

ASSOCIATION FRANÇAISE  
d'audio-psycho-phonologie  
Siège Administratif  
2 bis, Rue Charles D'hois  
80000 AMIENS

LE PROBLEME DE L'ACCESSION AU LANGAGE  
A TRAVERS L'ETUDE SEMIOLOGIQUE  
ET L'EVOLUTION THERAPEUTIQUE  
D'UN BEGAIEMENT ET D'UNE PSYCHO-NEVROSE  
SOUS OREILLE ELECTRONIQUE

Dr Jean RAYNAUD  
Neuro-psychiatre  
Hopital des Armees de Toulouse  
France

IIe CONGRES NATIONAL DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE  
D'AUDIO-PSYCHO-PHONOLOGIE

PAU - Mai 1976

Utilisateur de l'oreille électronique depuis peu de temps, j'ai choisi dans ma pratique, encore récente, de prendre deux cas complexes, encore en évolution. Ils m'ont paru permettre de poser les problèmes théoriques soulevés par la mise en oeuvre des techniques thérapeutiques fondées sur les idées et les méthodes du Professeur Tomatis.

Dans cette perspective théorique, j'ai voulu élargir le mode d'approche du bégaiement aux troubles du langage moins évidents et moins différenciés jusqu'ici, que représentent pour moi dorénavant les psychonévroses. J'ai ainsi étudié parallèlement l'évolution d'un cas de bégaiement et celui d'une psycho-névrose, en essayant de montrer que celle-ci ne représente qu'une désorganisation plus discrète du langage, mais qui n'en est pas moins évidente à travers l'abord audio-psycho-phonologique que permet l'efficacité de la cure sous oreille électronique. Je dois préciser, en outre, que je n'ai pas de compétence particulière dans la thérapeutique du bégaiement ni d'expérience à ce point de vue. Je me suis seulement penché sur la littérature qui traite de ces questions et surtout j'ai appliqué pour la cure, les directives du Professeur Tomatis.

Du livre de Borel Maissonny et Pichon, j'ai retenu le concept d'insuffisance linguistique spéculative, qui ferait que chez le bègue "le passage des images mentales issues des souvenirs sensoriels à la figuration et à l'expression par les mots, serait profondément troublé". Ils expriment également cette idée sous cette forme : "Quelle que soit par ailleurs la qualité de leur intelligence, ils ont de la peine à se formuler à eux-mêmes leur pensée dans le monde du langage". La thérapeutique selon ces auteurs serait une rééducation de la pensée linguistique.

A travers cette idée d'insuffisance linguistique spéculative, des faits expérimentaux et des hypothèses du Professeur Tomatis concernant le langage, j'ai essayé d'analyser sémiologiquement, parallèlement au cas de bégaiement, le problème d'une psychonévrose que l'on peut ainsi considérer, à un moindre degré que le bégaiement, comme une insuffisance linguistique spéculative, la thérapeutique sous Oreille Electronique pouvant là aussi être envisagée comme une rééducation de la pensée linguistique.

oOo

#### OBSERVATION DE M. . . . Robert

Il s'agit d'un garçon de 19 ans, célibataire, engagé volontaire dans un régiment de génie, exerçant la profession de maçon et qui, après 9 mois de service dans l'armée, a été hospitalisé dans notre service pour une première crise d'épilepsie généralisée.

De taille plutôt petite, au visage assez commun et peu expressif, lisse et sans mimiques révélatrices, il sourit peu, évitant le regard. La communication verbale est gênée de façon majeure par un bégaiement très important : son discours n'est qu'une suite de longues périodes de suspension de la parole avec répétition clonique d'une syllabe quelconque en milieu de mot, jusqu'au blocage tonique avec syncinésies multiples : bouge la tête, se penche légèrement en avant, gonfle les joues et les lèvres à chaque émission clonique pour finalement, après le blocage, déborder brusquement sa parole pour l'émission de sa fin de phrase.

