HELIADES

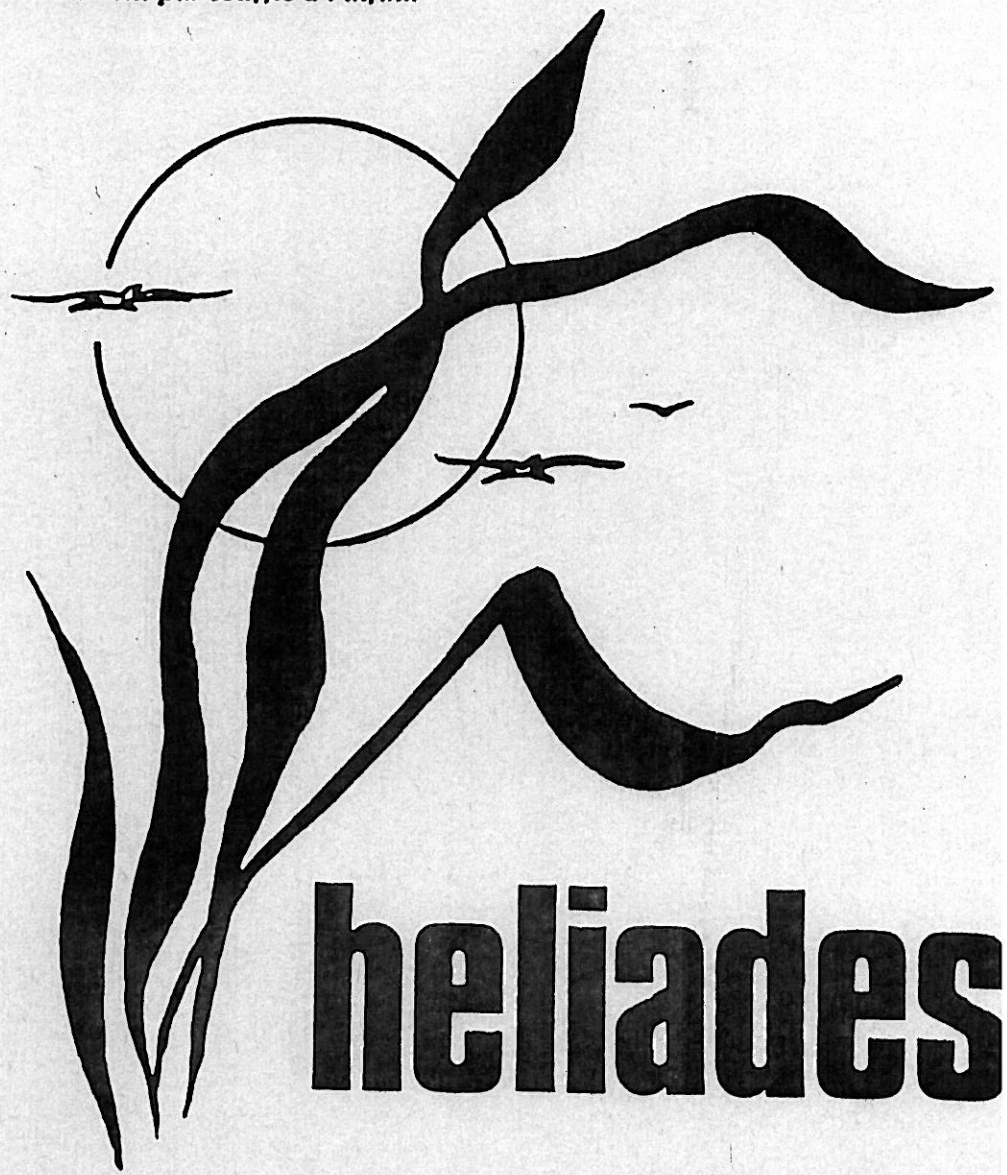
Revue trimestrielle d'ISTOR
Numéro 24 - octobre 1986

Directeur de la publication : J. Ropars
Dépôt légal - 4ème trimestre 1986

REVUE TRIMESTRIELLE D'ISTOR - NUMERO 24 - OCTOBRE 1986

ISSN 0247 - 7718

Le vent pur souffle à l'infini.



heliades

Abonnement à Héliades

REVUE TRIMESTRIELLE D'ISTOR
Institut pratique
de créativité et de relaxation

Prix de l'abonnement : 150,00 F pour un an,
soit 4 numéros pour l'année 1986.

Correspondance - Siège Social
ISTOR
17 avenue de Paris
94300 - Vincennes
tèl. 43 - 74 - 56 - 93

Envoyer C.C.P. ou C.B. à l'ordre d'ISTOR.

Istor 1986 ©
Tous droits de traduction et de reproduction réservés pour tous pays.

sommaire

- Editorial p. 3
Yves Ropars

- La dysharmonie fonctionnelle du système manducateur p. 7
Thierry Gulian

- Ex Libris p. 23
* Un pont sur l'infini, Richard Bach
* Le viol du silence, Eva Thomas

- Légende p. 25

- Les Complexes (suite du n 23) p. 27
Roger Mucchielli

- Communication interhumaine chez l'enfant p. 39
Pierre Couturieux

Ainsi, chacun peut se connaître et comprendre comment, en situation de communication, il exprime à tout moment des enchaînements de mimiques, de postures, de gestes, de touchers et de vocalisation, qui renseignent l'interlocuteur et le spectateur non seulement sur nos sentiments du moment, mais aussi sur notre profil de comportement.

Pierre COUTURIEUX

Bibliographie :

* Hubert MONTAGNER : L'enfant et la communication - Stock.
* R.E. TREMBLAY - M.A. PROVOST : Ethologie et développement de l'enfant - Stock.

Editorial

CES CYCLES QUI NOUS GOUVERNENT.

L'étude de l'énergétique chinoise et des lois régissant l'acupuncture montre, avec beaucoup d'évidence, que nous sommes tous dépendants de notre environnement, car notre corps tente de s'adapter constamment aux variations de chaleur, de froid, d'humidité et de sécheresse, de pression et de dépression.

Cette observation conduit d'ailleurs les praticiens de l'énergétique à considérer l'acupuncture comme une médecine cosmique.

Quant au cycle lunaire lui-même, il est communément admis aujourd'hui qu'il exerce une action sur les marées, la germination des plantes, sur notre psychisme et notre humeur. Et l'astrologie tente de situer notre évolution personnelle en analysant l'interférence des cycles des différentes planètes de notre système solaire, en relation avec le lieu et la date de notre naissance.

Aujourd'hui, la médecine elle-même s'intéresse très sérieusement à la notion de rythmes et de cycles; ainsi les cycles biologiques de 7 années sont-ils pris en considération par certaines facultés de médecine et quelques revues médicales font part de l'intérêt -pour le malade- de prendre les médicaments à certaines heures bien précises : une dose beaucoup plus faible que la dose naturelle permettra d'obtenir le même résultat, si elle est prise au moment opportun.

Quant à la notion de biorythmes, elle a été suffisamment répandue pour qu'il soit inutile d'insister sur les conséquences

bénéfiques de cette connaissance qui permet de prendre des précautions par rapport - notamment - aux jours « critiques » de nos différents cycles (physique - sensibilité émotionnelle - intellectuel).

Mais la notion de cycle s'applique également à la connaissance et au développement de l'être humain au niveau psychique :

Freud a eu, à cet égard, le mérite de mettre en évidence, dans la relation de l'enfant à sa mère, à son père, tout un processus d'évolution qui fait passer l'enfant du stade du nourrisson dépendant à celui de l'adulte autonome.

Qu'un traumatisme affectif suffisamment fort et répété intervienne à un moment donné du déroulement d'un stade et l'enfant restera marqué dans son évolution et dans sa manière d'appréhender ses relations avec son environnement et les événements de la vie. Il prendra des dispositions pour « s'adapter » et faire face, par le truchement des mécanismes de défense.

Depuis Freud, des chercheurs intéressés par l'étude de ces stades ont apporté à la compréhension de notre comportement des éclairages nouveaux et bénéfiques. C'est ainsi que les spécialistes de l'Analyse Transactionnelle ont mis en évidence l'importance du scénario de vie et des bioscénarios. (Voir article de A. Burgevin, Héliades n° 23, juillet 86).

Si certaines décisions de survie apparaissent au niveau du comportement et s'inscrivent également dans le schéma corporel, il apparaît également que le langage n'est pas neutre, mais bien au contraire, révélateur précis de nos besoins psychologiques dans les différentes situations de notre vie.

Or, la connaissance de ces besoins s'affine de plus en plus et elle devrait permettre à chacun d'atteindre cet indispensable épanouissement que Maslow considère comme aussi nécessaire que l'oxygène.

Contribuer à cet épanouissement n'incite certainement pas au développement du narcissisme ni de l'égoïsme, car elle suppose de la part du praticien du bonheur, une telle disponibilité à l'autre, une finesse de perception et d'esprit, alliée à un amour infini, donc

par plus d'agressions à son égard, tant à la crèche qu'à l'école, et au sein même de la famille.

Chez les enfants les plus agressifs, on constate une diminution significative de la fréquence des agressions, si l'éducateur les accueille isolément et s'il propose ensuite, tout en les valorisant, une activité manuelle attractive.

La sollicitation diversifiée de la motricité des enfants les plus agressifs, combinée à des relations valorisantes et non agressives de la part de l'éducateur, se traduit par une diminution des comportements d'agressions de l'enfant par rapport à ses pairs. Il développe d'autres modes de relations avec ses pairs, au cours desquels se construisent et se développent des imitations réciproques, des apaisements, des coopérations. Ainsi il contrôle, au moins partiellement, la fréquence, la force et la portée de ses agressions.

***

La communication interhumaine est avant tout verbale, elle est également non verbale par nos attitudes, les non dits et notre comportement gestuel.

