relancer ces dernières années les approches psychosomatiques... Tout débute avec l'hystérie, maladie clé dans le domaine du psychisme. La conversion hystérique explique les voies de toute transformation entre deux secteurs de l'être humain artificiellement séparés, l'âme et le corps, ou pour être plus actuel, entre les émotions et les dynamiques des pulsions d'une part, et d'autre part les espaces intra-corporels. Comment se fait cette conversion, comment est "choisi" l'organe qui va être investi, comment fonctionnent les intermédiaires entre ce qui est du domaine du signifiant et ce qui est le résultat du côté du signifié ? voilà ce que nul ne sait encore à ce jour avec exactitude...⁽¹³⁾

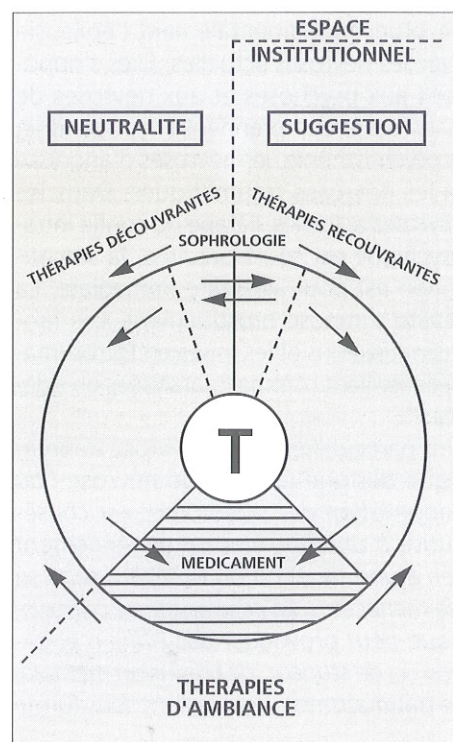
À mon niveau, je ne peux que constater l'état des recherches, mais il m'importe aussi de souligner qu'un des apports de Freud à la pratique soignante a été de théoriser le transfert et le contre-transfert. Or, n'est-il pas évident, dans la littérature psychiatrique, de voir que l'épileptique est décrit comme meurtrier potentiel, ou quelqu'un à la sexualité perturbée ? N'y aurait-il pas ici quelques projections ? Si, comme Freud le décrit dans "Totem et tabou", le tabou est une défense sociale contre le meurtrier (celui du père, en particulier), pour l'inconscient, il peut y avoir équivalence, et si l'épileptique est socialement "tabou", c'est qu'il est potentiellement meurtrier.

Les fantasmes de mort ou de meurtre sont-ils présents chez tous ? En tout cas, ils apparaissent fréquemment chez ces médecins qui corroborent cette image sadique de l'épilepsie... Finalement, je suppose, quant à moi, qu'il s'agit d'une réaction contre-transférentielle à la vision

de "grands mal", où la personne convulse, puis passe par un moment de coma, très impressionnant, même après accoutumance. C'est d'une confrontation avec l'agonie et la mort qu'il pourrait s'agir, du point de vue du fantasme.

Du côté du contre-transfert des témoins, la comparaison avec l'orgasme est aussi assez fréquente, d'où provient sans doute ce caractère d'obscénité, d'impudeur attribuée aux épileptiques. Ceci est aussi souligné par certains jeunes qui vivent avec jouissance leurs crises. Mais, peut-on généraliser rapidement ce qui n'est peut-être que reconstruction a posteriori de la part du malade ?

Pendant la souffrance neurologique de la crise, une production d'endorphines



⁽¹³⁾ Fernandez-Zoïla, "Freud et les psychanalystes", p. 196

agirait-elle pour la faire supporter à l'organisme ? Tomatis parle même d'auto-électrochoc. Ensuite seulement, le malade l'associerait avec ses autres expériences de plaisir. De la part du témoin, il s'agirait alors de ramener "l'inquiétante étrange" de ce corps convulsé à quelque chose de connu. Pour certains une crise est obscène. Au minimum, les convulsions qui traversent le corps donnent une image de force violente. Le spectacle est alors celui d'un corps, et non plus d'une personne, car la relation est coupée, sans regard vers l'autre. Ce corps sans relation est choquant. Epilepsie veut bien dire surprise, certainement pour le malade, mais aussi pour le témoin. Il s'agit d'accepter cette confrontation avec une réalité étrange, sans se réfugier immédiatement dans des images sclérosantes, défensives, autrement dit d'être au clair de son propre contre-transfert.

Il se peut aussi que dans les réactions de défense face à la crise, l'épileptique, avec sa mort apparente, joue un rôle de catalyseur, comme certains thérapeutes qui souhaitent se tenir "à la place du mort" dans un rôle silencieux, pour mieux faire élaborer à l'analysant une approche d'un réel insoutenable. Ici, les rôles seraient inversés, le soignant "saisi", obligé de se déterminer, de se situer face à une radicale impossibilité d'identification. En ce qui me concerne, j'ai dépassé "l'inconnu" des crises en pensant aux transes et exorcismes divers des sociétés traditionnelles, où la mort n'était pas autant occultée qu'en Occident. Avec cette image personnelle, je stabilise mes réactions en acceptant de ne pas intervenir soit pour "réveiller" le soigné, soit pour craindre une mort par étouffement. Il m'est maintenant possible d'attendre le rétablissement spontané du tonus et du contact

habituel pendant la période confuse qui suit souvent les crises.

Du côté des malades, il reste à noter que les épileptiques se suicident beaucoup plus qu'une population ordinaire.

La maladie épileptique mène assez souvent à la dépression, vu l'impossibilité à mener une vie ordinaire, à se projeter dans le futur. Elle est une atteinte narcissique constante, et même des soins appropriés et dévoués ne suffisent pas toujours à maintenir une confiance en soi menacée. Le soignant est parfois confronté à de telles éventualités.

C'est sur ce fond dépressif que la sophrologie, comme d'autres techniques, peut agir. Au minimum, elle peut participer à l'épanouissement de potentialités créatives qui revalorisent l'individu, et enrichissent la qualité de sa vie. Nous avons vu dans la psychiatrie se dégager progressivement une objectivation possible d'un caractère épileptoïde, que la psychanalyse a ensuite infirmé, tout en gardant de l'approche psychopathologique l'image très négative de l'épileptique à peine sorti du statut de fou, et meurtrier en puissance.

Se dégage-t-il vraiment de la clinique actuelle les bases d'une psychologie de l'épileptique ?

Bridge, en 1994, inverse, lui, la causalité en soulignant que "ce qu'il est convenu d'appeler la personnalité épileptique se présente dans une grande mesure comme la réaction des patients aux problèmes et aux situations créées par la maladie elle-même". Il s'agit toujours d'analyser le rapport à l'autre, de part et d'autre du côté du social, et du côté du vécu individuel, sans minimiser ni maximaliser les différences.

On sait aussi que le rejet des différences a conduit les épileptiques vers les chambres

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

à gaz pendant la dernière guerre avec d'autres exclus. Le poids du rejet aggrave d'autant la maladie, par un effet systématique.

Pour la sophrologie, nous constatons tout d'abord un phénomène fondamental. Le passage fréquent au niveau sophro-liminal lors des crises, qui sont des comas, peut favoriser le passage à la conscience de matériaux préconscients ou inconscients. Cette vulnérabilité, liée aussi à des troubles du sommeil, qui ouvre vers des domaines habituellement censurés, et sans doute faits pour rester inconscients, peut probablement marquer une personnalité.

Ensuite, il nous semble aussi qu'une "cuirassée caractérielle" (au sens reichien du terme) et sans doute une des choses les mieux partagées au monde, puisse être un facteur aggravant la fréquence des décharges convulsives, du fait de la défaillance des systèmes pare-excitations.

Par contre, la végétothérapie ne peut être utilisée parmi les soins possibles de l'épilepsie. Elle est même totalement contre-indiquée, puisqu'elle utilise le tremblement comme abréaction là où justement les abréactions n'aboutissent justement, pas, de crises en crises ? D'autre part, la respiration, clé de voûte de cette thérapie, peut être un facteur déclenchant des malaises, pour certaines épilepsies.

Ce parcours dans l'univers de la psychiatrie et de la psychanalyse m'a semblé jusqu'ici contradictoire et peu convaincant de soins spécifiques possibles pour cette maladie lourde à porter. C'est pourquoi il m'a semblé important de poursuivre avec d'autres auteurs ce questionnement. A mon sens, s'il y a vraiment une psychologie particulière de l'épileptique, c'est maintenant pour moi, en conséquence des atteintes à l'image du corps

faite par la maladie et non en vertu d'une causalité héréditaire ou constitutionnelle. Ce sont des perspectives qui font l'objet de la suite de ce travail.

PERSPECTIVES

La psychoréflexologie

Dans cette enquête sur une spécificité éventuelle de l'épileptique, dont j'ai retracé quelques-unes des controverses, je remarque qu'éclairée par la psychosociologie et les recherches anthropologiques sur la maladie, la notion de constitution épiléptoïde s'est vue débarrassée de quelques préjugés culturels, mais que les travaux de psycho-physiologistes réaffirment l'importance des troubles du sommeil et du rêve, donc. J'ai ensuite cherché à savoir, en conséquence, si l'imaginaire des épileptiques pouvait véhiculer des contenus spécifiques.

C'est chez Gilbert Durand, élève de Bachelard et fondateur d'une archétypologie que j'ai trouvé l'affirmation d'un imaginaire propre à chaque type de structure mentale, mais non spécifique à un mode pathologique. Durand fonde son entreprise sur les travaux de Betchever (1857-1927) qui à l'époque de Pavlov, fut élève de Fleischig et Wundt.

Il créa une "psychoréflexologie" à partir de la neurologie. Par ses travaux, Durand souhaite remédier à une grande carence dans les sciences humaines qui dévaluent l'imaginaire et ses symboles, qui seraient uniquement de pâles reflets de la réalité fétichisée. Pour lui, les symboles ne sont pas des signes (d'autre chose d'un ailleurs) mais contiennent leur propre sens. Ce travail se présente comme une classification des imaginaires selon trois réflexes fon-

damentaux chez l'enfant humain. En ceci il fait œuvre d'anthropologie comme le titre l'indique : "Structures anthropologiques de l'imaginaire".

La première dominante serait la reconnaissance de la verticalité, ceci de façon privilégiée pour l'être humain. Les tenants de la psychanalyse considèrent qu'elle fait référence au père. La seconde dominante concernerait les réflexes de succion, d'avalancement. G. Durand cite en exemple de mythe s'étayant sur un plaisir d'organe, grâce à la pulsion, l'histoire de Jonas avalé par une baleine. Ces dominantes seraient des structures sensori-motrices, véritable système d'accommodation originaire (au sens de Piaget), auxquels doivent se référer toutes les représentations dans les processus d'assimilation qui constituent le symbolique. La troisième dominante, elle, ne provient pas de travaux de Bettelheim, mais de l'ethnologie, où l'auteur remarque que la sexualité, si elle n'est même pas innée chez l'animal est une activité cyclique, rythmique accompagnée de danses nuptiales, et réalisée par des mouvements rythmiques. Beaucoup de jeux de l'enfance sont aussi sous cette dominante "rythmique copulative" ... Ces trois réflexes primordiaux forment et modèlent la psyché. Il y a genèse réciproque entre le geste pulsionnel et l'environnement, une étroite concomitance entre les centres nerveux réflexes stimulés par l'extérieur et la représentation symbolique interne.

En ce qui concerne l'épilepsie, G. Durand démontre qu'elle est classable avec la mélancolie. Ces structures du "régime nocturne" (maternel) sont caractérisées par l'obsession de l'intimité, par une fidélité tenace à la quiétude primitive, gynécologique et digestive, s'opposant au "régime diurne" de l'image où règnent les matrices de la dominante posturale

verticale, depuis la technologie des armes, les rituels d'élévation et de purification. Parmi les nombreux exemples cités, on trouve : l'arbre au milieu du monde des chamans, le balai des sorcières, la croix de Jésus, etc.

Dans le régime nocturne de l'imaginaire, une première structure se révèle, celle du redoublement et de la persévération. Pour Rorschach, la persévération dans l'appréhension des parties est le symptôme central de la viscosité épileptique. Un sujet percevra d'une façon stéréotypée toutes les formes similaires, même si elles ne sont que des détails. Dans l'épileptoïde, c'est la persévération sur les grands détails qui domine.

Une seconde structure, l'agglutination, se révèle aussi fréquemment dans les mécanismes de pensée, qui n'est plus faite de distinctions mais de variations sur un seul thème. Cette "ixothymie" ou "glyschoïdie", se caractérise par la minutie, la méticulosité et le ralentissement. Le goût de la routine et les scrupules sont fréquents. Chez Van Gogh, peintre épileptique, même s'il ne convulsait pas, on trouve dans ses premiers tableaux la plupart du temps des scènes d'intérieur (première dominante), on retrouve dans sa vie ce grand besoin de se lier à une communauté d'amis, une coopérative de peintres. Le style de sa peinture a été taxé de cosmique. Or, Minkowski montre que, dans l'épilepsie, tout se rattache, se confond, s'agglutine et trouve par là un prolongement vers le cosmique, vers le religieux. Cette nécessité de tout relier n'est-elle pas évidente dans les toiles aux tournesols, dans la manière de peindre en tourbillons qui relient ciel et terre, l'onde du mouvement traversant toute la toile ?