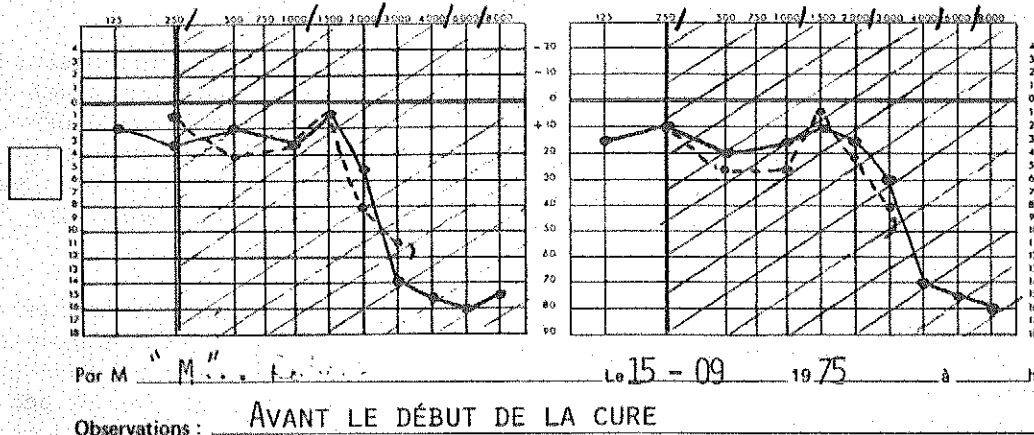
Le discours, donc très syncopé, est surtout fait de longs silences remplis par ses blocages toniques. L'expression est pauvre avec des phrases très courtes et très simples, l'interlocuteur se sentant réduit à ne solliciter que des réponses les plus cour-

L'examen psychiatrique, problématique du fait du bégaiement, met en évidence les faits suivants : il n'a parlé dans son enfance qu'à 4 ou 5 ans, étant l'aîné d'une fratrie de deux. Il est dit gaucher mais il écrit de la main droite. Il a obtenu son certificat d'étude.

Un fait catastrophique domine le récit de sa vie : quand il avait 16 ans, son père a tué à coups de marteau, puis étranglé avec une corde sa mère et sa soeur cadette. Il ignore où son père se trouve actuellement. Lui-même habite chez ses grands-parents maternels qui s'occupent de lui depuis le drame. Il a fait un apprentissage de plombier avec son père mais, depuis le drame, a dû s'orienter vers le métier de maçon, puis a décidé de s'engager dans l'armée où il commençait à se sentir mal à l'aise.

L'examen neurologique est normal. Les explorations classiques permettent de retenir à l'E. E. G. des pointes ondes dégradées généralisées. Une encéphalographie gazeuse, une scintigraphie permirent d'éliminer toute atteinte organique. Des tests de niveau montrèrent un Q. I. à 83, une absence de détérioration significative.

Le test d'écoute (n° 1), pratiqué à son entrée dans le service montre : une hypoacousie bilatérale importante débutant vers 3 000 hertz, de perception, avec impossibilité totale et bilatérale de discrimination des fréquences. L'examen O. R. L. concluait à une origine congénitale de la surdité.

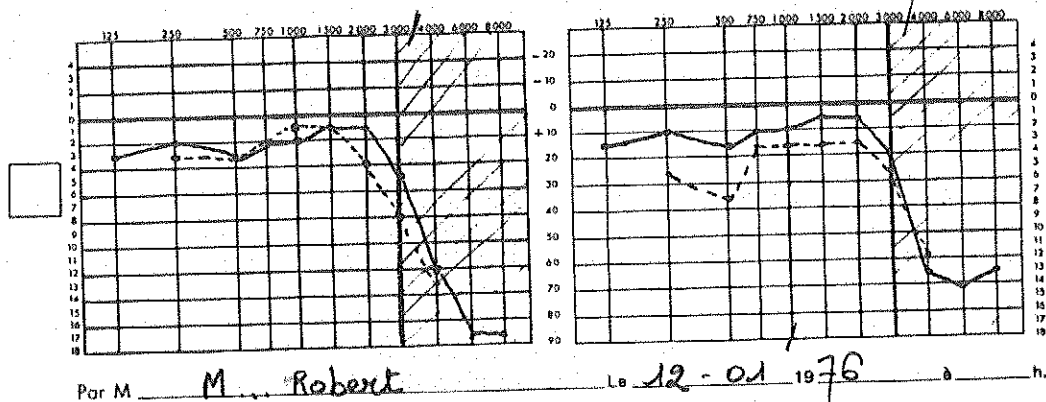


Cet ensemble symptomatique en l'absence de possibilité de cure par l'Oreille Electronique aurait rapidement entraîné la sortie du malade avec un traitement anti-comitial qui fut prescrit dès cette époque, sa réforme définitive et son renvoi dans sa famille.