Seule, la cohérence entre ces deux types de communication permet l'établissement de la confiance et du dialogue, surtout s'il s'agit d'une relation d'aide.

L'incohérence ou la contradiction entre ces deux types de communication peuvent conduire à la méfiance.

Communiquer, c'est aussi se connaître et s'accepter soi-même, c'est communiquer tout en s'observant communiquer.

Ces études, bien qu'ayant été pratiquées chez de très jeunes enfants, nous permettent de mieux comprendre la communication infraverbale dans son ensemble, d'autant que les profils comportementaux persistent à l'âge adulte, étant peu variables et sans doute fortement dépendants des constructions de l'enfance.

fréquents et plus longs quand l'enfant a changé de structure).

Les enfants dominés agressifs participent peu ou pas du tout aux compétitions, ne s'y imposent que rarement et présentent des alternances de peurs, craintes, agressions et isolements. Leurs agressions peuvent apparaître et se développer sans raisons apparentes, sans avoir pour objectif l'appropriation d'un objet et sont parmi les plus appuyées.

L'exemple de ces enfants montre clairement que le déclenchement et le renforcement des agressions ne sont pas forcément en relation avec les situations du moment, en particulier les situations de conflits et de compétitions.

Les dominés aux mécanismes de leaders participent peu ou pas du tout aux compétitions, ne s'y imposent que rarement et présentent dans tous les cas une fréquence significativement plus élevée de comportement de lien et d'apaisement, que de comportements agonistiques, de pleurs et de craintes. La fréquence de leur comportement agonisitique est très faible. Ils sont imités et suivis par un petit nombre d'enfants. Ils apparaissent comme ceux qui créent des situations et des jeux nouveaux.

Certains enfants s'isolent souvent et pendant de longues périodes. Chez eux la fréquence de comportement, de lien et d'apaisement est faible si on la compare à celle des autres enfants dominés. La fréquence de leur comportement agonistique est très faible ou nulle. Cet isolement disparaît habituellement au cours de la 3ème ou 4ème année.

***

Ces différents profils sont renforcés dans les classes des petits de l'école maternelle avec des modifications d'une semaine à l'autre. Ces modifications sont en rapport avec les modifications du comportement des parents.

L'enfant privilégie les comportements d'agressions lorsque la mère augmente la fréquence de ses agressions à son égard (rythme de travail soutenu, imposé par l'entreprise ou choisi).

L'augmentation de la fréquence des agressions se traduit

des aptitudes si profondes qu'elles ne peuvent favoriser le développement de l'Ego.

Ne nous y trompons pas : les plus belles œuvres artistiques n'engendreront jamais autant de plaisir et de joie que celles que procurent les vibrations harmonieuses créées par la relation sensible de cette mise en croissance. Le Créatif et l'enseignant en Biosynergie s'enrichissent de leurs potentialités réciproques et de leurs différences.

L'étude concrète des rythmes et des cycles conduit à connaître « l'Univers et les Dieux » et à se connaître.

Elle engendre une communication profonde et authentique. Elle apparaît donc comme une voie d'évolution et une voie vers le bonheur.

Yves ROPARS

L'idée de retour s'inspire du cours de la nature. Le mouvement est cyclique, et le parcours s'accomplit. Par conséquent, il est inutile de vouloir précipiter les choses de manière artificielle. Tout vient en temps voulu. C'est le message que nous livrent le ciel et la terre.

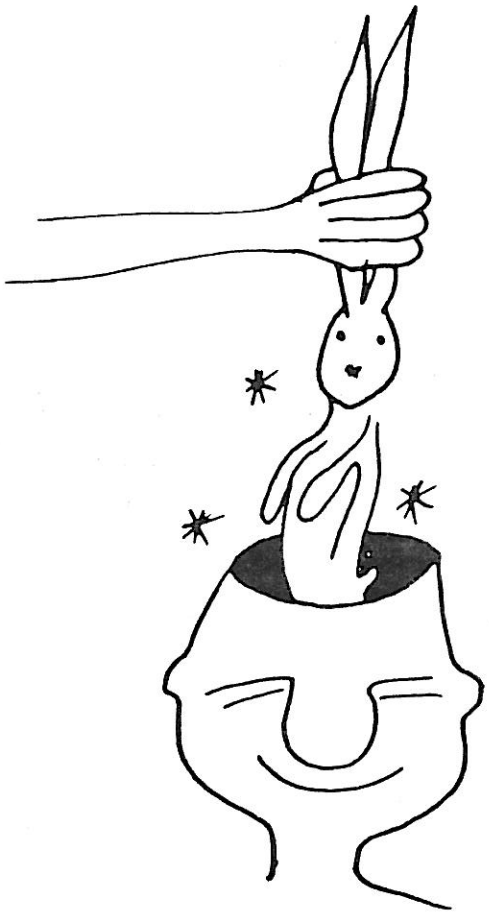
Tous les mouvements s'accomplissent en six étapes et la septième marque le retour. Ainsi, le solstice d'hiver, qui annonce le début du déclin de l'année, a lieu sept mois après le solstice d'été ... C'est ainsi que le repos fait place au mouvement.

Le Yi King

Livre des Transformations

Carte 42

L'HOMME MOTIVÉ :



UN DÉCOUVREUR DE TALENTS
CHEZ LES AUTRES

comportements de lien et d'apaisement que des comportements agonistiques. Présentant peu d'agression, ils sont imités plus souvent et plus longtemps que les autres. Communiquant au moyen de combinaisons et de séquences comportementales variées, non agressives et non craintives, ils apparaissent comme ceux qui créent des situations et jeux nouveaux.

Les dominants agressifs participent beaucoup aux compétitions, s'y imposent et présentent une fréquence nettement plus élevée des comportements d'agression et de menace.

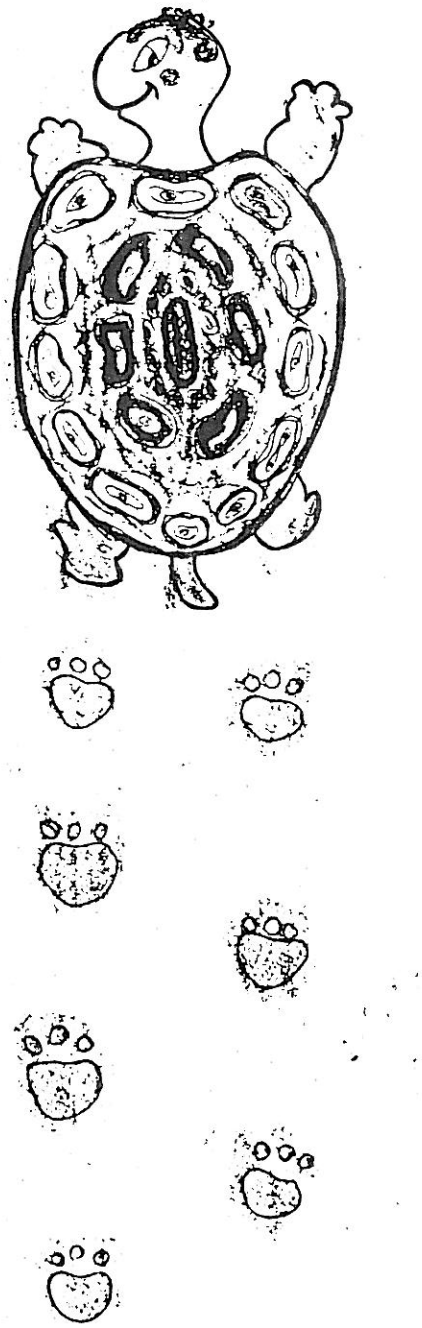
Ils sont imités et suivis moins souvent et moins longtemps que les leaders. Il désorganisent souvent les activités et les échanges des autres, passant à des agressions appuyées et répétées, sans raison apparente, ce qui s'accompagne fréquemment de pleurs chez les enfants qui les quittent. Ils apparaissent moins créateurs d'activités et de jeux nouveaux, privilégiant les jeux conventionnels. Les groupes constitués par eux sont composés en majorité par des enfants fluctuants qui participent beaucoup aux compétitions, et d'enfants craintifs subissant souvent les agressions des premiers.

Les enfants fluctuants participent beaucoup aux compétitions, s'y imposent et varient d'un jour à l'autre dans la fréquence relative de leurs différentes catégories de comportements.

Certains jours ou certaines semaines, ils apparaissent avec un profil proche ou non dissociable de celui des enfants leaders, d'autres jours, leur profil est celui des dominants agressifs.

Les enfants dominés craintifs participent peu ou pas du tout aux compétitions, ne s'y imposent que rarement et présentent une fréquence plus élevée de pleurs et de comportements de crainte et d'isolement que les autres profils de comportement. Comparés aux leaders, ils ont une fréquence significativement plus élevée de comportement de lien et d'apaisement. Les pleurs et les craintes sont plus fréquents, les agressions et menaces sont moins fréquentes que chez les dominants agressifs. Ce sont des enfants suiveurs des 3 autres profils d'enfant. En cas de conflit, c'est souvent sur eux que se dirigent les menaces et agressions des autres.

Recherchant souvent l'aide et le réconfort des éducatrices, ils mettent plus de temps que ceux des profils précédents à s'adapter à une nouvelle structure (les pleurs et isolements sont plus



La dysharmonie fonctionnelle* du système manducateur*

Occlusion dentaire* et Ostéopathie*

Les théories ostéopathiques, notamment crâniennes, nous font découvrir l'existence de relations complexes : tous les os, les muscles, les organes, les glandes du corps entretiennent d'étroits rapports (même si ces divers éléments sont topographiquement éloignés) par l'intermédiaire de fascias, de diaphragmes mus d'une rythmicité crânienne née de la physiologie névroglienne.