En linguistique appliquée à la psychanalyse, cette "glischoïdie" est mise en évi-

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

dence dans bon nombre d'écrits ou abondent les verbes et spécialement ceux qui évoquent un lien entre deux éléments, un lien à l'autre. Dans cette archétypologie, structurant d'une autre manière que celle de Jung (auquel il fait à l'occasion référence), l'immense corpus des rêves, mythes et légendes, nous voyons que l'épileptoidie véhicule des valeurs d'introversi- on, de religiosité aussi qui le font classer dans les structures mystiques de l'imaginaire.

On voit mieux maintenant le lien avec la mélancolie, où la personne vit une culpabilité totale, englobant l'univers des autres qu'elle intériorise. Le lien avec la mère est constamment présent dans cet imaginaire par l'empreinte des prédominances orales-digestives (premiers lieux de la mère), et dans le sentiment cosmique, l'enveloppe protectrice de la mère étant projetée aux dimensions du monde. Le refus de trancher, de se séparer, qui caractériserait la "viscosité" corroborerait pour nous l'hypothèse d'un lien spécial à la mère, à qui l'enfant appartiendrait par son corps, et que la maladie empêcherait de distendre suffisamment le lien avec la mère pour qu'il existe de façon séparée. Ce long cheminement dans la conception anthropologique de l'imaginaire nous amène donc :

- A considérer que la maladie épileptique entraînerait bien la formation d'un "caractère" correspondant, qu'elle a une influence sur l'imaginaire comme le confirme Rorschach, qui révèle des réponses spécifiques.
- A situer cet imaginaire comme l'une des facettes parmi les nombreux archétypes vécu par l'homme, malade ou sain.
- A distinguer l'épilepsie de la psychose, qui pourtant apparaît fréquemment sur ce terrain.

En effet, bien que le lien à la mère soit très présent, car elle fait fonction de contenant et d'étayage, "cette constitution" est bien loin de l'univers du schizophrène comme l'indiquait déjà Kretzmer, malgré la force du lien avec la mère souligné par de nombreux auteurs. Dans cette pathologie, le rêve, l'imaginaire réémergent dans l'hallucination, alors que dans l'épilepsie, suivant la thèse de Bourguignon, il réapparaît dans la décharge motrice. G. Durand situe lui aussi la schizophrénie dans un registre opposé à l'épilepsie, dans le registre diurne de l'image, avec prédominance de la distance, de l'intellectualisation. A supposer de plus en plus que l'épilepsie se situe, avec d'autres maladies "psychosomatiques" dans un ordre où l'imaginaire est perturbé, ici, c'est plus particulièrement le rêve et ses fonctions qui sont perturbés, alors que dans les maladies strictement "psychosomatiques", l'imaginaire serait pour ainsi dire "forclos". L'épilepsie se distingue donc très bien de l'hystérie, donc des conversions, comme des névroses actuelles comme les somatisations et hypocondries.

Mais il convient avant d'utiliser le terme "psychosomatique" d'en donner quelques définitions. Pour Fernandez-Zoïla, "il y a un destin spécifique des conflits psychiques chez les malades à orientation psychosomatique". Christophe Desjours, lui, ajoute : "Le processus de somatisation apparaît lorsque le sujet n'est pas capable de traiter mentalement les contradictions qui pèsent sur lui".

Approche "quantique"

Le débat sur l'unité psychosomatique de la personne est d'une grande actualité et d'une importance cruciale pour nous, sophrologues. Dans ses travaux, Léon Chertock affirme même : "Un phénomène

purement mental peut intervenir d'une manière directe sur les processus les plus profondément organiques". Il ajoute "qu'entre le fonctionnel et le lésionnel... la différence n'est que quantitative, dans la plupart des cas, une lésion se constitue à partir d'une perturbation d'ordre fonctionnel."⁽¹⁴⁾

C'est donc à une reconsidération d'un "organique pur, d'une matérialité pure" du corps que tendent ces analyses de L. Chertock. L'unité du vivant, du corps et du psychisme ne sont plus des abstractions pour nous, à l'heure où la physique moderne a déconstruit le mythe de la matière.

Comme nous l'indique David Bohm, "la physique moderne a déjà montré que la matière et l'énergie sont deux aspects d'une même réalité. L'énergie agit au sein de la matière et qui plus est, l'énergie et la matière peuvent être converties l'une en l'autre".

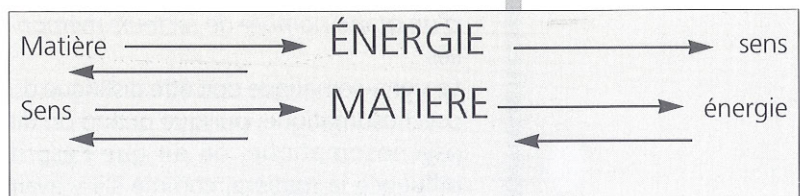
Entre le soma et la psyché, s'établissent des relations mutuelles se schématisant comme suit, selon mon niveau actuel de compréhension :

"Soma-signification veut dire que le soma est signifiant, porteur de sens au niveau supérieur. Signa-somatique veut dire que la signification a une action somatique à un niveau plus manifeste".

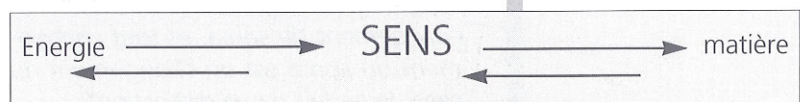
Ce processus présente les trois aspects suivants :

Le soma, la signification et une énergie qui transporte la signification du soma vers un niveau plus subtil, et qui produit un mouvement en retour pour laquelle la signification agit sur le soma.

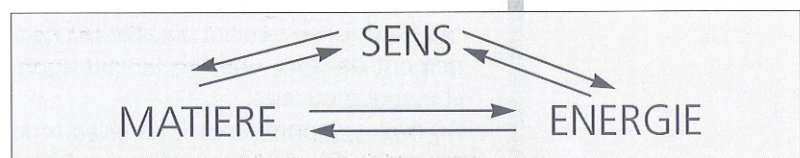
L'énergie contient en elle la matière et le sens.



Mais le sens lui aussi contient la matière et l'énergie "impliées". C'est en s'interrogeant sur le sens qu'on fait des découvertes sur la matière et l'énergie.



Chacune de ces notions contient les deux autres repliées ; c'est par cette capacité à se contenir mutuellement que l'ensemble forme l'unité.



La matière contient repliée l'énergie et l'énergie contient repliée la matière, par le biais du sens. Le sens renvoie directement à lui-même, par contre matière et énergie ne peuvent faire référence à elles-mêmes qu'indirectement, et avant tout, par le biais du sens.

Applications à la sophrologie

D. Bohm tire des conséquences importantes de cette circulation de l'énergie entre matière et esprit. "La réponse physique de l'être humain est entièrement et profondément affectée par le sens que prennent pour lui les événements. Un changement de sens peut modifier complètement sa réponse, ce sens dépend

⁽¹⁴⁾ Léon Chertock, "Le non-savoir des psy".

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

d'un grand nombre de facteurs mémorisés".

Le signa-somatique doit être distingué du psychosomatique, puisque quand on dit psychosomatique, on dit que l'esprit influence la matière, comme s'il y avait deux substances différentes !

"Ce que je dis, moi, c'est qu'il n'y a qu'un seul flux, et qu'un changement de signification est un changement dans ce flux. Ainsi tout changement du sens est un changement de soma, et tout changement du soma est un changement du sens. Je ne fais pas la distinction".

Nous voyons ici comment la sophrologie peut agir : en changeant le sens des événements dans l'élaboration de projets existentiels, "en renouvelant la structure du sens à l'œuvre dans toute expérience", mais surtout en rendant possible ce changement de sens, une fois la voie signa-somatique ouverte.

Au niveau sophro-liminal, les réseaux de neurones peuvent se modifier, recruter de nouvelles populations de neurones, en un nouveau "filet synaptique", car le seuil de réaction est abaissé. C'est une condition nécessaire. Un filet synaptique stimulé à son maximum ne reproduira que des schèmes déjà connus. Par contre, la réponse, en cas d'abaissement du seuil de réaction sera probablement modifiée, un souvenir négatif pourra progressivement être réinvesti, réaménagé, par associations avec d'autres souvenirs moins négatifs, et surtout, par abréaction émotionnelle, métamorphosant le sens donné à cet événement.

Le préjugé occidental-chrétien-cartésien d'une personne duale, constituée d'un corps et d'un psychisme tombe à la lumière de ces approches psychophysiques contemporaines, heureusement vulgarisées par D. Bohm, J. Charon et retransmises par

Jean-Pierre Hubert. Les philosophies orientales s'étaient déjà rapprochées de ces concepts, quand elles n'en sont pas la source.

Dans le bouddhisme Mahayana, il est dit aussi que les objets sont en réalité des événements, que les particules subatomiques (qui forment la matière) sont des structures dynamiques, des événements plutôt que des objets.

La sophrologie, avec ses sources orientales, semble une méthode privilégiée de dialogue signa-somatique, mais, quel que soit l'état de débat philosophique et scientifique, devant les malades que nous côtoyons, ce qui importe, bien sûr, c'est de soulager la souffrance. Il importe d'autant plus de soulager vraiment sans approches fictives ou sentimentales qui seraient autant d'emplâtres sur des jambes de bois... Les diverses approches orientalistes ou celle de la physique quantique sont autant de moyens d'hygiène mentale, d'ouvertures nécessaires à un recul critique de nos normes et préjugés. Le changement de valeur donné à un événement n'est plus fictif, imaginaire ou idéologique. Il est inscrit dans le seuil de réaction des neurones concernés.

Ce débat, sur l'interaction corps-esprit entre psychanalystes ne fait semblé-t-il que commencer en s'enrichissant continuellement comme nous le montre ce rapport de la mission interministérielle pour la recherche, paru en 1990 :

"Néanmoins, de nouveaux postulats existent, qui assurent la possibilité d'une construction unitaire et scientifique de l'organisation du vivant complexe, et qui reposent sur :

- *Le passage d'un modèle causaliste déterministe, à un modèle probabiliste où l'indétermination est possibilité d'émergence de qualités nouvelles,*

• La remise en cause d'une position d'objectivité de l'observateur par rapport à l'objet observé,

• La substitution au temps classique, statique et linéaire, d'un temps caractérisé par le principe d'irréversibilité et de changement des états, impliquant à la fois la possibilité de processus de récursivité et de seuils de bifurcation. ⁽¹⁵⁾

En ce qui concerne l'épilepsie, je soulignerai l'intérêt de l'hypothèse d'une mémoire cellulaire : "Le savoir de nos cellules représente des racines qui plongent dans un passé se situant bien avant la naissance, car l'électron est doté d'une vie pratiquement éternelle... sous forme d'informations classées et ordonnées" ⁽¹⁶⁾

*Je vis dans la terreur incessante,
comme un épileptique
dans la terreur de l'attaque...*
Baudelaire

La condition épileptique

Ce qui caractérise le discours médical sur l'épilepsie, c'est que la crise, présentée comme l'effet d'une altération cérébrale, devient en retour la cause, la responsable d'altérations successives de plus en plus étendues dans le cerveau. La crise ne se limite pas à indiquer, signifier l'altération, elle est toujours imaginée comme menace d'autres catastrophes. Au moment de la crise, l'autre est étranger, le possédé, avec qui nulle identification n'est possible : l'autre est là en tant que spectateur voire relateur de ce que l'épileptique produit sans le savoir. A son réveil, l'épileptique va découvrir que les autres ne veulent plus qu'il partage la même image de la réalité

extérieure. Il doit apprendre à vivre dans un univers bouleversé et menaçant.

"L'épileptique sera alors mis par les autres dans un univers dangereux et mortifère, entouré d'objets maléfiques. Les objets perdent leurs fonctions habituelles pour devenir des objets prêts à blesser ou à tuer. Toute surface solide, tout plan d'appui, même le sol, est là pour ouvrir la tête et blesser, toute flamme est là pour brûler..." ⁽¹⁷⁾

La crise a eu le pouvoir de transformer l'univers extérieur en un unique objet persécuteur... Mais cette modification du "dehors" fonctionne de manière autre que projective. C'est le verdict de l'autre qui proclame que tout l'environnement, toute la réalité sont devenus mortifères pour le sujet. Et l'impossibilité de s'identifier à l'épileptique dit l'impossibilité d'imaginer un seul instant qu'on puisse soi-même vivre dans un univers qui soit seulement persécuteur mais dit aussi la nécessité d'y faire vivre l'épileptique.

La crise crée un hiatus dans la continuité de la conscience, un moment où les fantasmes s'engouffrent activement. Le corps, le moi donc, ne joue plus son rôle de pare-excitation, l'imaginaire, à la suite de cette irruption, tente de reconstituer une continuité du moi, en essayant par tous les moyens de "faire parler les crises".

"C'est parce que l'homme a des réactions de panique devant le manque de réactivité de la matière qu'il lui faut nier ce manque de réactivité et, pour maîtriser sa panique, il est poussé à interpréter les événements et à lui attribuer des significations qu'ils n'ont pas, afin de pouvoir les interpréter comme des réponses."