De septembre à mi-décembre, le garçon séjourna dans le service, se manifestant peu, sachant attirer la sollicitude du personnel et des autres hospitalisés, bien adapté dans cette structure mais replié sur ses intérêts immédiats, égocentrique, ne sortant pratiquement jamais et sachant profiter, abusivement parfois, de la sollicitude suscitée par son bégaiement.

Avec son accord, une cure par oreille électronique fut entreprise à la mi-décembre.

Il n'a pas été noté de réaction très évidente pendant toute la première phase du traitement où la musique filtrée fut administrée à raison de 3 h par jour, sinon quelques plaintes, parfois, de lassitude. A la 50e séance, au retour d'une courte convalescence de Noël chez ses grands parents maternels, après une nuit d'insomnie, il présenta une crise comitiale au cours de sa séance de musique.

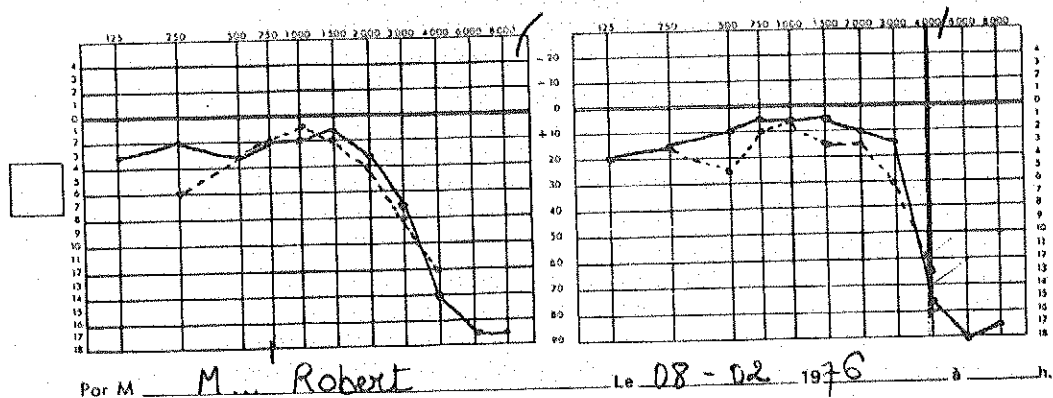


A la 70e séance, l'on passa à la phase des accouchements soniques.

Cette phase permit de constater de façon plus précise l'expression nouvelle d'une agressivité vis-à-vis de ses grands-parents maternels à qui il reprochait de restreindre ses libertés, contre lesquels il s'était insurgé à Noël... Il fait état, à partir de cette époque, de cauchemars répétitifs, toujours sur le même thème où il se voit en train de chercher son père et où il en est empêché par ses grands-parents.

Parallèlement s'instaure un transfert plus net vis-à-vis des images féminines du service vers qui il se tourne pour leur présenter l'article de journal qu'il détient, et qui décrit le crime de son père. Il demandera à l'une des infirmière qu'elle l'aide à retrouver son père ; il veut d'ailleurs reprendre le métier de plombier que son père commençait à lui apprendre. Finalement, c'est vers moi qu'il se tournera en venant m'apporter et me faire lire l'article de journal relatant la mort de sa mère.

Dès cette époque, des relations plus faciles s'établirent pour lui ; son regard était plus animé et plus vivant et il apparaissait beaucoup plus libre dans ses relations quotidiennes. On commença les séances actives de vocalises et de verbalisation à partir de la 185e séance, c'est-à-dire à la mi-février :



Il adhéra très bien à ces séances, y mettant de la conscience et de l'entrain. Il fut rapidement latéralisé sur son oreille droite, comme cela se pratique d'habitude dans la cure. Très vite, il arriva à reproduire des vocalises tout-à-fait satisfaisantes, de même que les sifflantes. Il eut quelque difficulté à corriger sa position d'écoute au début, ayant tendance à casser sa nuque en relevant le menton et à tirer ses commissures en arrière. Il ne bégaya pratiquement pas sous Oreille Electronique, les exercices comportant cependant des mots et des textes complexes.