Les membranes non élastiques, les fascias, sont dites membranes de tension réciproque et, à ce titre, tout déséquilibre (quel que soit son origine) d'un point quelconque de l'organisme est immédiatement ressenti dans l'organisme entier au niveau osseux, musculaire, nerveux, vasculaire, hormonal, métabolique, etc...

** Cf. notes (1), (2), (3) et (4) en fin d'article.

Tout comme nous l'avons exprimé au sujet du système manducateur, l'organisme a la faculté de s'adapter aux déséquilibres structuraux et fonctionnels et de les compenser. Cependant, l'organisme peut être placé dans un contexte tel que ses facultés puissent être amoindries, c'est particulièrement le cas lorsque le sujet se trouve dans une situation de stress ou encore lorsque l'intensité du déséquilibre est trop grande ou que plusieurs déséquilibres se conjugent.

Les observations cliniques menées par des chirurgiens, des ostéopathes de renom ont permis de matérialiser des droites, des courbes mathématiques qui peuvent sembler bien arbitraires et notre esprit rationaliste peut s'étonner des résultats qui sont obtenus par cette thérapeutique. Seulement, on peut objectivement affirmer que le phénomène de double respiration primaire et secondaire qui fut longtemps discuté, a été mis aujourd'hui scientifiquement en évidence par des mesures électro-encéphalométriques, et que les travaux de dissection ont mis en évidence la continuité des membranes fasciales et diaphragmatiques qui sont toutes deux les principales bases de l'ostéopathie. Peut-être les progrès à venir viendront-ils confirmer ou infirmer la matérialisation des lignes mathématiques et des lemniscates.

Dans notre domaine, les théories respiratoires et fasciales nous semblent pour le moins des plus intéressantes et nous allons maintenant chercher à vérifier par la littérature, les statistiques, l'expérience clinique d'ostéopathes, d'occlusodontistes et plus modestement, par nos propres recherches cliniques, si occlusodontie et ostéopathie peuvent faire route ensemble et conjuguer leurs démarches au profit des patients souffrant de dysharmonie fonctionnelle du système manducateur. (2)

Il est à remarquer que de nombreuses similitudes et recoupements avec d'autres sciences comme l'acupuncture, le yoga, etc. . ne manqueront pas d'apparaître au long de notre étude, confirmant chaque fois l'utilité d'une coopération sans retenue entre les diverses spécialités médicales concernées.

Leur signification est décodée clairement et rapidement par le receveur, si l'on en juge par l'orientation corporelle, l'attitude générale d'attention et la rapidité de réponse du receveur qui est rarement une agression ouverte, (détournement de la tête et du buste, proposition soudaine d'une activité originale ou attractive); ces comportements permettent à l'enfant d'échapper à une véritable agression.

La saisie est la prise d'un objet sans sollicitation apparente. L'agression ouverte est un contact corporel apparemment dommageable pour l'enfant cible, entraînant des blessures apparentes, des pleurs et une détresse. L'enfant cible s'isole ou cherche une protection avec un adulte. Le pourcentage des actes de saisie et des agressions est beaucoup plus important de 15 mois à 24 mois, c'est à cet âge que les difficultés relationnelles prédominent.

Les isolements et les pleurs n'impliquent aucune communication apparente avec autrui et se traduisent par des comportements exploratoires nuls, tant par le regard, que par la motricité corporelle, à l'exception d'une activité buccale, (sucement d'un doigt ou morsure d'un objet), de certaines activités manuelles (ramassage d'un objet) et de comportements autocentrés.

***

Les profils de comportements reposent sur la façon d'être habituelle de l'enfant, et sur ses possibilités à obtenir et à occuper des situations qui donnent lieu à des compétitions. La dominance et l'agression ne suffisent pas à définir les comportements des enfants, car certains enfants parviennent à obtenir les objets attractifs et à occuper les situations qui ont engendré les compétitions, sans avoir exprimé la moindre agression et parfois même, sans avoir participé à ces compétitions.

L'étude porte donc également sur les mécanismes d'approche, d'entrée en contact, de poursuite de la relation et ce, dans les situations les plus diverses.

Ainsi, 7 profils comportementaux sont définis :

Les leaders sont des enfants qui entraînent souvent les autres, qui participent beaucoup aux compétitions, s'y imposent souvent et présentent une fréquence nettement plus élevée des

Ainsi ces études permettent de comprendre comment un enfant agit pour attirer l'attention, pour établir ou poursuivre une communication.

Les différents enchaînements d'actes décrivent des échanges à valeur de lien et d'apaisement ou de menace et d'agression, enfin des comportements d'isolement et de pleurs.

Selon la fréquence d'émission de tels ou tels échanges et après des observations répétées, on décrit un profil de comportement propre à chaque enfant.

Notre but est de vous décrire les comportements simples et de définir les profils de comportement tels qu'ils ont été décrits par H. MONTAGNER. Nous analyserons ensuite comment ceci peut être utilisé par l'éducateur; enfin, l'homme adulte garde en mémoire ces profils comportementaux de la petite enfance et ceci intervient dans les façons de communiquer avec autrui.

Les gestes de lien et d'apaisement sont destinés à établir un contact ou à le rétablir lorsque celui-ci était perdu. Ces gestes canalisent la menace. L'offrande est caractérisée par l'action de tendre les bras en direction de l'autre, ouvrir la main et laisser partir l'objet tendu, ou simuler le départ d'un objet fictif. Les sollicitations sont des comportements qui comprennent une recherche active du regard, ou une orientation du regard vers l'objet tendu. Ce peut être aussi : avancer les mains en direction de l'objet ou pointer le doigt sans raideur en direction de l'objet, ceci peut être accompagné de touchers corporels légers ou de l'action de pencher la tête sur le côté.

Ces actions ont pour but de solliciter l'attention, la participation à une activité, d'obtenir un objet détenu par un autre. Ces gestes sont clairement compris par l'autre dès le plus jeune âge.

La menace apparaît pour régler un conflit sans qu'il y ait de touchers corporels appuyés; ils règlent la possession d'un objet. Les principales formes sont « ouverture soudaine de la bouche, accompagnée d'une vocalisation caractéristique », « bras levé en direction de l'autre et plus ou moins projeté en avant », « avancée brusque de la tête et du buste », « pied lancé en direction de l'autre sans atteinte de celui-ci », « regard fixé sur l'autre, les dents serrées et les sourcils froncés », « début de poursuite », « pointer le bras en direction de l'autre, bras brusquement tendu et le regard fixé sur l'autre ».

Les dysfonctions, l'occlusodontie et l'ostéopathie

Nous énumèrerons dans un premier temps les faits (études et statistiques) puis nous tenterons dans un second temps d'en tirer synthèse et peut-être théorie.

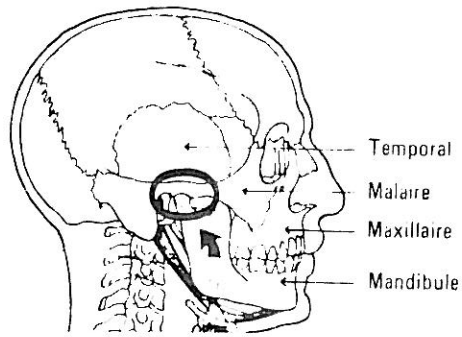
* LES FAITS.

1) Symptomatologie

Le docteur S.D. SMITH, Directeur du Temporo-mandibular orthopediccenter de Philadelphie (U.S.A) a effectué de très nombreuses études dont nous énumèrerons rapidement le contenu :

a - Un pourcentage incroyablement élevé de femmes ayant des problèmes de cycle menstruel ou ayant subi une hystérectomie, ou devant faire face à des problèmes d'ordre gynécologique souffrent d'une pathologie fonctionnelle du système manducateur.

b - Les patients possédant des problèmes d'articulation temporo-mandibulaire présentent, quasiment tous, une tension nerveuse anormale concomitant avec un « bombardement afférent » qui s'expliquerait facilement, selon SMITH, en sachant que 38 % des élements nerveux du corps humain passent par la région de l' A.T.M.



ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE
(A.T.M)

c - Chez les patients qui possédaient une reconstitution prothétique supérieure sans compensation des édentations postérieures mandibulaires, on note une susceptibilité particulière aux problèmes cardiaques; ainsi on a pu évaluer la probabilité des infarctus chez ces patients comme étant 6 fois plus importante que pour les personnes possédant une occlusion fonctionnelle compensée.

On a également observé chez ces mêmes patients une susceptibilité accrue au refroidissement et aux problèmes pulmonaires.

d - GELB, MAGOUN, SHORE et FONDER arrivent tous à la même conclusion selon laquelle les sujets possédant une occlusion physiologiquement équilibrée étaient nettement moins enclins à la maladie.

e - De nombreux cliniciens dont S.D. SMITH et l'équipe TILS-BENNISH (équipe de dentisterie et cardiologie) ont fait remarquer qu'ils avaient rarement vu un patient cardiaque qui avait un support occlusal postérieur (5) et une dimension verticale d'occlusion (6) appropriés. Ainsi TILS et BENNISH mirent en évidence en 1979, par une étude statistique, les rapports étroits qui existent entre dysfonction temporo-mandibulaire et prolapsie de la valve mitrale : 92 % des patients souffrant d'une arthrite de l'articulation d'origine non traumatique avaient une prolapsie de la mitrale.

Nous avons personnellement, avec l'aide du Docteur LARDY, pu apprécier chez les personnes souffrant d'une dysharmonie fonctionnelle du système manducateur d'intensité importante, qu'il existait toujours une altération de la respiration primaire avec blocage du mouvement inspiratoire des temporaux et/ou déplacement pathologique de l'occipital et/ou déviation de la colonne vertébrale et dysharmonie fonctionnelle de certains organes (foie, cœur, organes génitaux ...) ou de certaines fonctions respiration, déglutition, digestion, . . .) ce que confirment le Docteur S.D. SMITH et d'éminents confrères en s'appuyant sur des documents radiographiques et des mesures orthopédiques.