⁽¹⁵⁾ Billiard Isabelle, Désorganisation et processus de somatisation : les pathologies organiques, objet du débat entre sciences du vivant et psychanalyse, M.I.R.E., 1990

⁽¹⁶⁾ Hubert Jean-Pierre, Traité de sophrologie, tome 1, p. 159-160

⁽¹⁷⁾ Harrison-Covello A., "Perspectives psychiatrique, 1983, n° 94

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

"Si aucun stimulus susceptible d'être interprété comme une réponse ne survient, l'homme tend à lui substituer une illusion, voire une hallucination. Ce besoin humain apparaît bien comme étant le trait fondamental de l'esprit humain." ⁽¹⁸⁾

Bien sûr, en ce qui concerne l'épilepsie, il s'agit plutôt à un début de crise d'une trop grande réactivité mais cette citation m'a pourtant paru juste en ce qui concerne le besoin des malades de donner une signification aux crises. Du point de vue du patient, il est rare que l'interruption de conscience soit acceptée. Lors des absences et des crises, le laps de temps écoulé n'est pas perçu, même comme un "blanc". C'est par des signes pré-critiques appelés "auras" que le malade sait qu'il vient de lui arriver une crise, à moins qu'il ne découvre sur son corps des blessures. C'est sans doute avec une inquiétante étrangeté qu'il se découvre alors dans le regard de l'autre car pour lui l'interruption de conscience n'est pas une perte de contact : "On me dit que ça dure dix minutes, mais moi je me retrouve aussitôt dans mon lit". Cette suspension de la conscience fait que le malade échappe totalement à la souffrance que nous croyons voir, nous, dans la chute, dans les cris, les convulsions. Il ressent bien pourtant un malaise post-critique parfois douloureux (migraines, crampes...) ou de la confusion, une intense fatigue qui le fait s'endormir "comme au retour d'un grand voyage", mais sans commune mesure avec la souffrance atroce que nous croyons y voir.

Contre-transferts

C'est ainsi que "les modifications de l'expérience vécue du temps caractérisent les

structures des différentes maladies psychiques", selon une approche phénoménologique. C'est donc dans le regard du témoin que l'épileptique reconstitue son vécu, il doit alors admettre ce savoir de l'autre sur lui, et adopter les réactions de l'autre. Ce retour de la conscience à l'éveil est le moment d'une grande suggestibilité, où les dépenses liées à la perception du corps ne sont pas encore présentes, et où le témoin peut transmettre sa panique, sa version des faits, son univers émotionnel. La communication non verbale importe beaucoup.

Le vécu du malade et celui du témoin restent incompatibles et difficilement intelligibles par le patient qui s'inquiète de ce qu'il a pu faire et être pendant ce laps de temps non vécu. On mesure alors la dépendance au témoin.

C'est Agnès, qui, subissant des crises déambulatoires, insistait pour connaître tous les détails de sa crise, en me demandant même d'engager ma parole, pour être sûre qu'elle n'avait pas commis d'actes agressifs ou violents à son insu. Je me suis aperçue ensuite en conversant qu'elle s'imaginait que son comportement "ignoble" pendant les crises était la cause du rejet de sa mère.

Elle ne pouvait accepter d'avoir perdu le contrôle de soi, mais surtout que ses crises n'aient pas de significations pures.

Elle voulait garder le secret sur cette haine familiale et pensait avoir trahi tout le monde. Il est certain que le "moi" à ce moment ne contient plus les excitations physiologiques mais ce n'est pas pour autant que des contenus préconscients ou inconscients y apparaissent systématiquement, comme je le croyais naïvement à mes débuts.

J'ai appris depuis que si significations il y a dans les menus détails d'un geste, lors d'une crise, c'est pour le neurologue qui, en étudiant minutieusement les localisations cérébrales concernées, cherche à déterminer un éventuel foyer épileptogène, dans une longue et patiente analyse. Pour Devereux, c'est cette non signification radicale des crises qui permet toutes les projections : *"les manifestations de l'épilepsie ne sont pas porteuses de sens en elles-mêmes, c'est l'entourage qui va en donner un, et, comme elles échappent à la puissance de l'homme, on va les attribuer à une force supérieure, c'est-à-dire aux dieux"*.

Le soignant est responsable de ses projections, de ses attitudes à ces moments plus particuliers. Il doit s'être expliqué avec sa mort même, pour ne pas renvoyer (trop) d'angoisses.

C'est aussi Esmeralda, qui projetait à la suite de ses crises une facette d'elle-même. Comme elle dansait pendant ses crises partielles, elle s'imaginait que sa véritable personnalité était d'être danseuse professionnelle.

J'ai donc compris, en écoutant ces jeunes, que la réalité de leur maladie ne pouvait qu'être habillée d'imaginaire, devant l'insoutenable d'un réel soi-disant détenu par l'autre, qui devient alors facilement "le grand autre", sujet supposé savoir pour l'autre. Ces catégories lacaniennes peuvent nous éclairer sur nos contre-transferts.

Après avoir exposé quelques facteurs qui montreraient l'existence d'une structure psychologique propre à l'épilepsie, les exemples qui suivent montrent que même sur une base psychologique commune les réponses adaptatives du moi aux traumatismes de la maladie sont variées et individualisées, en fonction de divers méca-

nismes de défense.

En choisissant l'exemple d'Alix, j'ai tenté de montrer à quel point le malade pouvait être rejeté, péjoré ; mais surtout à quel point la personne pouvait s'identifier à la dévalorisation subie, se l'incorporer suivant le mécanisme de l'introjection. Au lieu de se construire, au contact de jeunes malades, une image tolérable d'elle-même, elle accepte de but en blanc le verdict de rejet, ne construit plus sa propre conception de la maladie, pétrifiée qu'elle est sous le regard d'autrui qui la contient et dont elle se constitue...

Une autre solution consiste dans l'isolation : "Moi, je vais bien, mais c'est mon cerveau qui disjoncté..."

Même si l'optimisme transparait dans ces propos, il est troublant de voir qu'il a en quelque sorte fait la part des choses, qu'une part de lui est "maudite". Quel équilibre peut-on atteindre au prix de ce clivage ? Plus courant parmi les malades et leurs familles, l'usage de la dénégation permet de changer le sens de la maladie. "S'il s'agit de ses nerfs" ou "c'est sa grande émotion", alors il n'y a plus de cause intrinsèque à ce drame, "c'est qu'elle a un tempérament d'artiste", m'a-t-on dit un jour pour expliquer les crises. La maladie est niée. Le bénéfice est bien réel, puisqu'alors c'est l'environnement qui est nocif.

Malgré tout les dangers de cette attitude existent puisqu'elle peut faire négliger la prise de médicaments, amener des conduites à risques (natation, ou conduite automobile, par exemple).

Il nous reste à décrire le cas de malades qui, au contraire, acceptent totalement leur maladie au point de s'en faire une identité et de la présenter à tout venant "sans pudeur" pourrait-on presque dire, en tout cas sans souci des réactions des

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

autres, comme s'ils jouaient leur va-tout dans des relations nouvelles. C'est ainsi que des jeunes avec qui je participais à des randonnées ont annoncé dès leur arrivée leur maladie, leur désignation, alors que j'avais soigneusement escamoté ce fait, sauf aux services de sécurité.

Ce besoin d'exister à part entière devant l'autre, de rompre avec la "honte", avec ombres et lumières, se comprend aisément. Mais il me semble certain qu'elle ne favorise pas l'insertion des malades, car l'intolérance à la différence, la peur de la contagion même, d'une souillure subsiste fortement dans notre société de compétition, où il convient de dissimuler toutes les ombres.

Certaines personnes ayant bâti leur existence sur la lutte contre cette maladie font vraiment "carrière de malade" et sont aussi très actifs dans les associations de soutien aux malades. Paradoxalement, ils se resocialisent par là même où ils ont été le plus exclus, ancrant ainsi leur identité sur une facette, certes envahissante de leur identité, mais qui peut aussi devenir "abcès de fixation" de toutes les incertitudes de la condition humaine. L'épilepsie est devenue l'unique constituant de leur identité sociale et individuelle.

Ces différents modes de défense, ce refus du "principe de réalité", ou au contraire sa survalorisation, finalement "choisi" par le sujet malade se constituent tous autour du rejet de la "tare héréditaire" supposée être une punition pour les fautes des ancêtres. Tous les modes d'adaptation décrits existent dans différentes cultures, mais les malades épileptiques de notre société sont particulièrement tributaires des tabous sociaux et religieux liés à la faute et au châtement.

Le non-dit n'est pas rare non plus. Pour certains, même le mot crise lui-même ne

doit pas être prononcé, car il déclenche des crises. La superstition vient ici relayer la tentative de refoulement qui ne réussit pas toujours. Le stress est encore là car on ne comprend jamais véritablement ce qu'est une souffrance, une douleur, le mal, sauf peut-être dans une initiation réussie.

L'inconnu, la tache "aveugle" de la crise, serait le motif premier des crises psychogènes, qui concerne 5 à 10% des malades. Par ces fausses crises, le sujet en restant conscient vérifie ce que notre parole ne peut lui certifier réellement, son humanité, même pendant les moments où ses malaises peuvent paraître "bestiaux"... car, c'est un sentiment assez fréquent devant les crises. La mère d'Esmeralda lui disait que dans ses crises elle avait l'air d'un singe... Et en effet, comme nous l'explique G. Devereux, ces moments de pseudo-folie nous amènent à vivre une sorte d'horreur en nous et par l'autre "celle d'une humanité qui aurait pu échouer" encore plus intense que les simples peurs de contagion. Le besoin d'interrogation sur le non-vécu des crises est très fort chez beaucoup de malades, très amplifié par rapport à nos menus soucis, comme celui de savoir ce qu'on a bien pu dire si l'on a parlé en dormant.

Epilepsie et psychose

Au-delà de ce questionnement "philosophique" (qui suis-je quand je ne suis pas présent en tant que moi ?), à travers leurs fausses crises, c'est la fonction contenante de l'institution et de notre personnalité qui est sollicitée. Ce que Bion nous enseigne, à partir de sa connaissance des psychotiques, semble aussi utile auprès d'épileptiques : il remarque qu'une personne extérieure est investie par les psychotiques comme garant de sa propre intégrité, en

compensation à son propre morcellement. Comme le nouveau né, le psychotique évacue son angoisse expérientielle de coupure sur la mère qui doit être capable de contenir les affects négatifs, comme l'angoisse et l'agressivité. Si la comparaison avec le vécu de l'épileptique peut être tentée, c'est que la défaillance du système pare-excitations est sans doute présente dans les deux maladies à des niveaux différents. A l'appui de cette possibilité, on peut noter que les épileptiques décompensent plus souvent sur le mode psychotique d'une autre population, la crise est aussi souvent appelée moment psychotique, car il peut y avoir confusion et surtout hallucination. L'épilepsie d'origine temporelle serait plus particulièrement corrélée avec les traits psychotiques.

Par contre, il n'apparaît pas de troubles familiaux en lien avec ces "psychoses épileptiques". L'épileptique doit faire face en effet à plusieurs problèmes dans sa structuration. Outre la blessure narcissique d'avoir des crises, des angoisses de mort assez souvent aussi, puisque le monde est dangereux, les effets destructeurs pour le schéma corporel des paroxysmes qui laissent des séquelles. Il subit donc le plus souvent un déficit neurologique troublant la structuration de l'espace et du temps, donc les fonctions symboliques. Pour Thobie Nathan, "la crise épileptique surgit par effraction traumatique dans le moi-peau". C'est le traumatisme classiquement décrit par la psychanalyse qui pourrait se définir comme "un soudain afflux pulsionnel non élaborable, et non susceptible d'être refoulé"⁽¹⁹⁾

Ensuite, le type de traumatisme concernant le non-vécu de la crise peut être compris selon le modèle Bateson, comme tra-

matisme du non-sens, ou traumatisme intellectuel. Mais, dans cette recherche d'une spécificité des épileptiques qui amènerait à des soins spécifiques, j'ai préféré m'attarder aux conséquences psychologiques de cette maladie sur l'image du corps.

Et c'est avec les travaux de G. Pankow sur la psychothérapie possible des psychoses que j'ai enfin eu le sentiment d'aboutir à quelques espoirs. La maladie épileptique, traumatisme répété, avec ses troubles de conscience imprimerait donc une marque particulière à l'image du corps, autre que celle propre au psychotique, mais comparable. Surtout si la maladie débute tôt dans l'enfance, l'expérience première du corps contenant les structures fondamentales de l'ordre symboliques, espace et temps, est atteinte. Selon G. Pankow, l'image du corps a en effet deux fonctions symbolisantes, amenant à reconnaître le corps de l'autre en tant que séparé (moi/non-moi).

La première de ces fonctions unit la partie et la totalité du corps. C'est celle-ci qui est atteinte dans la schizophrénie.

Cette structure spatiale se vit comme une "gestalt" unifiée. La seconde fonction permet de saisir, au-delà de la forme unifiée, le contenu et le sens des liens relationnels. C'est celle-ci qui est atteinte dans la névrose.

Elles sont symbolisantes en ce qu'elles visent une règle d'échange avec l'autre.

Avant même l'instauration d'un dedans et d'un dehors, ces fonctions construisent en effet la notion de limite, d'espace séparateur, et enfin celle de surface qui sont impliquées dans celle de dedans-dehors. Cette conception de l'image du corps a retenu mon attention parce qu'elle

⁽¹⁹⁾ T. Nathan, Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

permettait de comprendre l'adhésivité attestée de l'épileptique.