Cette période est marquée par un certain enthousiasme à entrer en relation avec les autres : c'est là qu'il commencera à sortir avec des camarades hospitalisés, à jouer au tiercé (et à gagner), à sortir dans une boîte de nuit avec des gens de rencontre.

Trois incidents de parcours sont à noter :

1°) une crise comitiale à la patinoire, alors qu'il était sorti avec un groupe d'amis, une autre crise alors qu'il était chez ses grands-parents maternels et se préparait à sortir avec son grand-père (mais il avait omis, là, d'emporter et de prendre son traitement).

2°) une angine rouge vite disparue après une nuit de sortie et d'importantes libations, fait unique pendant son séjour. Tout le monde notera aussi qu'il présente des phases de découragement où il s'abandonne, se néglige au plan de la propreté corporelle, malgré les injonctions toujours très mesurées mais convaincues du personnel soignant.

L'on note alors, de façon tout-à-fait incontestable, et ce depuis le début des séances actives de verbalisation et de chant (ce qui semble classique pour les bègues traités à l'oreille), une amélioration très nette des possibilités de conversation, les blocages toniques restant rares, permettant un rythme de parole tout-à-fait acceptable et un échange verbal qui n'est plus suspendu à des blocages incessants.

J'ai pu préciser ainsi avec lui, pratiquement sans blocages toniques de sa part, un certain nombre de points importants et fortement marqués affectivement :

Son bégaiement serait devenu important vers l'âge de 10 ans, au moment où son père a voulu à tout prix le faire écrire de la main droite. Il dit que jusque là il ne bégayait pas. Son père a imposé qu'il aille prendre des leçons chez un instituteur assez répressif pour qu'il apprenne à écrire de la main droite. Dans la famille, son père insistait toujours pour qu'il écrive à droite, alors que sa mère favorisait sa gaucherie ; lui-même, au début du moins, affirmant qu'il préférait écrire à gauche. Le problème de l'écriture ayant été réglé par une droiterie définitive, il bénéficia à 13 et 14 ans de séances de rééducation orthophoniste, sans grand succès, toujours à l'initiative du père.

M. . . Robert paraît avoir livré là une situation clé de son développement psychomoteur. Dans sa démarche vers le langage, partagé entre une mère le ramenant aux images mentales d'avant le langage et un père voulant imposer de force et sans nuances la sémantique dont il est porteur, les conditionnements neuroniques impliqués, systèmes de feed-back vocaux, ont joué de façon antagoniste, du fait de la discordance affective du couple parental.