Communication Interhumaine chez l'enfant

COMMUNICATION INFRAVERBALE DE L'ENFANT ET PROFILS COMPORTEMENTAUX

Alors que les pédiatres et psychologues ont établi des tableaux chronologiques pour les activités motrices réflexes, la motricité globale, ainsi que les stades de développement, d'autres chercheurs se sont orientés sur l'étude des comportements et des systèmes de communication de l'enfant et de son environnement.

Ces chercheurs éthologistes* ont apporté un nouvel élément dans la compréhension du développement de l'enfant et ainsi ils donnent à l'éducateur, ou psychologue, de nouveaux moyens d'aide dans les difficultés d'adaptation de l'enfant par rapport à son environnement.

Les enfants sont observés à l'aide de caméras vidéo et l'on analyse ensuite les différents comportements en terme de mouvement et d'activité observable. On établit ensuite les enchaînements d'actes, les plus fréquents entre deux enfants qui s'expriment soit en activité libre, soit en activité dirigée.

* L'éthologie est la science des comportements des êtres dans leur milieu naturel. Pour l'enfant, les études portent sur l'enfant avec ses pairs en milieu naturel, tels que les crèches, les écoles maternelles ou primaires.

CONCLUSION

La part du passé et du jeune âge dans l'édification des complexes est maintenant bien établie, ce qui révèle la responsabilité du milieu de vie de l'enfance, et d'abord des parents et des éducateurs, dans la constitution de ces complexes. Il ne faudrait pas en conclure pour autant, qu'il faut éviter aux enfants toute barrière, tout interdit et toute frustation. L'éducation dans l'absence de valeurs, de limites et de contrôle de soi produit d'autres troubles plus graves que les complexes.

Roger MUCCHIELLI.

Nous remarquons donc statistiquement et cliniquement, l'existence parallèle de symptomatologie (généralisée et des plus diversifiées) concomitant avec une occlusion inadaptée physiologiquement et fonctionnellement. Avant d'en conclure à l'implication étiopathogénique de l'une envers l'autre, nous nous devons d'observer *si la symptomatologie générale cède à la réhabilitation occlusale et/ou si la symptomatologie des dysfonctions du système manducateur cède à la réhabilitation fonctionnelle de l'ensemble du corps.*

2) Traitement

a) Réhabilitation occlusale et symptomatologie générale.

Un rapport du Docteur S.D. SMITH relate que :

321 femmes sur 326, admises à un hôpital de Chicago (USA) pour des problèmes gynécologiques, possédaient une malocclusion. Il s'est avéré qu'après réhabilitation occlusale *sans traitement conjoint de gynécologie,* 320 ont vu tous leurs problèmes gynécologiques disparaître.

Ces femmes ont été revues quelques années plus tard; elles n'ont jamais été inquiétées par une réapparition de leurs problèmes d'antan.

Des études réalisées par le Docteur S.D. SMITH avec un appareillage électronique très sophistiqué (plethysmographe, enregistreurs de gradient de température et de flux sanguin à ultrasons) ont mis en évidence une variation très significative du flux sanguin dans les extrémités des bras et des jambes après décontraction musculaire du système manducateur grâce à l'emploi de gouttière occlusale ou de plan de morsure rétro-incisif chez les patients souffrant de dysfonctions de ce système. Ainsi l'on pouvait observer notamment un accroissement significatif du flux sanguin dans les doigts, particulièrement ceux qui étaient moins irrigués par rapport aux autres, et un accroissement de la température de cette extrémité qui reprenait une valeur normale.

Après quelques mois, les mêmes études furent de nouveau réalisées et on observa la conservation des résultats acquis après décontraction de la musculature du système manducateur.

Le même Docteur S.D. SMITH pratiqua également l'expérience consistant à injecter un myo-décontractant dans un ptérygoïdien externe spasmé ou à le décontracter, ceci grâce à un moyen accessoire doux et surtout passif de décontraction (plan de morsure - gouttière occlusale) puis à mesurer la perception de la douleur dans le 3ème ou 4ème segment abdominal. Celle-ci était considérablement modifiée par rapport aux mesures effectuées avant la décontraction musculaire au sein des muscles masticateurs.

Prolongeant son expérience, il mesura que les muscles des épaules, des bras, des jambes, les muscles abdominaux présentaient une variation de tonus musculaire et de longueur très significative lorsque la mandibule retrouvait sa position physiologique myo-déterminée. (7)

Les spécialistes de la médecine du sport aux U.S.A. ont conclu à la nécessité impérative de l'occlusion fonctionnelle non pathologique chez les athlètes de haut niveau de leur pays. En effet, il s'est avéré qu'après traitement de l'occlusion chez les athlètes ne réalisant pas les performances que l'on était en droit d'espérer d'eux, leurs performances s'amélioraient considérablement tout comme leur résistance à l'effort; ceci peut s'expliquer par l'amélioration de leur potentiel « santé générale ».

Certains enfants très doués, dominant les autres athlètes de leur âge, se voyaient dépasser par ceux-là même qu'ils battaient régulièrement lors des compétitions, en passant de l'adolescence à l'âge adulte.

Ne peut-on pas rapprocher ceci de l'étude de P.VUILLEMOT selon laquelle la malocclusion (8) voyait son pourcentage augmenté en passant de l'enfance à l'âge adulte ?

FARRAR, GELB et STILL (USA) ont traité des grands cardiaques par port de « plans de morsure rétro-incisifs ou gouttières occlusales »(9), réhabilitation occlusale, exceptionnellement par chirurgie au niveau du disque de l'articulation temporo-mandibulaire dans les cas d'arthrite évolutive et ont constaté que les problèmes cardiaques de ces malades avaient très largement régressé et

dotée d'un pouvoir de suspension et de dissolution des significations provenant du niveau vécu non réfléchi, lorsque celles-ci ont été clairement reconnues.

C) La désensibilisation méthodique.

a) l'entraînement assertif de Eysenck;

b) la relaxation dans la désensibilisation progressive de Wolp.

II) Les psychothérapies.

A) Les psychothérapies individuelles.

a) la relation thérapeutique;

b) la compréhension, par le thérapeute, de l'univers privé de son client;

c) l'élucidation des constantes formelles, des scénarios, des cercles vicieux et des axiomes irrationnels du comportement;

d) la confrontation avec la réalité;

e) le renforcement du Moi.

B) Les psychothérapies de groupe.

a) le groupe de psychothérapie ou de socio-thérapie est une situation sociale;

b) chacun s'aperçoit qu'il n'est pas le seul à avoir des problèmes;

c) chacun est informé de l'image qu'il donne de lui aux autres;

d) dans la situation thérapeutique de groupe, chacun peut essayer des attitudes nouvelles, des comportements, des rôles nouveaux;

e) les personnalités les plus à l'aise dans la situation de groupe ou les plus mûres affectivement ont une influence, et incitent les progrès des autres dans la même direction.

B) La prise de conscience de l'automatisme.

On connaît les difficultés de l'auto-analyse, rattachées depuis plus d'un siècle aux carences, lacunes et impuissance, de l'introspection.

Non seulement, nous nous mentons facilement à nous-mêmes dans la mauvaise foi, mais encore une part importante de notre personnalité : l'inconscient, échappe à notre regard intérieur.

Il sera inutile, dans l'intention de se soigner tout seul de ses complexes, de plonger dans son propre passé à la recherche de souvenirs traumatisants, ou de « ruminer » le détail des contenus d'une situation pour déceler les diverses émotions ou réactions personnelles qui s'y sont produites.

La méthode qui a le moins de chance d'échouer consiste d'abord à repérer les constantes formelles de votre comportement en situations typiques. Dans ce but, deux premières étapes : définir les situations, et formuler le comportement stéréotypé qui est le vôtre dans ces situations.

Pour effectuer ce genre d'observation sur soi, le fait que le Moi ne puisse directement suspendre le comportement complexuel et qu'il en soit, par définition, « étranger » ne peut que faciliter cette recherche. A noter l'intérêt qu'il y a à écouter à ce sujet ceux qui nous connaissent bien, qui remarquent nos invariants comportementaux plus facilement que nous-mêmes. Cependant, il faut, pour utiliser cet apport, éviter de mettre systématiquement en alerte et en batterie nos défenses sociales et réfléchir in petto sur l'intérêt de la constante ainsi dévoilée.

Une troisième phase de cette auto-observation, après avoir affermi les résultats des deux précédents, consiste à se demander quelle signification on a donnée aux éléments de la situation. Le point de référence et de vérification se trouve dans le comportement.

Il suffira en effet, de reconnaître le mécanisme toutes les fois qu'il joue, de saluer le système complexuel perception-réaction toutes les fois qu'on le surprend en action. Sans rien faire d'autre. Au début, on le reconnaîtra après coup, mais peu à peu, avec de l'entraînement, on le reconnaîtra pendant qu'il fonctionne. A partir de ce moment, le mécanisme dépérit pour ainsi dire.