Les failles dans la continuité du temps constituent autant de pertes de repères d'identité, constitué par la permanence du sujet. Ensuite, les crises partielles (où une partie du corps convulse hors volonté du sujet, mais à sa vue parfois) semblent être des atteintes à la première fonction de l'image du corps, dont une partie n'est plus intégrée à l'unité. Dans la psychose, elle pourrait être justement projetée, puisque dissociée de l'ensemble. On peut alors raisonnablement penser ici que l'atteinte corporelle causée par la maladie trouble alors le système relationnel dans une dépendance qui se névrotise et ressemble par certains côtés au contact des psychotiques sans distance. Les épileptiques compensent leur insécurité en se liant de façon étonnamment symbiotique, l'autre étant une planche de salut leur épargnant la perte de la verticalité. Ne trouvent-ils pas dans l'autre, lui toujours debout, l'image unitaire et spéculaire dont ils sont carencés ?

Le danger de s'aliéner à l'autre, garant d'un moi intégral, est bien présent. Le stade du "miroir" étant illusoire, car il précède la marche qui établit, dans la réalité de la distance, de l'espace autour de l'individu qui le définit en le limitant. On comprend mieux que si psychose et épilepsie s'opposent du point de vue des structures imaginaires (G. Durand), elles coexistent souvent, puisque dans les deux cas la fonction du rêve est perturbée (hallucination ou crise motrice selon les cas). L'épileptique est sujet de divers problèmes qui se surajoutent. Le rejet que subissent ces malades entraîne des difficultés d'insertion scolaire et professionnelle. Le travail de la maladie, outre les séquelles neurologiques, modifie la façon d'être du monde,

qui est dangereux, et la relation à autrui puisque seul celui-ci est la sécurité. Les troubles de la structuration de l'espace et du temps bloquent les fonctions symboliques, si la maladie a commencé tôt dans l'enfance. Les effets secondaires de médicaments ne sont pas non plus négligeables dans le développement cognitif. Le vécu familial est empreint d'angoisse, de déception, de culpabilité. Les relations entre parents et enfants oscillent entre hyperprotection et rejet, latent, patent ou surcompensé.

Enfin, l'autonomie psychique du malade est affectivement difficile, socialement, elle est pratiquement impossible pour les cas graves, les patients devant être accompagnés dans tous les actes de la vie quotidienne, et donc une absence presque totale d'intimité.

C'est donc une maladie très handicapante, à laquelle les patients réagissent le plus souvent par la dépression, voire le suicide. Il leur est pratiquement impossible de quitter un certain narcissisme, comme dans beaucoup de maladies chroniques. Le travail soignant porte sur la tolérance de l'environnement envers les malades, mais surtout, sert d'étayage dans la lutte contre la dépression. C'est sur ce fond dépressif que la sophrologie peut agir.

LES SOINS PREVENTIFS

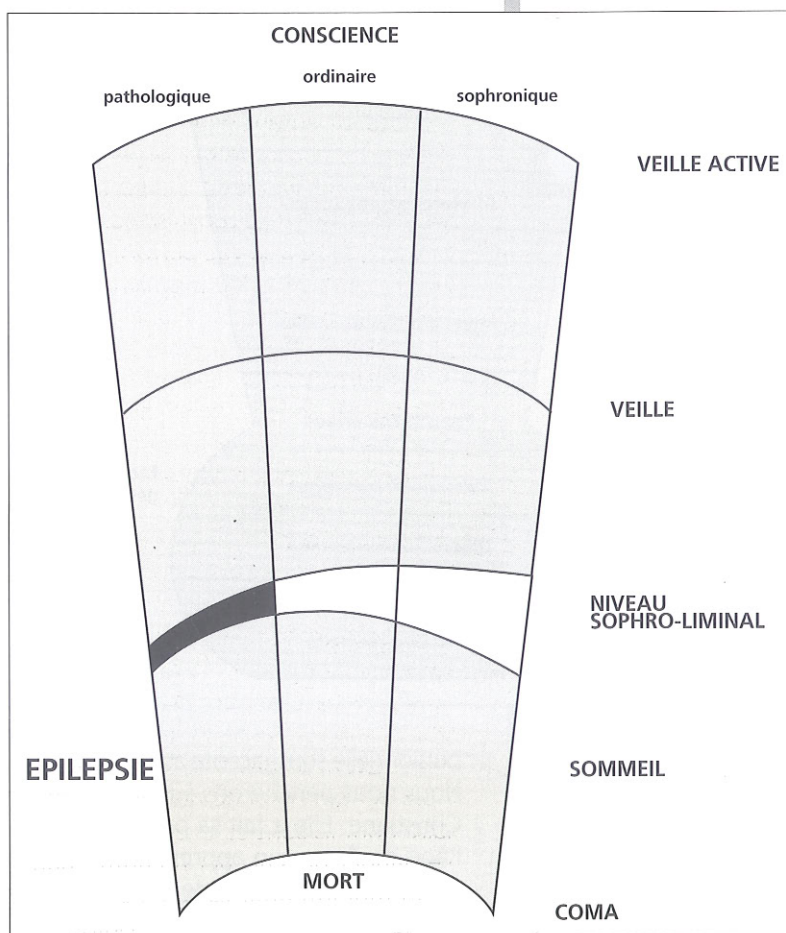
Le but de l'institution qui m'emploie est bien sûr de guérir dans la mesure du possible en utilisant le plus de moyens possibles pour diminuer l'impact de la maladie. Il s'agit d'individualiser et de paraire les diagnostics, de gérer des polythérapies médicamenteuses parfois lourdes, mais aussi d'orienter certains malades vers

des services de chirurgie spécialisée. Au quotidien, il s'agit d'éviter la survenue des crises fréquentes par une hygiène de vie, et spécialement une hygiène du sommeil. Cette prévention s'appuie sur une analyse très classique des situations déclenchantes. Nous excluons dans ce travail les épilepsies en lien avec une situation symptomatique aiguë, comme par exemple "l'hyperthermie" ou les agressions cérébrales.

Chez l'épileptique chronique, on relève parmi la multitude de facteurs déclenchants, en premier lieu le réveil et l'endormissement. Un infirmier expérimenté me disait un jour "selon la façon dont il se lève, on peut déjà savoir comment se passera la journée.". Ce fait souligne pour nous la vulnérabilité de l'individu à des moments critiques pour la conscience. En sophrologie, ce stade particulier de la conscience est nommé "seuil sophro-liminal". Il se situe à l'interface du conscient et de l'inconscient. C'est un presque sommeil, repérable par E.E.G. L'épilepsie se caractérise par un passage comateux. (voir schéma ci-contre).

LE STRESS ET L'EPILEPSIE

Une théorie neurophysiologique permet d'explicitier le lien maladie-environnement. Il s'agit bien sûr du travail de H. Seylie depuis 1920. Devant une agression quelconque, l'organisme déclenche une réaction d'alarme, puis essaie de s'adapter. Si l'agression persiste, les réserves d'adaptation s'épuisent jusqu'à la mort. Dans l'épilepsie, nous voyons successivement un terrain familial propice, des naissances traumatiques le plus souvent, puis un stress déclenchant les crises (fièvres, peurs...) qui installent des perturbations de l'image du corps, voire du schéma cor-

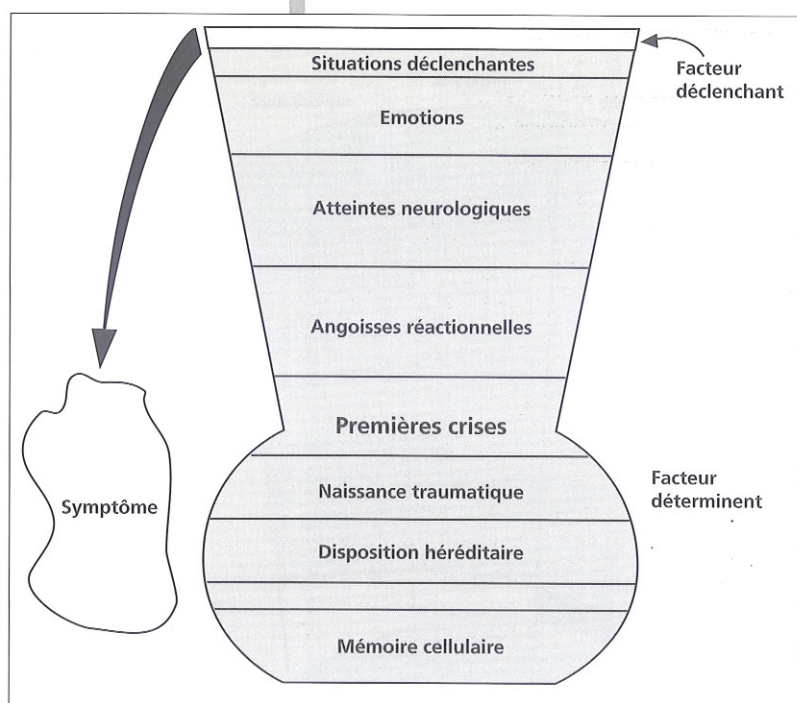


porel. Les émotions amplifiées par un "moi sans pare-excitation" réactivent l'ensemble de ces stress. (voir schéma page suivante).

En général, les perturbations de l'équilibre physique sont favorisantes : modifications hormonales, fatigues, maladies infectieuses.

Certaines épilepsies sont déclenchées par un stimulus spécifique comme la lumière la télévision. Ces crises réflexes sont pourtant très rares. Du côté de la psychologie, ce sont les circonstances de la première crise qui révèlent la dynamique

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE



nue de la maladie, à l'insécurité familiale due à des problèmes œdipiens, déjà présents et comme fixés par la première crise. Selon M. Bobet, à la première crise, tout est dit. Ce qui était normal à 6 ans a été en quelque sorte renforcé par les crises suivantes (sur terrain familial prédisposé à convulser). L'évolution de la jeune fille s'est trouvée fixée par la structure familiale mais aussi par les crises qui réactivaient et pérennisaient cette complexité relationnelle.

L'épilepsie ainsi installée devient mode d'expression, elle est dite psychogène, quoique souvent intriquée avec une prédisposition héréditaire à convulser. Il pourrait même s'instaurer "un parler épileptique". Pour Christiane, le problème était d'interrompre les circuits de renforcement, de rétroactions. Mais la séparation d'avec la famille qu'elle réclamait n'a certainement pas suffi à sa guérison, les problèmes médicaux se sont améliorés, mais la problématique affective stressante est demeurée.

Dans la vie de Nadège aussi, les facteurs stressants sont présents dans le déclenchement des malaises. Nadège faisait systématiquement des crises "grand mal" très violentes au moment de ses règles. Un médecin de sa ville d'origine lui avait dit qu'elles étaient la cause de son épilepsie. C'est du moins ainsi qu'elle le vivait. Cette croyance dans l'inéluctable des crises participait à la construction d'une épilepsie proche de l'épilepsie réflexe. Il a fallu un long travail d'entretien pour aider Nadège à entrevoir l'éventualité d'une efficacité des soins. Les séances de relaxation avec elle ne portaient pourtant pas sur ce point, puisqu'il s'agissait de la préparation du BEPC mais j'aime à penser qu'elles l'ont aidée à changer de schéma mental. Si ce réflexe existait, il ne devait

pulsionnelle sous-jacente aux symptômes. Nous nous pencherons sur l'exemple de Christiane. Elle a fait sa première crise à l'âge de 6 ans, en apprenant l'accident grave survenue à sa tante maternelle. Or, celle-ci travaillant de nuit, son mari emmenait très souvent Christiane à la pêche, elle adorait cet oncle. On pourrait en rester là dans la réalité des faits, si des problèmes familiaux ultérieurs n'avaient attiré l'attention de l'équipe. La mère de Christiane l'avait en effet accusée d'un inceste avec son beau-frère, l'oncle pêcheur. Le drame familial et le rejet de la mère avaient motivé le placement de Christiane et la maintenant dans un rejet et une culpabilité nocive pour son vécu de femme. Nous n'avions pas souvent vu de jeune fille de 19 ans et son père se tenir ainsi par la main dans le bureau du directeur. On voit l'ampleur des problèmes liés à la surve-

pas être très ancré, puisqu'il a suffi d'un seul mois sans malaise au moment des règles pour que les crises s'espacent par la suite. Elle s'angoissait effectivement beaucoup moins.

Heureusement, nous connaissons aussi les situations qui inhibent les crises. Il s'agit d'occuper le cerveau à une activité qu'elle soit physique ou mentale. Des mots croisés au jardinage, l'éventail est large ! On est loin des pratiques occupationnelles, puisqu'il s'agit non seulement de prévention mais d'activités culturelles ou techniques épanouissantes.

Prévention par la sophrologie

La sophrologie permet d'intervenir à plusieurs niveaux, mais elle ne peut agir qu'indirectement sur les crises :

- Au niveau de l'angoisse et des surcharges émotionnelles, par des techniques spécialisées, il est possible de diminuer les réactions d'angoisse qui se surajoutent à la crise proprement dite,
- Au niveau du "feed-back", les représentations de soi peuvent en retour nuire au sujet s'il s'identifie à sa maladie, à son corps malsain.

La sophrologie peut éviter cette réactivation du mal-être dans le présent en améliorant le fond dépressif du patient atteint dans son narcissisme, dans l'intervalle des crises. Ensuite, la sophrologie serait d'une grande utilité dans la préparation aux interventions chirurgicales. Celles-ci concerneraient 10% des épilepsies pharmaco-résistantes. Elles ont des conséquences assez lourdes à vivre pour la personne. La perte de la chevelure est souvent très mal vécue, l'image de soi est atteinte. Enfin l'angoisse des examens préopératoires, avec l'attente du "verdict" (suis-je guérissable ou non ?) sont autant de circonstances pénibles où une aide serait

nécessaire. Enfin, pour les soignants, la sophrologie permet de surmonter les difficultés du métier, et de réagir plus sagement devant les malaises.