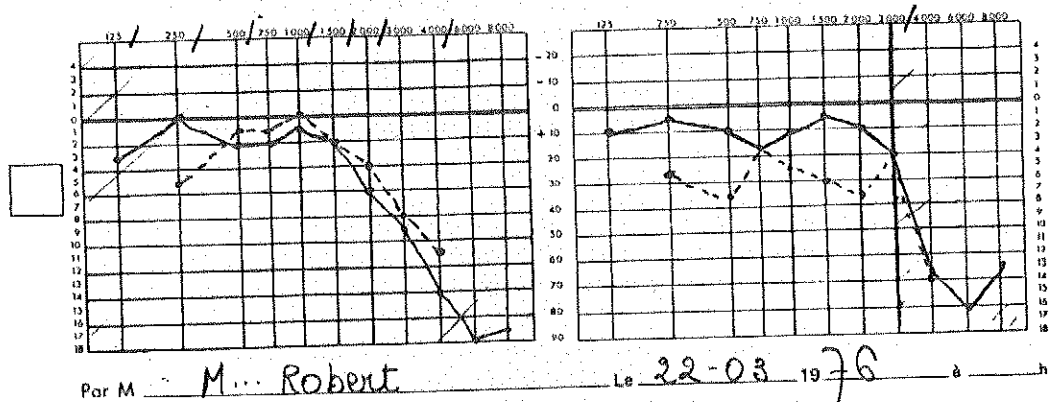
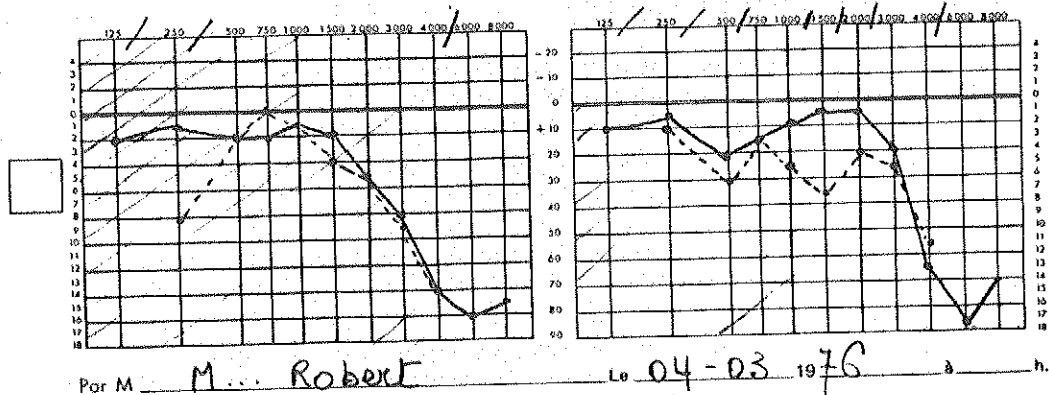
Son bégaiement n'exprime dans l'acte de parler, que la double stimulation arrivant décalée d'un hémisphère par rapport à l'autre, origine du trouble clonotonique. Bien qu'étant en route, grâce à la thérapeutique sous Oreille Electronique, vers une dominance plus harmonieuse de l'hémisphère gauche qui commande la sémantique sur l'hémisphère droit qui intègre, lui, toute l'imagerie mentale hors du langage (si l'on en croit les travaux récents sur ce sujet et notamment les expériences d'électro-chocs unilatéraux de Deglin), il semble encore loin de ce langage idéal issu d'une harmonieuse dominance d'un hémisphère sur l'autre.

La comitialité, qui se réveille encore parfois, nous paraît être le signe que cette réorganisation d'une dominance cérébrale harmonieuse n'est pas facile.

L'énorme demande affective exprimée quotidiennement dans toute sa démarche suggère finalement de grosses difficultés dans la relation à la mère : les cauchemars ont comme thématique constamment répétée celle de l'impossible rencontre du père, à cause de la mère figurée par les grands-parents maternels.

Le problème du bégaiement dominé, la difficulté pour M... Robert paraît de toute façon être de dominer et d'intégrer le monde des images mentales associées aux réactions émotionnelles quotidiennes, issues du conditionnement maternel d'avant le langage, par la voix de la mère, dans ses composantes soniques, mélodiques et rythmiques. Ce monde serait celui de la psycho-névrose, celui de la gauche sous la dominance de l'hémisphère droit si l'on en croit Deglin dans ses expériences d'électro-chocs unilatéraux, et ce qui correspond aux hypothèses du Professeur Tomatis.

L'étude des différents tests d'écoute pratiqués chez M... Robert nous paraît significative de la façon dont, prisonnier du monde intérieur des images mentales, son écoute reste très insuffisamment ouverte et attentive à la parole de l'autre : les différents tests pratiqués sont superposables. On retrouve une hypoacousie de perception très forte à partir de 3 000 hertz. La possibilité de discrimination des fréquences s'ouvre et se ferme alternativement encore à l'heure actuelle. Le problème de ces anomalies de l'écoute difficiles à résoudre, reste un problème étiologique mal élucidé, l'hypothèse congénitale suggérée par les spécialistes O.R.L. paraissant peu satisfaisante. L'idée d'une dépression purement fonctionnelle de l'écoute liée à une relation maternelle profondément perturbée nous paraît devoir être évoquée.