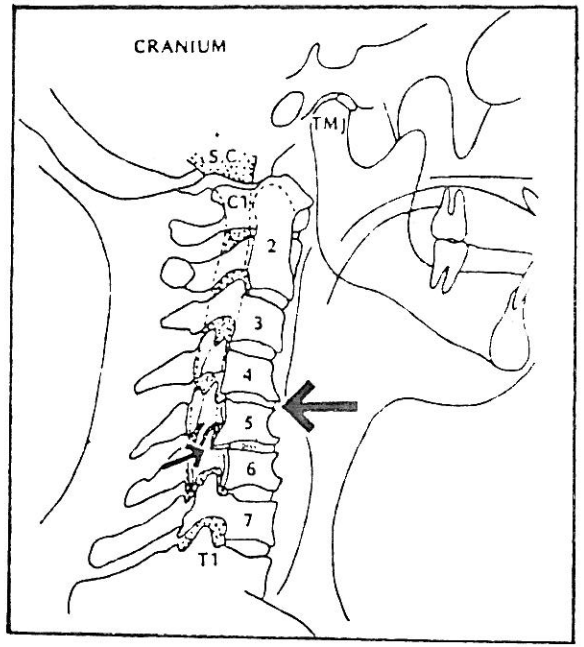
Pourquoi dépérit-il ? Sans entrer dans le débat entre psychologues à ce propos, disons que la conscience réfléchie semble

s'étaient stabilisés chez les patients ayant subi des dommages myocardiaques irréversibles.

Nous avons constaté nous-mêmes l'amélioration des problèmes hépatiques, circulatoires, pulmonaires, nerveux et squelettiques chez des patients que nous avons traités à des fins équilibratrices de l'occlusion.

Des radiographies prises avant et après traitement de décontraction musculaire du système manducateur prouvent l'efficacité du port d'un plan de morsure sur la réhabilitation structurelle et fonctionnelle de la colonne vertébrale.

Ainsi peut-on observer qu'une malocclusion provoque classiquement une inversion de la courbure cervicale lordotique se matérialisant par une syphose, provoque une irritation particulière du nerf cervical s'extériorisant en C5 et C6 et influe au niveau du système sympathique sur l'activité cardiaque.

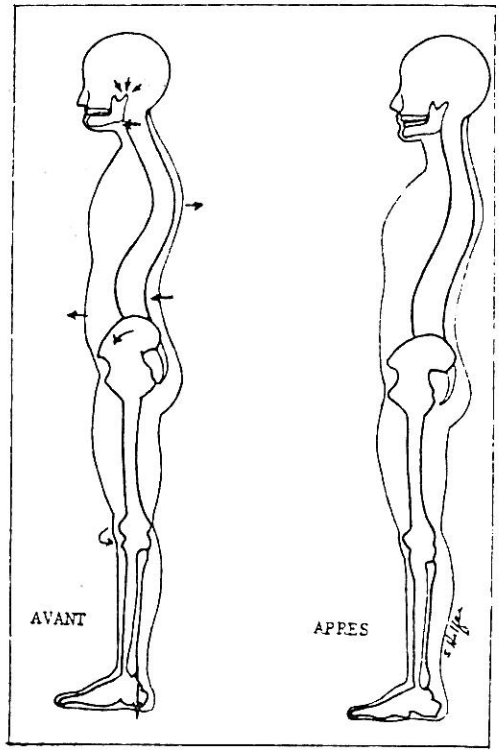


Après traitement par plan de morsure, on voit une autorégulation caricaturale de la région vertébrale cervicale.

On peut étendre ces observations au squelette osseux entier. Ce que proposent LUNCEFORD et KINNIE :

Avant traitement des dysfonctions temporo-mandibulaires on observe un relâchement général de la posture du sujet : la tête est projetée en avant, les épaules sont courbées vers l'avant, le dos est voûté, la région lombaire anormalement creusée projetant le ventre vers l'avant donnant un aspect ventripotant. Les hanches présentent une rotation vers le bas, les genoux une rotation intero-externe et le corps semble reposer sur les talons.

Après traitement occlusal, il y a réhabilitation de la posture.



décompensés, c'est-à-dire des complexes qui ne sont pas métamorphosés par la compensation, la surcompensation, la rationalisation, la sublimation. Dans ces autres formes en effet, les défenses intérieures du Moi ont abouti à une certaine neutralisation de la gêne et des émotions dues au complexe. Il n'y a plus de mécontentement de soi. Certes, la conduite n'est ni détendue ni adaptée, le Moi n'est pas complètement libre, mais il a résolu à sa façon ses problèmes, et la personne concernée n'admet pas qu'elle a des « complexes ». Elle a réussi à s'accepter et ne tient pas du tout à se remettre en question. La notion de « guérison » est donc en dehors de ses préoccupations, et elle est même l'objet d'une résistance défensive.

Il faut nous entendre sur le concept de guérison. Il ne signifie absolument pas conformisation sociale ou « normalisation » par soumission aux normes culturelles ou sociopolitiques. Le but des démarches qui mènent à la guérison est de restituer au Moi son plein potentiel d'être, sa liberté ontologique, sa capacité de conceptualiser le présent au lieu de le percevoir à travers des grilles de significations venues du passé et le déformant de façon chronique. La guérison est la restauration de l'avenir comme dimension essentielle, de la capacité de « création », et du « projet » personnel.

I) Les moyens à essayer soi-même.

A) Inutilité de l'effort direct de volonté.

Puisque le complexe est une structure de perception et de réaction comportementale, mise en jeu automatiquement par une situation-signal, son autonomie même signifie l'impuissance actuelle du Moi, donc l'impuissance de la « volonté ».

C'est pourquoi on ne saurait trop insister sur l'inanité de l'effort direct de la volonté, comme d'ailleurs sur l'inutilité des « conseils » qui font appel à la volonté du patient.

Tous ces conseils se ramènent à trois variétés :

- appel à la volonté et à la reprise volontaire.
- tentative de réveiller l'affirmation de soi.
- attaque directe des distorsions complexuelles soit par démonstration de leur absurdité, soit par leur « explication ».

les relations interpersonnelles.

a) la localisation dans les objets ou situations définies.
b) la localisation sur des personnes.
c) les besoins complexuels.
d) les traits de caractère complexuels.
e) les conditionnements à des signes et signaux.

B) Les complexes et la vie conjugale.
a) complexes et « système des attentes ».
b) systèmes symétriques et systèmes complémentaires.
c) les scénarios complexuels.

La psychologie moderne, par l'analyse transactionnelle et par l'analyse de la structure formelle des communications, met à jour les systèmes des attentes et les scénarios répétitifs non seulement dans la vie conjugale mais aussi dans les relations professionnelles et dans les relations sociales en général.

Il est évident que la prise de conscience de ces invariants assimilateurs et réactionnels permettrait au Moi réfléchi de ne plus être mystifié par ses complexes. Connaître ou reconnaître ces invariants et les dissoudre apparaît comme une libération du Moi, qui par là redeviendrait lui-même, c'est-à-dire assumerait pleinement ses fonctions de maîtrise et responsabilité des conduites, conscience de soi, sens du réel et invention de son avenir . . . Mais cette prise de conscience n'est pas si facile . . .

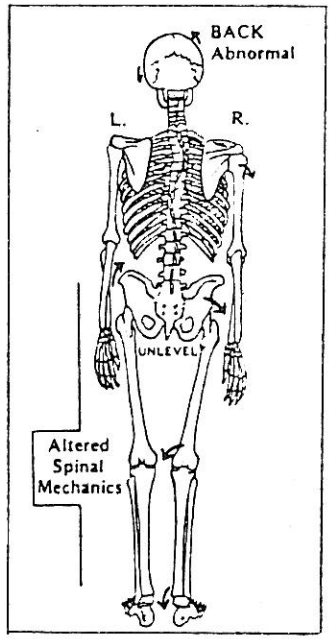
TROISIEME PARTIE

* GUERIR DE SES COMPLEXES.

L'individu qui « a un complexe » ne cherche pas nécessairement à en guérir. Seuls le voudraient et le voudront ceux et celles qui souffrent de leurs complexes, qui éprouvent la gêne intérieure et sociale traduisant les entraves du Moi dans ses initiatives et son impuissance relative devant le surgissement de comportements automatiques et d'émotions incoercibles déclenchés par certains types de situations, toujours les mêmes.

Or, cet état d'âme n'existe que dans les cas de complexes

Ce que confirme S.D. SMITH, précisant que les os du crâne sont également intéressés par des déplacements pathologiques et que la colonne vertébrale présente une scoliose d'intensité proportionnelle à la malocclusion, donnant un aspect penché de tout le corps avec l'impression d'un bras plus long que l'autre, un genou rentré intérieurement du même côté, etc ... cette dysharmonie cédant au traitement occlusal seul si la dysharmonie n'est pas trop grande.



La décontraction de la musculature du système manducateur et la réhabilitation occlusale (10) semblent toutes deux trouver une répercussion thérapeutique non négligeable sur un domaine beaucoup plus étendu que la simple sphère oro-pharyngée puisqu'intéressant l'ensemble de l'organisme.

b) Réhabilitation ostéopathique fonctionnelle de l'organisme et dysfonctions du système manducateur.

– Nous citerons, par exemple, le cas d'une fillette de 6 ans qui fut amenée en consultation pour des céphalées temporales très aiguës, fréquentes, localisées à la projection des grandes ailes du sphénoïde et pour des douleurs occipitales et cervico-dorsales.

L'interrogatoire révéla que ces symptômes apparurent deux mois et demi auparavant, date à laquelle son médecin lui instaura une talonnette orthopédique de 15 mm, compensatrice partielle d'une inégalité des membres inférieurs de 25 mm avec bascule pelvienne et scoliose manifestes.

Observations :

A la lecture des clichés pris après pose de la talonnette, on peut voir que la réhabilitation de la jambe courte droite entraîne :

- une compensation de l'inégalité des membres inférieurs;
- une amélioration de la bascule pelvienne;
- une correction de la scoliose lombaire;
- d'importantes perturbations mécaniques cervico-occipitales;
- une lésion ostéopathique de la symphyse sphéno-basilaire rompant l'intégralité de la ligne centrale de gravité du corps;
- une torsion crânienne;
- une déviation latérale de la mandibule;
- une rupture de la ligne antérieure du corps (symphyse mentonnière, symphyse pubienne);
- une perturbation de l'équilibre de toutes les autres lignes mathématiques du corps;
- une suppression des compensations acquises.