En conclusion, je dirais que la sophrologie est une technique d'appoint d'un grand intérêt préventif. Elle permet aussi de stimuler le développement de la personnalité vers des intérêts culturels et sociaux, pour sortir si possible du statut de malade.

Le yoga, une religion de salut

Yoga, en sanscrit signifie joug, union, lien. Il s'agit d'une pratique pour se réaliser comme partie prenante de l'univers, harmoniser la personne avec la réalité métaphysique où elle se dissout. Pour comprendre le yoga, il faudrait que nous, Occidentaux, ayons substitué à notre conception dualiste corps-esprit, une conception ternaire de l'être : corps, âme et conscience spirituelle. Cette conscience n'est qu'une parcelle de la vie universelle, le soi. Les modes d'expression de ces trois niveaux de conscience de l'être se situent dans une hiérarchie morale : le physiologique est à un niveau inférieur, dont il s'agit de se délivrer. L'affectif et le psychique à des niveaux supérieurs.

Le but du yoga est la délivrance de la temporalité, l'indicible liberté. Elle passe par la purification physique et psychique, par la maîtrise des sens et l'ascèse. Parmi les moyens de la délivrance, le Hatha-yoga repose sur le contrôle corporel au moyen de postures et de concentration mentale. Les postures stabilisent le corps en réduisant l'effort physique, car l'effort doit disparaître au profit d'une attitude méditative, mais qui n'est pas l'abandon. La stabilité réduit la part des événements dans la conscience, le corps influant sur le mental. Dans l'idéal, l'esprit se trans-

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

forme en infini, en faisant de l'infini son propre contenu, l'attention au corps étant même suspendue dans les états de Samadhi, car il est lui-même limité.

Les exercices respiratoires ne sont pas propres au yoga. Ils existent aussi dans les respirations rythmées du Coran, la "respiration embryonnaire du Taoïsme" et aussi dans les psalmodies grégoriennes.

Les effets physiologiques de la respiration contrôlée sont certifiés par de nombreux auteurs. C. Laubry et T. Brosse ont étudié, grâce aux techniques les plus modernes d'enregistrement, les effets physiologiques de la discipline religieuse qui permet aux yogis hindous la maîtrise presque intégrale des fonctions de la vie négative. Cette maîtrise est telle qu'ils parviennent

à la régulation des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques, abolissant ainsi la distinction physiologique entre systèmes musculaires lisses et striés. Cette maîtrise abolit par là même l'autonomie relative de la vie végétative. La clef de voûte de l'action du yogi sur les fonctions les moins soumises à la volonté, c'est la respiration.

Das et Gastaut ont montré dans les états méditatifs des modifications de tracé à l'E.E.G., les rythmes rapides et de grandes amplitudes atteignant 25 à 30 c/s, et même 40 à 45 c/s se généralisent aux deux hémisphères. Dans les états de Samadhi (éveil de l'hyperconscience), les rythmes atteignent 60 à 100 volts, témoignant d'une excitation corticale intense contrastant avec l'aspect léthargique du corps.

Enfin, il existe d'autres stades intermédiaires, atteints dans l'isolement sensoriel. Ils peuvent comporter des risques psychiques, et sont exclus de la pratique de non spécialistes. Mais la concentration et

la méditation Dhyana sont accessibles sans maître.

Le but du yoga à travers ces méthodes est psychique et métaphysique. Le corporel est un moyen. Il s'agit de remplacer la conscience ordinaire par une conscience qualitativement autre qui puisse intégrer la vérité métaphysique. Le yoga en tant qu'ascèse et démarche mystique, suppose la vie monastique, et l'entraînement de toute une vie. Nous, Occidentaux, pouvons constater que cette voie est très typique d'une culture.

Comme le dit un psychiatre spécialiste du yoga, "la recherche de la pureté absolue est la démarche d'une personnalité obsessionnelle aux prises avec le doute, les scrupules, et même le refus du corps."⁽²⁰⁾

En effet, le corps est là aussi le lieu du mal, et le yoga est, dans sa forme vulgaire, très imprégné de manichéisme. Seule la voie tantrique échappe peut-être à ce rejet, mais les pulsions d'emprise et de contrôle subsistent. Il s'agit surtout de ne pas s'inféoder à tel ou tel maître ou doctrine, mais d'utiliser le yoga avec des objectifs restreints et compatibles avec notre culture, et pourtant en la dépassant. Le yoga est une attitude neuve par rapport au corps, il est avant tout une technique de santé : la restauration des conditions naturelles de la santé tiennent sans doute avant tout à l'incarnation de la personne dans un corps réel.

J. P. Hubert nous rappelle que "le yoga tout entier entend la personnalité en terme de corps, c'est-à-dire qu'il respecte la personnalité dans sa totalité."⁽²¹⁾

Nous viserons à un enracinement dans le corps et à un dépassement des limites habituelles de la conscience. Schultz lui-

⁽²⁰⁾ Barthe Nhi, "Yoga et psychiatrie"

⁽²¹⁾ "Traité de sophrologie", tome 1, p. 59.

même, élève de Freud, s'étant inspiré du Yôga-Nidra, prend quelques distances avec les pré-supposés propres à la culture hindoue :

"Considéré sous l'angle médico-psychologique, on acquiert l'impression que le yoga a pris naissance au terme d'une hypocondrie gigantesque, voire cosmique, non seulement parce que les textes anciens promettent l'immunité contre la maladie, mais aussi parce que les expériences de rétention du souffle sont de nature à nous faire soupçonner qu'il s'agit de tentations primitives de retenir la vie, la force vitale, d'un combat contre la mort en quelque sorte"⁽²²⁾

La respiration yogique est pour nous une véritable rééducation, tant le carcan moral judéo-chrétien a censuré dans le corps même l'usage normal de la respiration, propre à l'animal, l'enfant, et à l'adulte dans son sommeil. Elle se fait en trois temps (abdominal, thoracique et scapulaire). Elle réunit ainsi le haut et le bas du corps si péjoré dans notre culture, par le déblocage du diaphragme. Les postures permettent au minimum une harmonisation du tonus moteur avec le tonus psychoaffectif. Leur effet thérapeutique est certain sur les troubles moteurs, en développant la musculature lisse propre aux mouvements lents et prolongés qui contrebalancent bien l'excitabilité motrice de beaucoup de jeunes enfants épileptiques. Dans une pratique restreinte comme la nôtre, on se rapproche des formes de rééducation psychomotrice.

Limites dues à l'épilepsie :

Notre usage du yoga se centre donc sur les postures; les exercices respiratoires sont exclus, comme en bioénergie (sur-tout la rétention), du fait de la maladie,

très réactive aux modifications sanguines dues aux changements dans la respiration, et de la vulnérabilité psychique de ces jeunes à l'enveloppe corporelle défaillante. Nous retenons pourtant l'objectif d'une respiration globale avec ses trois étages, mais les moyens utilisés partiront du travail de décontraction musculaire, non sur une action volontaire sur le souffle. Il s'agirait dans l'idéal de débloquer les entraves à une respiration spontanée, non de contraindre des mécanismes naturellement autorégulateurs. C'est une approche indirecte.

Limites dues à l'âge du public :

La gamme des postures offre des combinaisons variées qui permettent de garder à la séance un caractère ludique. Mais l'immobilité ne peut être soutenue longtemps par des enfants. Il n'y a pas lieu d'exiger trop d'introversions à cet âge.

METHODES UTILISEES

Cet atelier de yoga et de relaxation se situe dans une maison médicale spécialisée dans l'épilepsie. Le suivi médical et psychologique est assuré par l'équipe des médecins neurologues, psychiatres et psychologues. Les dossiers des jeunes, les conseils à leur sujet sont très accessibles à l'équipe éducative dont je fais partie. Cet atelier est trimestriel, il comporte une séance hebdomadaire. Pour affiner le projet en fonction de chaque jeune, je m'adresse aux éducateurs des groupes où vivent les jeunes. Ils sont environ 85 dans l'établissement.

J'ai tenté d'exposer quelques-unes des difficultés que doivent vivre les jeunes du fait de leur maladie ; je m'attacherai maintenant à préciser les techniques plus individuelles que j'ai essayé d'employer dans

⁽²²⁾ Barthe Nhi, "Yoga et psychiatrie"

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

cet atelier, en fonction des difficultés propres à chaque jeune, dont les épilepsies ne se ressemblent pas. Les limites de ces projets sont aussi celles de l'institution, car il n'y a pas de séances individuelles de sophrologie. C'est donc à la fin de la séance de yoga, dans la dernière heure, avant la sophronisation de base, que je propose un objectif à chaque jeune, lorsque c'est souhaitable et possible. Enfin, chaque atelier trimestriel se termine par une séance de photos que tous n'acceptent pas. Plus qu'un souvenir, ces photos sont destinées à renforcer positivement leur image d'eux-mêmes réussissant par leur corps.

Nous envisageons actuellement avec la psychomotricienne qui partage le travail des séances avec un groupe plus jeune de faire dessiner le plan de la salle aux jeunes, afin d'avoir quelques éléments de bilan sur leur perception de l'espace. La méthode acceptée par l'institution, est de se limiter aux techniques recouvrantes, mais aussi de favoriser un imaginaire qui compenserait, au mieux, les difficultés à rêver liées à l'épilepsie.

Yoga et relaxation

La relaxation est déjà connue dans le yoga, plus précisément dans le "yoga-nidra" (ou yoga des rêves). Ce yoga se pratique dans une posture suggérant une immobilité totale, puisqu'elle se nomme "posture du cadavre". Elle est donc liée, me semble-t-il, comme le suggérait Schultz, à une volonté de maîtriser la mort, au moins de s'y initier. La sophrologie a aussi pour origine les travaux sur l'hypnose et la végétothérapie et c'est bien à un certain isolement en soi-même que conduit l'espace concentration-méditation du yoga.

Dans l'enseignement du centre de sophro-

logie, les méthodes de relaxation incluent des passages debout ou assis. Ceci l'adaptant à nos mentalités hyper-productives, en se donnant comme objectif, thérapeutique ou préventif, d'obtenir une relaxation dans l'action aussi. Mais l'ensemble de la sophrologie comporte une mise en cause d'un schéma existentiel systématiquement hyperactif. Hormis le yoga, dans son aspect postures, nous utilisons pour la "mise en train" des exercices issus de la méthode Bertherat et du stretching postural.

La diversité des attitudes favorise leur entrain, les exercices de décontraction des membres assez ludiques pour des enfants. Il s'agit d'une méthode recouvrante, sans cheminement analytique, mais mettant l'accent sur la persuasion rationnelle. Elle est très accompagnante, il y a peu de silences ou de temps morts pour s'interposer dans le contact jeunes-sophrologues. La place dominante lui revient.

Pour suivre les contre-indications propres à l'épilepsie, les exercices respiratoires sont exclus. Ils sont remplacés par un temps de sophro-récupération allongée, de disponibilité perceptive. La plupart du temps, la séance de yoga est distincte de la "relaxation", mais lorsque le groupe est déjà familiarisé avec le yoga et que je souhaite les voir approfondir l'aspect concentration (s'ils sont assez âgés le plus souvent) je tente parfois d'utiliser le yoga comme activation intrasophronique comme s'il s'agissait d'une préparation sportive, et ce pendant un temps assez court. J'ai vu dès la séance suivante la durée de tenue de postures s'allonger considérablement. Les jeunes entraînent dans une respiration ventrale plus manifestement. Ceci est un autre exemple de l'interpénétration du yoga et de la relaxation correspondant à

la surface pédagogique de la sophrologie.

Mais il ne s'insère qu'après l'apprentissage systématique de la sophronisation de base. Cette méthode est en général très demandée. Au fil des semaines, je parle de moins en moins, les jeunes acceptant mieux de vivre le silence et je recueille en fin de séance, après la désophronisation protocolaire, les images qui ont pu survenir.

Ceux qui ont une relation particulièrement positive avec moi me font cadeau d'une image, d'un rêve plus rapidement que d'autres. Certains ne voient aucune image mais tous aiment en principe flotter au bord du sommeil. Il s'est présenté un jour la situation d'un enfant ne voulant pas se relaxer de peur de faire des malaises. C'était une appréhension tout à fait légitime. La désactivation cérébrale, l'ennui étant des facteurs déclenchants de première importance.

J'ai trouvé comme solution de suggérer qu'il reste assis, et c'est ainsi qu'il a passé la séance, en fermant d'abord les yeux pour s'endormir ensuite. Je suis restée près de lui à la fin de la séance, car il semblait un peu confus sans que je puisse savoir s'il s'était agi d'une somnolence ou de sa surprise de ne pas avoir fait de malaise. Pendant les séances suivantes, il a de lui-même alterné les attitudes assises ou couchées, toujours plus ou moins somnolent.

Pour moi l'objectif était atteint, et sans qu'une crise perturbe sa détente. Lorsque j'ai affaire à des jeunes qui ont des malaises à l'endormissement, je tâche aussi de donner un rythme assez soutenu aux premières séances en soulignant au niveau sophro-liminal le rôle préventif de la relaxation. Puis, dans une courte sophro-acceptation progressive, je souligne l'éventua-

lité de raréfaction de tels malaises à ces moments particuliers. Lorsqu'ils sont d'origine psychologiques ou mixtes les résultats ne sont pas rares. Mais ils restent très tributaires des liens affectifs. Si des vacances surviennent, tout est à refaire.