Le pronostic nous paraît être actuellement centré sur la façon dont M... Robert pourra résoudre ses problèmes psycho-névrotiques une fois le problème du bégaiement réglé, c'est-à-dire comment il pourra s'ouvrir à une écoute du monde des autres, idéalement libéré du conditionnement maternel original. Mais le trop grand attachement à la gauche, au monde maternel des émotions et des images archaïques, sans doute, peut-on penser, la plus forte dominante de l'hémisphère droit, la deuxième observation va nous montrer qu'il n'est pas si difficile de s'en émanciper.

### OBSERVATION DE G. . . Aimé

G. . . Aimé est actuellement âgé de 46 ans. Il est actuellement sous-officier en retraite, après avoir épuisé ses droits à congé de longue durée. Il est pensionné depuis 1967 à 70 % pour syndrome dépressif grave et rebelle et à 40 % pour séquelles de colite amibienne.

Il est issu d'une famille unie de 2 garçons dont il est l'aîné. Il se décrit comme plus proche de son père, agent technique dans les PTT et décédé depuis quelques années, vécu comme simple et bon, plus affectueux qu'une mère, au foyer, qui aurait manqué de chaleur, trop préoccupée du quotidien, un peu tyrannique, toujours en vie. Il utilisera le mot de fruste pour la qualifier globalement, ce qui semble signifier pour lui, bêtement autoritaire. Son développement psycho-moteur a été normal ; il est droitier. Il obtient son CEP, arrête ses études en 4e pour devenir ouvrier dans une tannerie pendant 4 ans, et finalement fuit le milieu familial pour engagement dans l'armée, suggestionné par un ami, attiré par le monde militaire fait d'exigences rigides et de camaraderie masculine.

Sa carrière dans l'armée est étroitement liée aux campagnes d'Indochine et d'Algérie. Il est bien noté et bien adapté dans tous les emplois divers qu'il a eus. Il est zélé, précis, méticuleux, soucieux de perfection et autoritaire, toutes qualités appréciées dans ses fonctions. Longtemps et surtout dans les territoires d'opération extérieurs et en climat opérationnel, il se sent tout-à-fait à son aise.

A partir de 1959, il devient trop préoccupé de son travail, vérifie outre mesure les détails de celui-ci, en devient inquiet, se lève la nuit. . . Il est hospitalisé à plusieurs reprises pour la colite amibienne. A son retour en métropole, il est hospitalisé en 1966, dépressif, triste, amaigri. Depuis cette époque, authentifié dans sa névrose par l'obtention d'une pension, il oscille entre l'hôpital, les traitements et les relations nouées avec thérapeute et personnel médical, et le monde clos de sa maison natale où il vit replié, inactif, avec sa mère veuve ; couple oedipien, tardivement reconstitué et non exempt de conflits. Depuis 1966 où il fut traité par une série d'électro-chocs, n'ayant donné que des résultats peu satisfaisants, on lui a administré un grand nombre de neuroleptiques ou tranquilisants sans effets spectaculaires. Depuis notre rencontre en 1971, il reçoit un traitement chimiothérapique uniforme, fait d'anti-dépresseurs à doses moyennes et d'hypnotiques le soir.

En novembre 1974 et pendant 7 mois, il séjourna dans le service où il accepta d'entrer, à nouveau dépressif, exprimant des velléités suicidaires. De la relation transférentielle établie, on pourra mieux pénétrer la dimension de son trouble.

De taille moyenne, plutôt petite, il a des attitudes qui sont marquées par la sobriété, la mesure et la répétition mécanique rythmée par les impératifs d'heure. Son visage est peu expressif, figé, généralement triste, sans jamais de sourire. Sa voix est atone, mal timbrée, monocorde, plutôt basse ; le timbre est assourdi. Dans les gestes de la parole, le corps est immobile. Il n'utilise que son hémiface gauche pour parler, son masque restant figé et atone à droite ; à gauche par contre, l'hémifront, le coin de la bouche s'animent presque exclusivement lors du discours et cela de façon très évidente, presque caricaturale. On peut affirmer qu'il parle constamment de sa voix gauche.