Après suppression de la talonnette inadéquate, restauration des lignes mathématiques du corps humain, harmonisation des 3 diaphragmes et libération de la symphyse sphéno-basilaire, cette petite fille a vu ces douleurs diverses disparaître.

DEUXIEME PARTIE

* LES COMPLEXES PERSONNELS.

I) Les grands complexes.

- Le complexe d'abandon.
- Le « « de rivalité fraternelle, (complexe de Caïn de Baudouin, complexe d'intrusion de Lacan).
- Le complexe d'insécurité.
- Le « « de castration, (complexe d'OEdipe de Freud).
- Le « « d'infériorité.
- Le « « de culpabilité.

II) Les complexes sans nom de la vie quotidienne.

Chaque être humain, du fait de la structuration précoce de la relation Moi-Univers à partir des expériences du jeune âge et des chocs accidentels, développe, qu'il le veuille ou non, des « catégories » de perception-réaction, des « systèmes » d'appréhension des situations de la vie et de réponses à ces situations, qui sont autant de complexes capables de perturber la compréhension des données actuelles et l'adaptation efficace de la conduite.

C'est là tout le problème de la subjectivité, liée de toute évidence aux significations affectives personnelles que nous projetons sur les situations de notre existence. Nos réactions spontanées (dites « naturelles ») sont toujours cohérentes par rapport à ces significations, même si l'ensemble significations-réactions est parfaitement absurde.

A) Les besoins et réactions complexuels de la vie personnelle dite normale.

En règle générale, on peut affirmer que chez les individus dits « normaux » les grands complexes sont le plus souvent « localisés » et « invertis » sur des objets précis, sur des situations assez bien délimitées, sur des personnes ou des catégories de personnes, et s'expriment par des besoins caractérisés. Naturellement se rencontrent aussi les personnes qui présentent un des grands tableaux cliniques précédemment décrits, sous une forme décompensée ou compensée : cependant, le plus courant est le « petit complexe » à contours limités et qui n'en est pas moins capable d'empoisonner

- la surcompensation
- la sublimation
- la rationalisation défensive.

Il s'agira des défenses automatiques et inconscientes du Moi contre ses propres difficultés internes, et non des mécanismes de défense sociale du Moi qui sont autre chose.

Le quatrième mécanisme de défense du Moi, la rationalisation, est à comprendre dans le sens défini par Wilhelm Reich, et non dans le sens simple de justification rationnelle d'un acte déterminé. Au sens de W. Reich, la rationalisation est la neutralisation complète du complexe ou plus exactement sa négation active par un système de défense qui est devenu le Moi lui-même. Autrement dit les « traits de caractère » dans leur ensemble sont des défenses devenues chroniques et définitives. (Traits de caractère « cuirassés ».)

Le caractère ainsi défini n'a plus rien à voir avec « le tempérament » ou « la constitution » du sujet. C'est une formation défensive générale qui a toutes les apparences du caractère naturel mais qui, en fait, a pris la place du caractère. Une rigidité étrange a remplacé la spontanéité du Moi, et cela correspond à une restriction de l'être. W. Reich parle dans ce cas de « névrose de caractère» sans symptôme, sans impression subjective de gêne ou d'inhibition chez la personne concernée.

Ces métamorphoses des complexes sont donc le résultat des défenses dont on peut dire qu'elles signifient une plus grande force du Moi. Il y a une grande différence entre l'impuissance du Moi face au complexe décompensé et la puissance du Moi lorsqu'il a, grâce à ses mécanismes de défense réagi d'une manière ou d'une autre pour dépasser sa gêne. Quoique les signes de la présence d'un complexe demeurent, la personne n'éprouve plus son complexe.

Il est important de signaler, à propos des défenses, qu'elles ont permis la rééquilibration du Moi, et que par conséquent, on expose la personnalité ainsi organisée à des risques graves si l'on « casse les défenses » d'une manière brutale ou aveugle, sans avoir établi antérieurement les moyens psychologiques et relationnels d'un renforcement authentique du Moi en vue de la liquidation de ses complexes éventuels.

Conclusions ostéopathiques.

Il ne faut pas vouloir harmoniser à tout prix une véritable inégalité de longueur des membres inférieurs par des moyens chirurgicaux ou orthopédiques, en particulier chez l'enfant.

Il est essentiel de tenir compte des compensations naturelles fonctionnelles de l'organisme.

La notion de structure n'est rien, si la fonction demeure équilibrée.

Conclusions occlusodontiques.

Par le port de la talonnette, on observe très nettement une modification de la stature mandibulaire perturbant l'occlusion. La présentation de ce cas montre :

1- Que la modification de l'équilibre statural du corps entraînera une modification des rapports osseux crâniens et des rapports d'occlusion ainsi que de toute la physiologie crânienne.

2- Tout comme nous le pensons en occlusodontie, on ne doit pas intervenir sur un système équilibré, compensé, même si celui-ci est structurellement anormal.

3- Les modifications pathologiques brusques sont, contrairement aux auto-compensations, mal supportées par l'organisme et augmentent l'intensité de la symptomatologie.

N.B. Ce cas n'est pas unique, de très nombreux cas auraient pu être exposés.

– Chez toutes les personnes atteintes très sévèrement de dysharmonie fonctionnelle du système manducateur, on observe un blocage ou une altération importante du mouvement de respiration primaire des os crâniens et particulièrement des temporaux, de l'occipital et du sphénoïde.

Après traitement de décontraction de la musculature du système manducateur chez les patients souffrant de dysharmonie fonctionnelle, nous observons la rémission complète de la symptomatologie dysfonctionnelle sauf pour les personnes chez lesquelles existait un blocage ou une altération importante du mouvement de respiration primaire des os crâniens. Pour ces personnes, on n'obtient qu'une diminution, certes très importante, mais non une

rémission complète des symptômes directement liés au système manducateur.

Après réhabilitation ostéopathique fonctionnelle (crânienne), on obtient la rémission totale et durable de la symptomatologie.

– Lésions ostéopathiques et dysharmonie fonctionnelle du système manducateur.

A/ Une lésion en rotation externe des maxillaires supérieurs provoque une version vestibulaire des procès alvéolaires maxillaires. Cette lésion en rotation externe des maxillaires supérieurs peut se remarquer facilement lors de l'examen clinique car le pli nasolabial est plus profond du côté du maxillaire en rotation externe.

B/ Une lésion en rotation interne des maxillaires supérieurs provoque une version palatine des procès alvéolaires maxillaires.

C/ Une lésion en rotation externe bilatérale des 2 temporaux provoque un recul de la mandibule.

D/ S'il existe une lésion en rotation externe unilatérale d'un temporal, il y a déviation de la mandibule vers le côté de la lésion.

E/ S'il existe une lésion en rotation interne unilatérale d'un temporal, il y a déviation de la mandibule vers le côté opposé à la lésion.

Conclusion.

Ces diverses lésions sont toutes génératrices de malocclusions, d'intensité variable, mais qui peuvent induire une dysharmonie fonctionnelle du système manducateur.

Or, nous devons tenir compte du fait que la malocclusion ne représente pas ici le facteur étiopathogénique primaire. Ce qui implique que traiter cette malocclusion uniquement par un traitement occlusodontique constituerait une erreur.

Il est impératif d'agir d'abord sur le facteur étiopathogénique primaire qui est la lésion ostéopathique, quitte à intervenir secondairement par un traitement occlusodontique pour obtenir une harmonie occlusale fonctionnelle.

Il est nécessaire, avant tout traitement orthodontique, de faire un bilan occlusodontique poussé, afin de ne pas avoir d'appréciation erronée sur le futur traitement orthodontique.

1) Les expériences marquantes.

a) Les conditionnements purs et simples.
b) Les troubles psychomoteurs chroniques.
c) Les perturbations dans la formation du caractère.
d) Les maladies du Moi, névroses et psychoses.

Les complexes au sens strict où nous les décrivons se situent sur ce continuum entre le repère a et d et ils résultent aussi d'expériences marquantes de l'enfance ou de l'adolescence.

Parmi les expériences marquantes génératrices de complexes, il y a deux grandes catégories :

A) Les traumatismes psychologiques, c'est-à-dire les chocs affectifs.

B) Les « climats » psychologiques perturbateurs.

2) Les périodes sensibles.

Le développement de l'enfant suit des stades bien définis, jalonnés par des « périodes sensibles » :

- 18 --- 36 mois, acquisition de la propreté.
- naissance --- 2 ans, relation avec la mère, prototype de la relation ultérieure à la réalité de l'Univers.
- vers 4 ans, différence anatomique des sexes, donc culpabilité associée à cette forme de curiosité qui aura le maximum d'effet à cette période.
- entre 7 et 8 ans, première socialisation.

Le Moi subira plus ou moins tel ou tel choc selon la période de son développement et y réagira différemment. A cela s'ajoute que les mécanismes de défense du Moi ne se mettent pas en place tous ensemble à la fois, mais suivant un ordre chronologique de maturation et de possibilité de fonctionnement.

3) Complexes compensés, surcompensés, sublimés, rationalisés.

Pour cerner l'essentiel, il suffit de connaître les quatre mécanismes qui dans le total des quinze ou seize mécanismes de défense du Moi, sont directement en jeu dans les transformations des complexes.

Ce sont : - la compensation

pétuellement à se renforcer lui-même. En effet, l'individu complexé ne perçoit dans la réalité et ne comprend dans les situations que ce que son complexe y a projeté.

Mais deux autres phénomènes, aux deux pôles du phénomène central déjà décrit, interviennent : le premier est l'extension du complexe à d'autres situations qu'aux situations déclenchantes directes, le second est le déclenchement de la réaction sur un simple signal résumant une situation typique.