Ces moments palliatifs ne dispensant pas de faire apprendre une technique plus spécialisée, comme la sophro-protection, ou la sophro-acceptation progressive proprement dite. Je relaterai un exemple de cet apprentissage dans l'un des cas du paragraphe suivant.

Ces sophrostimulations spécifiques ne s'utilisent qu'une fois l'acquisition de la détente et l'entrée au niveau sophro-liminal vérifiée, et non en début d'apprentissage, de façon à ne pas masquer une difficulté rencontrée, une douleur, un mal-être par une fausse conscience auto-proclamant la positivité systématique des moments de relaxation.

J'aurais souhaité pouvoir utiliser la relaxation dynamique du premier degré, bien que son aspect découvrant ne corresponde pas à la formule retenue pour ce groupe hebdomadaire et trimestriel. L'enracinement dans le corps et le travail sur le diaphragme auraient eu leur importance dans le vécu corporel de ces jeunes.

Mais plusieurs obstacles subsistaient :

- Comment faire le nety-krya alors que c'est déjà un travail sur la zone respiratoire, sensible dans l'épilepsie, et touchant de surcroît cette part malade d'eux-mêmes, la tête ?
- Comment aussi faire du "tratac" pour les mêmes raisons ?

Vu les limites de ma formation actuelle, l'absence de supervision de ce travail, j'ai préféré différer. D'autant plus qu'il n'est pas du tout dans le projet de l'institution de favoriser les abréactions toujours possibles. Dans la suite de cet article, j'expli-

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

querai les détails relationnels, les implications affectives qui sous-tendent bien sûr l'utilisation des techniques.

LES MALADES

JEAN-SAMUEL

C'est un enfant discret, apprécié des autres, assez autonome, mais très affectueux et demandeur de câlins. Il est placé au centre pour épilepsie causée par une hydrocéphalie avec fibrose partielle de l'aqueduc de Sylvius, sans malformation. La maladie n'est pas le seul de ses problèmes. Sa mère est très dépressive et son père exerce à domicile une profession difficile, croque-mort. Le père s'enferme parfois dans les cercueils, sans doute par dépression lui aussi.

On demande parfois à l'enfant d'aider à garnir les cercueils de leurs coussins, ou d'accompagner son père lorsqu'il convoie un corps au loin. Il n'est donc pas vraiment étonnant que l'enfant ait du mal à s'endormir. Il a aussi des problèmes d'énurésie qui troublent son sommeil. Jusqu'à son arrivée au centre, à l'âge de dix ans, il portait d'ailleurs des couches. Il ne fait pas de malaises au centre, mais seulement chez lui, devant la télévision (son épilepsie est photosensible).

Son traitement comporte 5 Tegretol 200 à libération prolongée, et 2 Alepsal 50. A l'E.E.G., On enregistre de nombreuses décharges de pointes-ondes et polypointes-ondes généralisées, isolées ou en bouffées. Le rythme de fond à l'arrivée était de 6 c/s, il est maintenant passé à 8 c/s. C'est un bon indice de sa stabilisation, autant pour ainsi dire que la raréfaction des crises. Les crises partielles (clonies palébrales et absences) persistent pourtant.

Il est en C.E.1, où il travaille avec sérieux malgré son retard.

Il n'est pas très actif dans les jeux sportifs et préfère les petits groupes. Il n'a aucune discordance physique ni déficit moteur. Par contre, il a besoin d'une rééducation orthophoniste pour des problèmes de lecture.

Projet :

Dans le cadre du club yoga-relaxation, il était avant tout question :

- De l'aider à réussir dans une activité physique calme qui le valorise auprès de ses camarades,
- De compenser le vécu déprimant de son corps malade par une activité malgré tout ludique,
- De lui autoriser une certaine régression en "jouant à dormir", dans un cadre sécurisant, plutôt que de l'intégrer de force à un groupe plus sportif,
- Enfin, d'essayer de dialoguer avec lui, en fin de trimestre, sur son énurésie.

Au cours de ce trimestre, Jean-Samuel était accompagné de deux petites filles, dont l'une hémiplégique, était très motivée par le yoga, et par d'autres adolescents. Ce petit groupe a beaucoup apprécié les mimes d'animaux et le T.R.A.M. Par contre, Jean-Samuel avait des difficultés à maintenir une posture même facile, comme beaucoup d'enfants à qui il faut de la variété, mais aussi par une fatigabilité à l'effort. Il n'avait aucun problème pour imiter l'adulte, même lorsque des problèmes de symétrie se posaient, comme par exemple dans la "torsion". Il était un des premiers à proposer des postures d'animaux, avec une prédilection pour le "cobra" parce qu'il peut tirer la langue !

Jean-Samuel est donc fatigable et réclame de plus en plus tôt dans le cours de la séance les postures allongées qui précè-

dent directement la relaxation, comme le "poisson", le "crocodile", ou encore la "feuille pliée" où l'extérieur n'est plus visible.

A la première séance de relaxation, il n'a pas fermé les yeux et m'a sans cesse suivi du regard, il acceptait bien une relative immobilité, que je n'exige d'ailleurs pas des enfants ! Dans ces séances, après une période d'entraînement, je commence à leur demander de visualiser, de laisser venir une image, lorsqu'ils sont apparemment au N.S.L. Je raconte aux enfants qu'il s'agit d'une sorte de voyage, et que peut-être ils ramèneront une belle carte postale. Assez souvent, les enfants visualisent un animal familier, qui représente souvent leur besoin d'un compagnon de jeu dans ces moments de relatif isolement. Lui, par contre, affirmait ne pas aimer rêver "car on a du mal à savoir si c'est vrai, le matin". Ceci m'a semblé en lien avec ses difficultés envers la nuit, le sommeil, la mort.

C'est vers la huitième séance qu'il a commencé à vraiment se relaxer (battements des yeux et respiration ventrale très lente). Comme je le voyais pour ainsi dire aux aguets et centré sur ses camarades qu'il ne quittait pas des yeux, je m'étais assise non loin d'eux, et puis entre eux sur le tapis. Christelle s'était roulée en boule dans sa couverture, tout contre moi, et Jean-Samuel a alors rampé vers moi en me demandant si lui aussi pouvait "avoir chaud". Les deux plus jeunes se sont alors relaxés à mon contact (c'était un moment assez émouvant), et Jean-Samuel a fermé les yeux pour le reste de la séance. J'ai accepté cette demande de maternage vu l'objectif fixé avec ses éducateurs, vu son jeune âge aussi, et parce qu'il paraissait éprouver un mal-être à rester seul longtemps dans un relatif silence. Je crois aussi

avoir été sensible à sa problématique de dépression, et il m'a semblé important de l'accompagner dans cette descente vers le sommeil.

Peu à peu, au cours des semaines, j'ai pu l'amener à accepter que je ne sois pas à son contact pendant toute la séance, mais assise non loin. J'ai par contre gardé avec lui l'habitude de mettre un instant ma main sur son front en début de séance. Ce n'est que vers la fin du trimestre (les échéances ont-elles joué un rôle de limites défusionnantes ?) que Jean-Samuel s'est laissé aller au sommeil. Après des vacances chez lui, où il avait emmené des photos de lui dans ses postures préférées, nous avons commencé à parler de l'utilité de la relaxation pour la classe pour être en forme... "même la nuit ?" m'a-t-il demandé. Je lui ai affirmé que oui, et lui ai proposé de faire une cassette personnalisée. Nous avons cherché comment "ça serait quand il serait stabilisé", et il s'est décrit ainsi dans le futur :

"Je pourrai regarder la télé sans lunettes spéciales, lire des livres d'horreur et ne pas me réveiller la nuit". Il n'a jamais parlé de son énurésie. J'ai continué à ignorer la question, pour plutôt choisir de le réconcilier avec la nuit. J'avais choisi de le familiariser avec une technique de sophroprotection, qui est associée à la respiration. Or, la respiration est une constante, un point commun entre l'éveil et le sommeil, et sa continuité même me semblait propre à rassurer sur la continuité de la personne. D'autre part, dans ses images, Jean-Samuel citait souvent l'espace, le vent, les cerfs-volants, l'élément air, en bref.

La technique de sophroprotection consiste, une fois la sophronisation de base acquise, le niveau sophro-liminal vérifié, à associer une pensée, un mot sur chaque res-

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

piration, en précisant qu'à chaque respiration, l'effet du mot sera renforcé. J'ai tout simplement choisi "bonne nuit". Il a écouté cette cassette une seule fois après une séance collective, et ensuite il m'a dit : "elle s'est égarée". Je n'ai pas cru bon de poursuivre avec acharnement thérapeutique l'objectif précédent. Dans un groupe aussi court que celui-ci sur un trimestre, il aurait été impossible de gérer des aléas de relation tels que je les entretenais. J'ai su par le veilleur de nuit qu'il avait toujours des problèmes d'énurésie, mais qu'il se réveillait quand même moins la nuit.

Je croise souvent cet enfant dans la vie quotidienne, et il me fait souvent part de ses progrès scolaires. Ces résultats, quoique modestes ne peuvent pas être attribués à la sophrologie seule. Mais dans un environnement chaleureux et tonique, on peut penser que Jean-Samuel arrive à penser à autre chose qu'à la mort.

Le plus grand bienfait de cet atelier, en plus de la détente, aura sans doute été de l'aider à s'identifier à des aspects positifs de sa vie, et à verbaliser certains problèmes, ceci à son niveau d'enfant de 11 ans.

ODETTE

Elle est âgée de 15 ans et atteinte d'une infirmité motrice cérébrale (syndrome bulbaire), avec ataxie, hypotonie et incontinence salivaire. Ce handicap fait suite à une naissance par le siège, et quinze jours de réanimation s'en suivirent. Elle n'a marché qu'à 19 mois. Elle a fait des convulsions à 18 mois, mais le scanner n'indique rien à cette époque. Après un suivi intensif en psychomotricité et quatre ans de traitement ici, l'E.E.G. est devenu normal. Les crises n'ont pas réapparu, mais il lui reste un déficit de structuration visuo-

spatiale, donc des difficultés en mathématiques et en technologie.

C'est une histoire typique de la maladie épileptique, où les crises sont enrayées, mais où des séquelles neurologiques demeurent, avec les carences du développement psychique qui y sont associées. De plus, le retard à la marche et les difficultés pour la motricité fine (lacer ses chaussures par exemple) troublent la structuration du symbolique, mais aussi favorisent l'exaltation de l'imagination. Faute de pouvoir faire, on rêve... car le geste et l'acte enrachent l'individu dans le corps, et dans la réalité, lorsqu'il peut maîtriser cet espace. C'est comme ceci que je comprends l'immaturité de cette jeune fille, qui se réactive à l'adolescence. Elle est particulièrement attirée par le brillant, l'ostensible, les personnages idéalisés presque comme dans les contes de fées, etc.

Hormis cet irréalisme, Odette est une jeune fille calme et harmonieuse dans ses relations. Elle est capable de comprendre ses problèmes et de s'attacher à les résoudre. Elle était volontaire pour l'atelier "yoga et relaxation" et a pris à cœur les exercices proposés. Depuis, elle participe avec d'autres adolescentes à un club de danse dans la ville voisine et son handicap y apparaît peu, alors qu'il est reconnu par la C.O.T.O.R.E.P.

Technique proposée : la focalisation
Odette a voulu poursuivre son effort de mieux-être corporel et est donc revenue à cet atelier pour un second trimestre. Je lui ai proposé de se concentrer sur sa motricité grâce à la technique de focalisation. Elle a feuilleté quelques planches anatomiques simples et particulièrement le cervelet puisqu'il coordonne les mouvements. Un des premiers résultats a été de verbaliser ses difficultés. Comprenant

de quel organe il s'agissait, elle a pu relativiser l'image de la folle qu'elle croyait être, du fait de ses atteintes au cerveau. Elle dit volontiers maintenant "il y a cerveau et cerveau".

Je ne m'attendais pas à un tel vécu, chez une jeune de niveau intellectuel moyen (elle est en 4ème et d'un milieu social ouvert). Les atteintes à la tête, le placement en institution suffisaient pour qu'elle se vive comme anormale.

Il est difficile d'évaluer les autres résultats possibles, parmi toutes les stimulations dont elle bénéficie : les activités sportives, la rééducation, la danse, etc. Mais il semble que sa difficulté a été cernée, même dédramatisée. Odette étant sortante cette année, et ayant encore peur d'apparaître "anormale" dans un milieu ordinaire, j'ai commencé à la familiariser avec la sophro-acceptation progressive, qui me semble être une technique adaptée à ce grand changement dans son existence.

AZIZ

Aziz est un jeune homme de 18 ans avec une épilepsie liée à des antécédents familiaux. Il garde des séquelles d'hémiplégie et d'énormes lésions sans doute aggravées par l'opération qu'il a subie. Ses crises, à point de départ occipital lui déclenchent des hallucinations visuelles.

Il vit plutôt en retrait de la réalité, dort beaucoup, avec des cauchemars, et fait très souvent des absences au lever et au coucher. Il est très sportif, obsédé par la scolarité, rigide et maniaque, tout en doutant de sa propre image masculine. Il se structure de plus en plus sur un mode obsessionnel au fil des années, avec de nombreux rituels. Il est poli, maniéré, sans cesse sérieux. Il contrôle sa personne en permanence.