Par là, le complexe tend virtuellement à contaminer la totalité de l'existence, et nous avons là une évaluation possible de son degré de gravité puisqu'à la limite, quand l'existence entière est thématisée, nous disons qu'il ne s'agit plus d'un complexe mais d'une névrose.

3) Séméiologie du complexe.

a) Il est excessif, démesuré, exagéré.

b) Il est stéréotypé, monotone, répétitif.

Ainsi se sont précisés les traits distinctifs du complexe, la façon dont il opère la déformation chronique du réel et de la relation interhumaine. En tant qu'invariant assimilateur, il remplace la perception de la situation concrète dans tous ses éléments originaux, par une structure de signification affectivement chargée et stéréotypée. Ni le réel ni autrui ne sont perçus dans leur être véritable et dans le contexte de la situation présente. Le champ de la perception est appauvri, filtré et thématisé. Le comportement, de son côté, expression d'une réaction émotionnelle déclenchée automatiquement, est stéréotypé et automatique.

* ORIGINE ET METAMORPHOSE DES COMPLEXES.

La psychanalyse, par l'accumulation des recherches cliniques et des thérapies, a apporté la preuve que l'origine de tous les complexes est dans l'histoire individuelle. Cependant il faut bien comprendre qu'il s'agit non pas de l'histoire du sujet telle que pourraient la retracer des témoins, mais des événements du passé tels qu'ils ont été vécus par le Moi avec ses moyens propres et dans l'état général où il se trouvait aux époques considérées.

Exemple : Une occlusion déséquilibrée amène inéluctablement un changement de position dans l'espace de la mandibule par rapport au maxillaire, position alors étrangère à la relation myo-déterminée qui représente l'état devant seul être pris en compte pour le *diagnostic orthodontique.*

Certaines lésions ostéopathiques peuvent également favoriser la survenue d'une dysharmonie fonctionnelle du système manducateur en provoquant directement une pathologie de fonction.

C'est le cas, par exemple, d'une lésion en extension de la sphéno-basilaire pour laquelle on observe un palais anormalement profond susceptible de provoquer une insuffisance respiratoire nasale (I.R.N.).

– Le Docteur S.D. SMITH a observé, quant à lui, que les manipulations ostéopathiques ne pouvaient être d'une efficacité complète et durable que si la despasmation musculaire du système manducateur avait été préalablement effectuée, ce qu'avait pressenti le Docteur A.T. STILL, fondateur de l'ostéopathie, en écrivant que :

« Le corps est le reflet du crâne
le crâne est le reflet des dents »

Conclusion.

Les dysharmonies fonctionnelles sévères du système manducateur semblent être concomitantes à l'existence d'une altération ou d'un blocage partiel du mouvement respiratoire primaire des os crâniens tels que les temporaux et l'occipital.

Les dysharmonies fonctionnelles du système manducateur ne semblent céder qu'après :

- despasmation musculaire du système manducateur et réhabilitation occlusale;
- réhabilitation fonctionnelle ostéopathique.

Extrait de « OCCLUSION DENTAIRE et OSTÉOPATHIE »
1984 Thierry GULIAN.

(1) Dysharmonie fonctionnelle.
Fonction : (selon le dictionnaire Larousse)

- rôle, charge, activité naturelle ou attribuée,
- ensemble de processus biologiques exécutés par un ou plusieurs organes et indispensables à la vie et à la survie chez l'être vivant.

Dysfonction : fonctionnement irrégulier, anormal, exagéré ou diminué, pathologique d'un organe ou d'un groupe d'organes.

On peut alors définir la dysfonction comme une anomalie de fontionnement d'un organe ou d'un groupe d'organes se matérialisant par :
- la perturbation exercée par ce ou ces organes,
- la possibilité de « contamination » du dérèglement fonctionnel à d'autres organes impliqués dans cette même fonction et qui, au départ, étaient parfaitement vierges de tout vice de fonctionnement,
- le maintien et l'entretien d'une pathologie de fonction.

Nous qualifierons l'état pathologique résultant de telles dysfonctions de dysharmonie fonctionnelle du système manducateur.

(2) Système manducateur : ensemble anatomique et fonctionnel s'organisant autour du maxillaire supérieur et de la mandibule et permettant principalement les fonctions de mastication, déglutition, phonation, respiration, etc... Il comprend des bases osseuses, les cartilages, les muscles, les vaisseaux sanguins et lymphatiques, le système nerveux en rapport aux différentes fonctions.

(3) Occlusion (dentaire) : tout état de fermeture de la mandibule sur le maxilaire supérieur se matérialisant par l'existence de contact dento-dentaire interarcades (entre les dents du maxillaire et de la mandibule).

(4) Pour mieux comprendre les éléments concernant l'ostéopathie traitée dans l'ouvrage plus complètement par l'auteur - se référer soit à l'article de Franck GILLY « Quelques éléments d'ostéopathie » (Héliades n° 2), soit au livre de Mesdames ISSARTEL « L'ostéopathie exactement » Ed. Laffont.

d'existence. Ces cadres conceptuels sont acquis dans l'effort de connaissance intellectuelle, et marqués par la réalité socio-culturelle à travers le langage et l'appartenance sociale.

Mais, à côté de ces concepts qui servent au codage-décodage de l'information, existe ce que l'on pourrait appeler des « pseudo-concepts » qui sont des résumés d'expériences personnelles chargées émotionnellement. Ce sont des « catégories » d'un niveau ni intellectuel ni socio-culturel, et avec lesquelles nous croyons aussi « comprendre » les situations ou les informations alors que nous ne faisons que projeter sur elles des significations personnelles vécues, sans grand rapport avec la réalité objective, et même distordant le sens « commun » de la situation ou de l'information.

Ces données permettent de comprendre le processus opératoire principal du complexe. Jung disait déjà : « Le complexe a un effet attractif et assimilateur. » Attractif, « il est comme une sorte d'aimant chargé d'énergie attractive qui s'attache tout ce qui se trouve à portée, même les choses indifférentes et en soi étrangères au sens du complexe ». . . Assimilateur, parce que « quiconque se trouve sous l'emprise d'un complexe prédominant, assimile, comprend et conçoit les données nouvelles qui surgissent dans sa vie, dans le sens de ce complexe, comme s'il vivait un immuable préjugé originel. » (L'homme à la découverte de son âme, tr. fr. p. 176).

Puisque le complexe agit au niveau de la perception par la sélection et l'interprétation des données, au niveau de la connaissance par une manière de comprendre elle-même déformée par les catégories affectives typiques du complexe, on est en droit de dire qu'il opère comme un invariant assimilateur : il donne toujours les mêmes significations aux données extérieures, il impose sa forme à priori au champ perceptif, il est un facteur de déformation chronique de la réalité.

La fonction « accommodation » qui consiste à tirer de l'expérience le concept ou l'idée en s'ajustant au réel, est à peu près complètement « bouchée » par l'invariant assimilateur qui, en sens inverse, structure le sens du donné à partir de ses catégories perceptives et cognitives à priori. Le processus normal et équilibré du va-et-vient entre accommodation et assimilation est faussé au profit de l'assimilation. Et c'est pourquoi, le complexe tend per-

Toujours dans ce cas, le Moi trouve sa propre réaction stupide, il essaie de « se corriger », de l'arracher de lui. En vain, la réaction est « plus forte que le Moi ». Voyons là, la manifestation d'un automatisme échappant au contrôle du Moi et à sa volonté.

Le complexe ne surgit qu'en réponse à une situation réelle, c'est, non pas une habitude invétérée « fonctionnant » toute seule, mais une réaction affective et comportementale à un genre de situation. Le complexe est certes un automatisme comportemental de réponse, mais il contient une charge affective émotionnelle intense. La réaction n'est pas purement motrice, elle est « un état d'émotion ». Le sujet complexé a conscience de son complexe, dans le cas du complexe non compensé, c'est-à-dire la forme la plus simple et la plus nette, celle où se distingue « l'autonomie » du système affectivo-comportemental de réponse à certaines situations. Le Moi « subit » son complexe; ses défenses sont inefficaces.

Mais nous serons amenés, après avoir décrit les mécanismes défensifs efficaces comme la substitution, la compensation et la surcompensation, à parler d'autres formes de complexes et d'une autre relation avec le Moi. Le résultat de la défense du Moi, dans ce cas, est que le Moi n'a plus conscience de son malaise. Il ne perçoit plus les effets du complexe comme une anomalie gênante. Le sujet attribue son comportement à son « caractère », à sa « personnalité », à des « principes personnels ». La défense automatique réussie du Moi par rapport à son complexe primitif a pour résultat d'intégrer une nouvelle formation complexuelle à la personnalité, nouvelle formation que le Moi reconnaît comme sienne ». Le complexe est alors métamorphosé. Il est perceptible pour tous les observateurs avertis, mais il n'est plus conscient pour le Moi lui-même.

2) Mode opératoire du complexe.

Agissant comme « système » toujours prêt à se déclancher, dans la vie relationnelle de l'individu (enfant, adolescent ou adulte) le complexe « opère » au niveau perceptif, au niveau cognitif et au niveau comportemental.

Notre perception utilise des formes cognitives abstraites ou concepts pour identifier les « objets » du monde extérieur et leurs rapports pour coder les « informations » en provenance du milieu

(5) support occlusal postérieur : contact entre molaires du maxillaire supérieur et de la mandibule assurant un « calage » molaire.

(6) Dimension verticale d'occlusion (D.V.O.) : hauteur de l'étage inférieur du massif cranio-facial déterminée lors de l'occlusion; elle varie d'un individu à l'autre et correspond normalement à un équilibre physiologique, mais cet équilibre devient largement menacé lorsque la DVO est significativement diminuée ou augmentée, naturellement ou suite à l'élaboration de diverses restaurations prothétiques élaborées sans le respect scrupuleux de l'équilibre anatomo-fonctionnel du système manducateur.

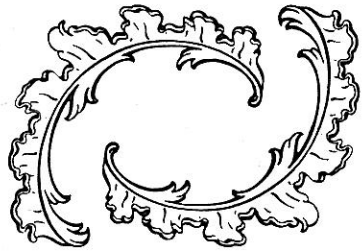
(7) La relation myo-déterminée est une relation mandibulo-crânienne, indépendante des dents, déterminée par un état musculaire totalement déspasmé correspondant au concept d'équilibre physiologique du système manducateur.

(8) Malocclusion : anomalie de l'occlusion. L'instabilité occlusale, les prématurités, l'altération de la dimension verticale, les anomalies du système de repérage proprioceptif sont les responsables de l'établissement d'une occlusion non myo-déterminée.

(9) Les moyens mécaniques doux de décontraction musculaire du système manducateur vont consister à éliminer les contraintes génératrices du déséquilibre par un artifice prothétique passif destiné à empêcher les interférences dentaires iatrogènes s'établissant lors des différentes fonctions et en tout premier lors de l'occlusion de convenance. Le plan de morsure rétro-incisif propose, pour ce faire, de permettre l'inocclusion totale des secteurs postérieurs. Les incisives et les canines mandibulaires sont alors les seules dents de l'arcade mandibulaire à établir un contact sur le plan rétro-incisif tout en respectant une DVO acceptable physiologiquement. Cet artifice prothétique passif n'est pas une finalité dans le traitement, il ne permet que d'« asseoir » le futur équilibre en aménageant petit à petit des contacts dento-dentaires physiologiques, et de tester la DVO la plus appropriée au sujet. Il est important de préciser que les résultats obtenus ne sont jamais

arbitraires *puisqu'à chaque fois c'est l'organisme qui est interrogé et qui répond à nos interrogations.*

(10) La réhabilitation occlusale a pour but de redonner au patient une occlusion répondant aux impératifs physiologiques et fonctionnels de ce complexe : musculature déspasmée totalement, occlusion en relation myo-déterminée, stabilité de cette occlusion, participation canine à l'occlusion (calage canin) mais aussi et surtout aux mouvements de propulsion et de latéralité, symétrie des protections, dimension verticale d'occlusion appropriée, respect de l'espace libre.



Les Complexes (suite*)

* DEFINITION ET MODE OPERATOIRE DU COMPLEXE.

Nous ne parlerons plus que des « complexes personnels » au sens de Baudouin.

1) Définition.

« Les complexes, écrit Hesnard (in L'univers morbide de la faute p. 298) ne sont pas des choses étrangères déposées au fond de l'être et susceptibles de remonter à sa surface, mais des systèmes de conduites constamment présents. Ou plutôt ce sont des segments de conduite qui n'ont jamais été complètement intégrés. Ces conduites, isolées ou fragmentaires, subsistent telles qu'elles ont été incitées, tout d'une pièce, constamment prêtes à se déclancher. »

Cette définition, qui nous servira de point de départ, met l'accent sur la non-intégration du complexe au Moi, ce que l'on pourrait appeler son « autonomie », et sur le fait que ce « système autonome de conduites » est toujours là, tel qu'il s'est créé dans l'histoire passée de l'individu, toujours prêt à se « déclancher », c'est-à-dire à déterminer la conduite, malgré le Moi. La réaction complexuelle (ou la conduite complexuelle) apparaît tout d'une pièce, d'un bloc et elle est toujours la même.

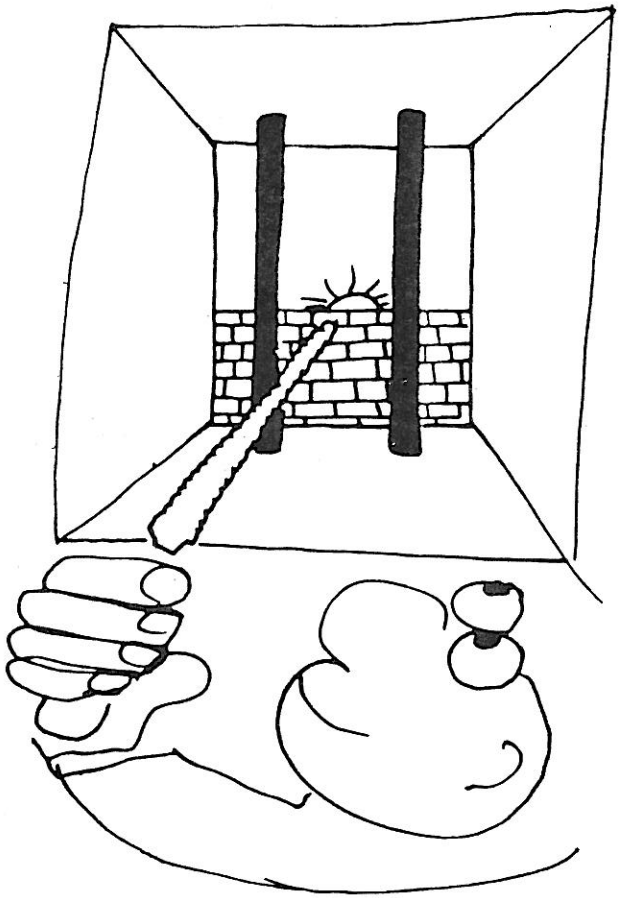
Il faut ajouter cependant que le sujet n'a conscience d'avoir un complexe que dans un cas - et un seul - lorsqu'il éprouve une gêne, une inhibition, un blocage même, dans certaines situations ou dans sa manière générale d'être-au-monde, ce qui l'empêche de réagir comme il voudrait ou « comme les autres », et donc perturbe sa conduite adaptative ou son efficacité.

De plus, à ce niveau conscient, dans ce cas particulier de « l'être complexé », il n'éprouve qu'un effet de son complexe.

* *Voir article, p. 7, Héliades n 23 · Juillet 1986.*

Carte 12

L'HOMME MOTIVÉ...



... CONNAÎT SES LIMITES
MAIS NE S'Y ENFERME PAS

Ex Libris

✱ UN PONT SUR L'INFINI
de Richard BACH - Ed. Flammarion

Richard BACH, lassé de vivre seul avec son vieux biplan, décide un jour de vendre son avion et de se consacrer tout entier à la quête de cette âme sœur qu'il ne connaît pas mais dont il attend l'impossible. UN PONT SUR L'INFINI est le récit de cette quête.

Dupé par des financiers véreux, poursuivi par le fisc, dépossédé de tous ses biens matériels, Richard BACH découvre cependant en Leslie Parrish la femme qui, seule, saura briser ses défenses et lui apprendre à aimer et à être heureux. Ensemble, ils voyagent dans l'espace et le temps à la découverte d'un monde magique, et se bâtissent un avenir où le plus vieux rêve de l'humanité - l'immortalité - deviendra réalité.

Richard BACH, écrivain et pilote, vit sur une île avec sa femme Leslie Parrish-Bach. Il est l'auteur de huit ouvrages, dont « Jonathan Livingston le Goéland » et « Le Messie récalcitrant ».

✱ LE VIOL DU SILENCE
de Eva THOMAS - Ed. Aubier

Quinze ans. Une enfance heureuse malgré tout, dans une famille chrétienne exemplaire, au cœur de cette Normandie profonde qui vit encore comme au 19ème siècle. Heureuse malgré une quasi-pauvreté, malgré le manque de tendresse d'une mère harassée par ses six enfants, malgré une nature trop sensible à la dureté du monde. La tendresse, la chaleur, la complicité, c'est auprès du père qu'elle vient les chercher - cet ancien sabotier devenu jardinier qui sait les gestes justes, le langage de la terre, et comprendre sa fille avec ou sans mots.

Et puis un jour tout bascule. La mère est absente, les petits sont couchés. Comment s'est-elle retrouvée dans le grand lit conjugal, avec cet homme qu'elle ne reconnaissait plus ? Pourquoi n'a-elle pas crié ? Pourquoi, pourquoi s'est-elle laissé faire ?

Il lui faudra près de trente ans pour vivre jusqu'au bout l'horreur de cette nuit-là. Trente ans pour découvrir que l'impossible paix était au terme de son chemin de croix, et pouvoir à nouveau regarder son père sans haine ni révolte ...

Légende ***

Une vieille légende hindoue raconte qu'il y eut un temps où tous les hommes étaient des dieux. Mais ils abusèrent tellement de leur divinité que Brahma, le maître des dieux, décida de leur ôter le pouvoir divin et de le cacher à un endroit où il leur serait impossible de le retrouver. Le grand problème fut donc de lui trouver une cachette.

Lorsque les dieux mineurs furent convoqués à un conseil pour résoudre ce problème, ils proposèrent ceci : « Enterrons la divinité de l'homme dans la terre. »

Mais Brahma répondit : « Non, cela ne suffit pas car l'homme creusera et la trouvera ».

Alors les dieux répliquèrent : « Dans ce cas, jetons la divinité dans le plus profond des océans ».

Mais Brahma répondit à nouveau : « Non, car tôt ou tard, l'homme explorera les profondeurs de tous les océans et il est certain qu'un jour, il la trouvera et la remontera à la surface ».

Alors les dieux mineurs conclurent : « Nous ne savons pas où la cacher car il ne semble pas exister sur terre ou dans la mer d'endroit que l'homme ne puisse atteindre un jour ».

Alors Brahma dit : « Voici ce que nous ferons de la divinité de l'homme : nous la cacherons au plus profond de lui-même car c'est le seul endroit où il ne pensera jamais à chercher ».

Depuis ce temps-là, conclut la légende, l'homme a fait le tour de la terre, il a exploré, escaladé, plongé et creusé, à la recherche de quelque chose qui se trouve en lui.