En yoga, il a rarement des gestes spon-

tanés, pour s'étirer, se déplacer par exemple. Il ne parle jamais par gestes et s'exprime d'ailleurs peu. Il reste immobile et attentif, très bon élève "raisonnable". Il se concentre sportivement sur les postures au point d'en oublier de respirer, il les accomplit en force. Je lui ai demandé de prolonger plusieurs minutes les postures adoptées. Il a bien fallu qu'il respire, et on aurait dit que c'était une défaite pour lui. Je lui ai donc réexpliqué que c'était justement bien. Je n'avais pas vraiment de moyens différents pour l'amener à se détendre. Tout était autoritaire dans ce cas. Il a fallu ensuite le dissuader de respirer de façon forcenée. Je ne suis pas sûre qu'il y soit arrivé. J'aurais presque voulu qu'il récite ses tables de multiplication plutôt que de le voir piégé ainsi par sa trop bonne volonté à se concentrer. Aziz cherchait désespérément à contrôler son corps qui lui échappait par des crises...

Technique utilisée :

J'ai pensé que la "technique conditionnée" pouvait lui être utile, d'abord parce qu'elle semblait par son aspect rituel ressembler d'assez près à sa façon d'être en général. Mais ceci pouvait être aussi un énorme inconvénient en renforçant encore les défenses déjà très "monocordes". Ensuite, j'ai justement pensé qu'avec une personnalité déjà si fixée dans son évolution, il n'était pas question d'entreprendre grand-chose d'autre en un trimestre. Et qu'enfin la forme de la maladie avec ses hallucinations, devrait bien justifier ces tentatives frénétiques de contrôler son univers, où trop d'images le débordaient sans doute déjà. Il m'avait expliqué que dans ses cauchemars, "c'était comme une bande dessinée de fantastique, d'horreur, plein de personnages menaçants". Il avait déjà lu beaucoup de choses sur le

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

yoga, et c'était bien un des seuls. Je suis souvent amenée à passer des diapositives sur l'Inde et son art aux jeunes pour qu'ils aient une petite idée de cette culture. De ses lectures, il avait retenu l'idée que la respiration (toujours elle !) avait le pouvoir de calmer.

C'est donc avec, comme "signe-signal" "respirer par la narine gauche" que je lui ai demandé d'associer le début de ses crises. Il n'était en effet pas sensible à l'essoufflement. Il n'est resté à l'atelier que deux trimestres finalement, n'a pas reparlé d'un quelconque effet sur ses crises, mais s'est dit content de "respirer le calme".

Il m'a suffi de savoir qu'il commençait à accepter que quelque chose de spontané commence à se passer pour lui. Je pensais aussi avec malice, mais tristesse, que pendant qu'il se concentrait sur son geste, il en oubliait de systématiser sa respiration. Par la suite, nous avons pensé avec ses éducateurs qu'il lui serait bénéfique de fréquenter l'atelier théâtre, à l'avenir, pour y jouer un peu, ce qu'il ne faisait jamais. Pour Barthe Nhi, chez ceux qui sont proches de la névrose obsessionnelle, *"le mouvement est surmaîtrisé, le patient dévitalise la situation en la vidant de tout son contenu instinctivo-affectif ; les postures sont négociées dans un souci de perfection et de minutie tel qu'elles en deviennent anéanties, le patient étant incapable d'accéder au repos mental. On voit aussi dans l'exigence transitoire de l'immobilité certains malades surenchérrir et satisfaire ainsi leurs besoins d'auto-répression"*.

Nous insistons alors bien sûr pour que les postures s'effectuent sans répétition de manière harmonieuse, afin de briser l'automatisme possible. En ce qui concerne ce jeune homme, on peut penser que le yoga

n'est en effet pas une technique lui convenant, et qu'une sophrologie découverte ne pourrait exister que dans un cadre véritablement psychothérapeutique.

MARINE

Marine a 13 ans et est atteinte d'un syndrome associant l'épilepsie et un angiome, maladie dite de Struge-Weber, avec un handicap de 100% et ceci malgré une callosotomie. Elle faisait une dizaine de "grands maux" par jour, donc de chutes, et devait porter un casque de cuir toute la journée. Elle était la seule dans ce cas au centre, et le vivait tantôt mal, tantôt bien. Après son opération, elle a reçu une rééducation par un kinésithérapeute, axée sur la motricité globale qui restait déficitaire. Mais elle est restée aussi sensible qu'avant à l'essoufflement. Ses activités physiques étaient donc d'emblée restreintes. Son tonus musculaire est un peu plus faible pour la jambe gauche, mais sans vrai déficit moteur, avec hyper-réflexivité ostéotendineuse à gauche.

Ses crises se sont peu à peu espacées (cinq à six par semaine), mais restent très fréquentes à la maison. Par contre, lors d'un séjour en classe de mer, elle n'a fait aucune crise. Il s'agirait une fois de plus d'une illustration de l'efficacité préventive d'une occupation systématique, qui potentialiserait les crises. Les médecins ne notent aucune relation évidente entre le traitement et les variations de santé. S'agirait-il de facteurs psychogènes ? Il est vrai que Marine est assez opposante à la maison, exigeante et impulsive.

La mère, elle-même éducatrice, se reconnaît comme surprotectrice et dit qu'on parle probablement trop de maladie à la maison. Elle a souhaité le placement de Marine pour se distancier, et aussi vu le faible niveau scolaire de Marine, qui, à

13 ans, a un niveau C.P. en mathématiques.

Marine a participé à une rééducation ergothérapeutique avec travail sur les graphismes, la structuration de l'espace et l'orientation. Elle est suivie en orthophonie pour discalculie, n'ayant pas la notion d'originé, ni d'ordre des nombres. Elle ne peut compter jusqu'à 50 ni additionner (passage au symbolique).

Projet :

Outre la stabilisation en cours de la maladie et la remise en route d'une scolarité limitée, les éducateurs souhaitent pour elle qu'elle dépasse la honte de faire des malaises qu'elle trouve une bonne distance dans ses relations car elle exige une présence assidue pour la rejeter ensuite, et enfin, souhaitent la voir s'améliorer sur le plan de la motricité fine et la coordination de la marche.

L'atelier "yoga-relaxation" peut l'aider à se revaloriser corporellement (il y est en effet toujours suivi une pédagogie de la réussite). Elle est la proie des quolibets des autres enfants pour son angisme qui lui couvre la moitié du visage. Elle accepte mal d'être ainsi marquée. Ensuite il a été possible de comprendre avec la psychomotricienne que le "collage" physique de Marine compensait son insécurité dans l'espace, souvenir de l'époque où elle chutait sans cesse.

J'ai donc insisté, pendant les séances, sur l'autonomie de Marine, l'amenant à réfléchir pour percevoir la situation de son corps, son orientation, sa latéralité, et surtout ses axes ; elle ne pouvait s'installer sur tapis dans un axe central, ce qui m'agaçait assez souvent. Je leur fais face, dans ces séances et l'imitation est possible. Mais Marine utilisait la longueur pour la largeur, quand elle choisissait de montrer une posture, s'installant dans les diago-

nales diverses, ce qui m'agaçait régulièrement.

Je suis intervenue très souvent pour la corriger mais sans contacts directs, j'avais implicitement décidé de la cadrer, de mettre de l'ordre. Elle pouvait donc se corriger seule, ou à l'aide de la grande glace installée récemment, elle oubliait aussi de placer certains segments de son corps, alors qu'elle énumérait les gestes à faire l'instant auparavant (dans la mesure du possible, avec les petits je nomme ou fait nommer les lieux du corps et les gestes). C'est surtout dans les postures d'équilibre qu'elle rencontrait le plus de difficultés, du fait de ses séquelles neurologiques, auxquelles se surajoutait une grande raideur du dos et des jambes. Elle appréciait beaucoup le yoga, elle a été une de mes plus fidèles abonnées (puisque les enfants choisissent pour une certaine part leur club) et entraînait pendant ses loisirs ses camarades à mimer les postures qu'elle appréciait le plus.

Il faut dire que sa famille percevait les vertus thérapeutiques dans le yoga, c'était un cadeau à sa mère, en quelque sorte. J'ai donc insisté auprès de Marine sur le yoga plus que sur la sophrologie proprement dite, tellement elle paraissait indifférenciée sur le plan de son corps. C'était lourdement didactique de ma part, mais correspondait au but de mon travail. D'autre part, je ne faisais que recommencer avec sa présence globale ce qui avait été entrepris comme rééducation du sens de l'orientation.

Je crois que Marine prenait un peu plus le temps de sentir ses attitudes, ses mouvements, surtout lorsqu'elle se servait de la glace pour se repérer. Ce détour par le miroir était sans doute nécessaire puisqu'elle ne ressentait probablement que de façon très fruste son propre corps. Peu à peu,

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

il m'a semblé qu'elle mobilisait globalement son corps lorsqu'on évoquait une posture, sans la mimer.

Un effet de mémoire ? J'alterne en effet les démonstrations visuelles et les démonstrations auditives, ce qui me permet de constater que des enfants dits rêveurs se souviennent très bien de ce qu'ils ont entendu. Cette méthode est celle de la gestion mentale, vulgarisée par La Garanderie. Elle est assez fructueuse, et se rapproche d'une pédagogie de la visualisation appliquée aux domaines scolaires.

En relaxation proprement dite, Marine se laissait très vite aller et selon elle, rêvasait fréquemment, racontant ensuite des souvenirs de vacances. Son imaginaire fonctionnait bien, selon l'institutrice. Elle acceptait bien de passer en revue son corps dans la sophrologie de base et joignait innocemment le geste à la parole. Lorsque j'évoquais le front lisse, par exemple, elle passait sa main sur son front au fur et à mesure de mon énumération.

Bien sûr, le goût des enfants pour le théâtre expliquaient ces gestes. Mais il m'a semblé qu'à 13 ans, elle pouvait être capable de rompre avec cette nécessité d'un contact pour nommer son corps, puisque les autres le faisaient bien. Je ne sais si j'ai eu tort de m'interposer, j'ai insisté pour qu'elle y pense seulement. J'avais choisi un style d'intervention basé sur la distance, le cadrage rigoureux dans l'espace. Marine comblait-elle son isolement, se rassurait-elle ? Il se peut aussi qu'elle ait un déficit sensoriel massif, mais qui n'avait pas été repéré. J'ai finalement décidé qu'à son âge, il était important qu'elle abandonne ce genre d'attitudes.

Je l'incitais régulièrement à montrer certaines postures, ce qu'elle faisait avec plaisir. Elle était alors debout dans la salle, faisait l'expérience de ses limites, nom-

mant aussi ce qu'elle faisait. Elle faisait alors de grands efforts pour se tenir droite, mais la dissymétrie de ses bras lui échappait. J'ai dû lui interdire à plusieurs moments d'aller corriger les attitudes des autres manu militari. Elle n'avait que trop tendance à déborder de son espace. Je tenais à lui créer un temps et un espace délimités, toujours pour tenter de travailler sur le symbolique.

On pouvait en effet penser qu'au déficit neurologique, se surajoutait une carence : elle n'avait pas défusionné du corps des autres, auprès de qui elle se repérait.

Depuis, ces réflexions ayant mûri avec la psychomotricienne, elle a été suivie en séances individuelles, et là il s'est trouvé confirmé qu'elle avait des difficultés dès que l'espace autour d'elle était vide, dès qu'elle devait compter sur elle. Nous ne savons toujours pas s'il y a lieu d'espérer des améliorations scolaires, entre autres. Mais nous avons su par l'enseignant d'E.P.S. que Marine progressait, qu'elle se perdait moins dans un parcours sportif comportant plusieurs changements de direction. Marine me demande souvent s'il y aura bientôt de la place pour elle dans le groupe, et me dit qu'elle a toujours les photos, la relation continue...

LE TRANSFERT EN RELAXATION

Les relations décrites ici sont compréhensibles dans le cadre des théories psychanalytiques sur le transfert. Mais, plus précisément, peut-on parler de transfert en relaxation ? Il y a là matière à controverses. Pour Michel Sapir, il est abusif de parler de transfert en dehors de la cure, strictement définie dans son cadre, et objet d'échanges monétaires. Avec Jean-Pierre Lehmann, il semblerait bien que toute situation hiérarchique induise et renforce une forme de transfert, ce qui

donc existe en relaxation, existe aussi entre homme et femme, enfant et adulte, jeunes et anciens. La différence de statut est évidente, la relation de pouvoir aussi. Mais n'importe quel être humain n'a-t-il pas pour l'autre ce pouvoir implicite d'être ou non là ? Ce n'est que lorsque quelqu'un s'absente, disparaît ou meurt qu'on appréhende ce pouvoir, me semble-t-il.

L'analyse ne crée donc pas le transfert qui est un phénomène plus général, tenant à la condition dépendante et plastique, infirme même, de l'enfant pendant ses premières années. Cette aptitude à la dépendance se poursuit dans l'adulte dont l'affectivité sera alors mélangée à une demande de ce type. Freud l'avait affirmé à diverses reprises, c'est une disposition naturelle, ensuite la névrose de transfert se développe du fait de la compulsion à répéter les situations infantiles. Ici, nous soulignerons que la relation au savoir est auréolée de prestige.

La sophrologie qui de par son origine dans l'hypnose s'appuie sur la suggestion a beaucoup évolué depuis les premières inductions, comme celle de Jacobson, très directive. Le recul psychanalytique a permis de diffuser désormais un enseignement où le rapport à l'autre, supposé-savoir-pour-vous est élaboré.

La spécificité du transfert en relaxation porte surtout sur la place du corps, celle du soigné et celle du soignant, respectivement en tant que vecteur de communication, et reflet de la structure de la personne. Les méthodes d'analyse du comportement et de l'attitude tonique sont donc d'un grand intérêt. Avec Ajuriaguerra, c'est vers la communication non verbale corporelle que l'analyse se porte : on sait par exemple que l'état tonique est un mode tourné vers le relationnel, alors que l'hypotonie est au

contraire une démarche d'appel... D'autres grilles de lecture existent et s'enrichissent mutuellement.

Si la place du corps est centrale, à mon avis, pour le transfert en relaxation, c'est aussi parce qu'il est le moyen de minimiser et d'éviter un transfert interminable et pernicieux.

En effet, plus l'enracinement corporel s'effectue, plus la personne se réunifie dans son schéma corporel, moins il peut donner prise aux leurs de l'imaginaire et d'un relationnel en miroir qu'il l'aliénerait. Car ce fameux stade du miroir s'il a une fonction unifiante, est aussi fonction d'autonomie, qui ne s'opère vraiment que longtemps après qu'avec la marche. C'est ce travail corporel qui fait la différence entre une suggestion plaquée, imaginaire et une autosuggestion vécue.

Quelques attitudes pendant les séances

Une spécificité du transfert en relaxation concerne la régression, plus ou moins importante. Nous avons vu que certains se défendent contre le laisser-aller de cette attitude peu commune hors contexte privé. Il n'y a pas lieu de forcer ces défenses, le jeune gérant en définitive son attitude. Pour Françoise Dolto, cette régression est thérapeutique : "La régression est un processus qui conditionne l'éventualité favorable de réunification spontanée biologique et symbolique à la fois d'un être humain menacé ou atteint dans son intégrité".

Le sujet régresserait à une image inconsciente archaïque du corps où son narcissisme s'étayerait sur la présence maternelle du thérapeute qui grâce à sa voix, recrée une enveloppe sonore, un bain de paroles réunifiant. Pour Winnicott, "dans un état de relaxation propre à la confiance

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

et à l'acceptation de la fiabilité du cadre thérapeutique, il la place... pour une séquences de pensées... d'impulsions, de sensations qui ne sont pas liées entre elles...⁽²³⁾

Encore faut-il que le soignant laisse place à cet espace par ses silences... De séance en séance, les moments de solitude s'accroissent, le maternage s'estompe. C'est peut-être ce que Bion appelait l'espace du rêve. C'est un apprentissage autre que celui de l'incorporation du schéma corporel. Il suppose certaines lois :

- Celle de la séparation des espaces : chacun est sur son tapis,
- Celle d'une relative immobilité,
- Celle d'un silence global.

Ces lois supportent me semble-t-il une sorte de castration qui construit l'autonomie du sujet. Cette construction d'un espace de rêve, à l'intérieur d'un espace de loi, ne se développe pas du seul fait du cadre, mais au prix d'un apprivoisement des angoisses de séparation, ceci rendu possible par le cadre. Nous avons vu Jean-Samuel et Marine aux prises avec ces difficultés.

Le rôle du sophrologue est de favoriser ce moment d'individuation, en tenant le juste milieu entre un holding forcené, omniprésent, et une absence de maternage. F. Dolto nous confirme la nécessité de cette fonction : *"Une régression s'installe autour de la personne du thérapeute, servant, qu'il le sache ou non, d'objet de complémentation fonctionnelle à un sujet marqué d'insuffisance de sécurité de base, de sécurité fonctionnelle dans son image du corps, actuelle ou archaïque"*.

Le toucher, pendant ces séances renvoie aussi à cette fonction maternante. Il s'agit à cette occasion de ne pas toucher au

détriment du dire, et d'éviter de vouloir maîtriser un corps qui échappe au modèle. Il peut servir à faire éprouver au patient ce que peut être un "holding", mais ne doit pas être systématique, ce qui aboutirait à colmater la demande.

CONCLUSIONS

Ce travail avec des jeunes comporte des limites liées au cadre institutionnel. C'est ainsi qu'il n'est pas utilisé de techniques découvrautes. Ceci est aussi lié aux limites de mon expérience. Je suis éducatrice et il m'importe plutôt d'être une "bonne" éducatrice qu'une "thérapeute" improvisée... Mais soulever cette question, c'est souligner à quel point elle se pose. En effet, dans ces divers récits, j'ai noté mes diverses explications comme elles venaient, et on a vu qu'elles recouvraient des dilemmes entre diverses attitudes, des intuitions peut-être, des décisions spontanées, des habitudes aussi plus simplement.

Il est important pour moi de travailler actuellement avec la psychomotricienne. Deux adultes sont indispensables pour prendre du recul. Ceci me permet aussi d'accroître la part d'enracinement corporel indispensable à ces jeunes comme à nous tous. Et le chemin est d'autant plus long que ce corps est malade.

Si donc je réfléchis à l'adéquation de telle ou telle technique découvraute pour l'un ou l'autre des jeunes, c'est en sachant aussi qu'il n'est pas possible d'en assurer le suivi et l'individualisation. Mais la "tentation" thérapeutique demeure ainsi que divers élans contradictoires qui font l'étoffe

de toutes nos relations : être ou ne pas être proche, comme avec Jean-Samuel. Contrôler ou s'abandonner comme pour Aziz et Marine. Ces besoins qui sont les leurs comme les miens, il est indispensable qu'ils ne restent pas de l'ordre de ma vie privée. Qu'en un lieu, personne ou espace de la page, je puisse constater quels sont mes contre-transferts. Non pas nocifs en soi du simple fait d'exister, mais parce qu'ils révèlent aussi quelque chose de l'autre qu'il m'a donné à vivre et quelquefois à sa place. Et bien sûr, dans ces contre-transferts... quelque chose de moi.

Limites de ce travail

Après réflexions sur certaines épilepsies où s'entrecroisent les facteurs constitutionnels et les facteurs traumatiques, je reste en attente d'une recherche systématique centrée sur l'imaginaire et les rêves dans l'épilepsie, ainsi que sur les troubles de l'image du corps. Le modèle psychosomatique de l'épilepsie pouvant être facilement caricatural, tant que le terme lui-même est ambigu. Il semble exclure les épilepsies traumatiques bien que par la suite les personnes puissent se structurer autour d'un parler ou d'une identité épileptique. Ces recherches n'en sont probablement qu'à leurs débuts.

Enfin, tout en sachant que la propension à convulser, sans foyer traumatique connu reste inexplicable, il est prudent de penser que d'autres progrès de l'imagerie cérébrale ou de la microphysique cellulaire, amèneront d'autres progrès dans les soins tant attendus par les patients.

A la fin de ce parcours théorique et personnel dans l'univers médical et la condition des épileptiques, il me semble plausible avec certains auteurs, de prendre parti pour une spécificité des atteintes psychologiques dues à l'épilepsie qui jus-

tifieraient une clinique empirique, dégagée des modèles hystériques ou constitutionnels qui voilent l'individualité des réponses.

Une approche "par le dedans", par le vécu des malades a tenté de reconstituer l'unité du mal-être épileptique, et nous sollicite comme soignants, dans notre fonction contenante, en miroir, pour ces personnes débordées par les crises qui se saisissent de leur corps, avec la responsabilité de ne pas accroître la dépendance. La proximité avec la maladie nous sollicite aussi de nous dégager des fantasmes autour de cette maladie qu'on a même supposée toxique, contagieuse, de nos projections personnelles.

Elle nous sollicite aussi, à un niveau d'inconscient collectif ou culturel, de nous situer envers la fascination autour de la mort apparente et de la résurrection que le malade épileptique met en scène malgré lui dans ses crises.

Ce n'est pas pour rien que dans la religion dominante de notre culture, quelqu'un meurt et renaît. La condition humaine restant une énigme, l'épilepsie nous la soumet à l'improviste.

D'une part, nos certitudes, savoir médical, empirisme soignant, nous amènent à nos distancer d'avec les phénomènes.

D'autre part la confrontation avec la mort apparente des crises, l'angoisse des patients nous condamnent presque au silence...

Savoir et silence s'entrechoquent dans un rapport presque initiatique à la maladie.

Quand le souci de soigner, ou au moins d'accompagner le patient dans ses alternances d'existence et de désertion reprend ses droits, il me conduit au besoin de défendre l'idée que l'épilepsie n'est qu'un "sommeil malencontreux", de banaliser l'image de mort, si proche, de me défendre à travers cette idée.

SOINS PAR LE YOGA ET LA SOPHROLOGIE DE JEUNES MALADES D'ÉPILEPSIE

Et, comme pour certaines mourants, c'est une sorte de révolte contre l'injustice de la maladie, mais surtout contre l'image si négative, faite de l'épilepsie, que j'en arrive à me référer.

Il est "insoutenable" que le rejet social

frise parfois la ségrégation. C'est pourquoi à mon échelle, à mon niveau, ces diverses implications m'amènent au besoin de tenter de "réparer".

La sophrologie a ce sens pour moi.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

Bastide Roger,

Le rêve, la transe, la folie,

Flammarion, 1972, 263 p.

Beauschène Hervé,

Histoire de la psychopathologie,

PUF, Paris, 1966, 268 p.

Beaussart Marc et Jacqueline,

Vivre l'épilepsie,

SIMEP, Villeurbanne, 1982, 110 p.

Billiard Isabelle,

Désorganisation et processus

de somatisation, M.I.R.E., Paris, 1976.

Bohm David,

La danse de l'esprit,

Seveyrat, St-Hilaire, 1988, 217 p.

Bouvard Claude,

L'épileptique et les autres,

SIMEP, Villeurbanne, 1974, 203 p.

Canguilhem Georges,

Comment définir le normal,

A. Colin, Paris.

Covello, Epilepsie,

Symptôme ou maladie,

Hachette, 1972.

Devereux Georges,

Essai d'éthnopsychiatrie,

N.R.F.

Durand Gilbert,

Les structures anthropologiques de l'imaginaire,

Dunod, 1969, 536 p.

Fernandez-Zoila Adolfo,

Freud et les psychanalystes,

Nathan Paris, 1986, 256 p.

Foucault Michel,

La naissance de la clinique.

Histoire de la folie à l'âge classique,

Gallimard.

Hubert Jean-Pierre,

Traité de sophrologie,

Dictionnaire de la sophrologie.

Jallon Pierre,

L'épilepsie,

PUF, Paris, 1992, 125 p.

Levaguereuse Laurent,

Groddeck, la maladie,

la psychanalyse, PUF, 1985, 77 p.

Morin Edgar,

L'homme et la mort,

Seuil, 1970, 359 p.

Nhi Barthe,
Yoga et psychiatrie,
Tête de feuilles, 1972, 154 p.

Pankow Gisela,
**25 années de psychothérapies des
psychoses, l'être là du schizophrène.**

Solié Pierre,
Les maladies initiatiques,
L'E.P.I., 1976, 149 p.

ARTICLES

Harrisson-Covelloe A.,
**Les murs d'une crypte, les médica-
ments en épileptologie,**
Perspectives psychiatriques, 1983 ,n° 94.

Imiscoza
**Epilepsie, psychanalyse
et psychothérapie,
L'épileptique et les autres,**
SIMEP, Villeurbane, 1974.

Lehmann Jean-Pierre,
**Peut-on parler de transfert
en relaxation ?,
Psychosomatique,**
La pensée sauvage.
Nathan Thobie,
La fonction psychique du trauma,
Nouvelle revue d'éthnopsychiatrie,
La pensée sauvage, 1987.

Rougiera,
**Données fondamentales,
Neurochirurgie,**
Masson, 1993, n° 38.

PROGRAMME DES ET ACTIVITES

FACULTE EUROPEENNE DE SOPHROLOGIE

**COLLEGE
INTERNATIONAL
DE SOPHROLOGIE
MEDICALE**

**CENTRE DE
SOPHROLOGIE
DE PARIS**

**DÉLÉGATION OFFICIELLE
DE LA FÉDÉRATION MONDIALE
DE SOPHROLOGIE
87 boulevard Raspail
75006 PARIS**

DIRECTEUR DES ETUDES :

Dr J.P. HUBERT
Co-Président Fondateur
du Collège
International
Président de la Faculté
de Sophrologie
Chargé d'enseignement
à la Faculté de
Médecine et Biologie
Humaine Paris-Nord

- **Cours d'enseignement de base**
14-15-16-17 octobre 1994
1er cycle
10-11-12-13 novembre 1994
1er cycle
- **Cours de formation**
2-3-4-5 juin 1994
2ème cycle
17-18-19-20 novembre 1994
3ème cycle
11-12-13-14 novembre 1994
3ème cycle
3-4-5-6 juin 1994
4ème cycle
18-19-20-21 novembre 1994
4ème cycle
- **Cours post enseignement
(formation et perfectionnement)**
21-22-23 janvier 1995
5ème cycle
- **Session d'examen probatoire
en vue du certificat**
Soutenance des mémoires
et applications pratiques
- **Prochaines sessions
d'examen probatoire -
soutenance du mémoire**
5 juin 1994
examens écrits
5 juin 1994
soutenance mémoires
7 juillet 1994
examens oraux
- **Journées pratiques
d'obstétrique et préparation
à la maternité**
Vendredi 30 septembre
et samedi 1er octobre 1994
- **Journées sophrologie
et sport**
Samedi 10 et
dimanche 11 décembre 1994
- **Sophrologie du sport**
Samedi 10 et dimanche 11
Décembre 1994
Animé par le Docteur
Edith PERRAULT
- **Rencontre de maintenance 1994**
La rencontre annuelle de mainte-
nance aura lieu du 28 octobre
au 4 novembre dans le Sud
Marocain. Pour inscriptions
et renseignements, écrire au Centre
de Sophrologie de Paris
Places limitées.