Au plan de la sémantique, son discours se situe toujours dans un même plan : sur le mode de la plainte, il décrit avec beaucoup de précision, comme à distance et du point de vue de l'observateur, ses symptômes. Il ne manque pas d'en affirmer la pérennité, le caractère dramatiquement contraignant, comme un mal qui l'afflige, une maladie incurable contre laquelle il ne peut rien. . . qu'il subit dans la souffrance, gardant vis-à-vis

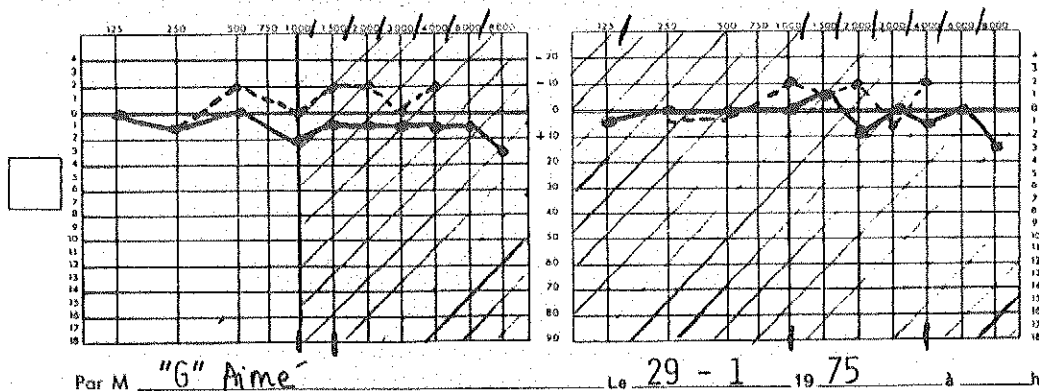
d'elle sa lucidité, sa pseudo-objectivité. Son vocabulaire veut être précis, assez différencié et témoigne d'un désir de précision et d'exactitude pour exprimer ses troubles. Souvent les mots lui manquent dans l'expression monotone de sa souffrance. Il détaille ainsi tous les doutes et vérifications à caractère contraignant contre lesquels il ne peut rien, et autour desquels sa vie est organisée : tout un monde d'obsessions portant sur les robinets, les portes, le choix des chemises en magasin (dont il n'est jamais satisfait et qu'il déchire en arrivant), les lettres à envoyer, les démarches administratives.

Les différents événements de sa vie quasi monacale sont l'occasion de dilemmes angoissants : quand il prend le train, il prend le billet huit jours à l'avance, le trouve mal tamponné, le détruit, en échète un second... Son appareil dentaire dans le wagon, "et s'il le jetait dans les WC"... A cela s'ajoute une agressivité très forte, qu'il décrit comme dangereuse vis-à-vis des gens autour de lui et qui se déclenche pour des riens : c'est alors une envie violente de frapper, qu'il ne met en général pas à exécution mais qu'il remache la nuit suivant l'incident, restant bien sûr insomniaque.

M... Robert étant vu quotidiennement en entretien de face à face, la relation prendra, au bout de deux mois d'hospitalisation, un caractère plus spontané et plus riche affectivement à travers le récit de cauchemars dramatiques se répétant souvent depuis 1966 et ramenant à des faits de guerre authentiquement vécus. Ce cauchemar provoque invariablement un réveil nocturne et entraîne ruminations et insomnie totale. Il dit de lui : "j'ai l'impression de me détruire moi-même plutôt que de me défendre contre cela". La scène revécue est toujours la même : il avait reçu l'ordre d'abattre un prisonnier, il désigne un soldat volontaire pour cela, le soldat blessé seulement le prisonnier, lui-même achève le blessé d'une balle dans la tête, mais il se réveille au moment où le coup de pistolet claque et où l'homme attendant le coup, le regarde.

Pendant les semaines suivantes, ses contacts avec les malades du service, surtout les jeunes soldats, deviendront plus fréquents. Il cherchera à leur rendre service, mais parallèlement deviendra aussi très agressif vis-à-vis de certains pour des futilités. Au troisième mois d'hospitalisation, il est sensibilisé au problème de l'écoute par la pratique d'un premier test d'écoute (T.E. n° 1).

La fin de son séjour est marquée par une plus grande spontanéité dans l'expression ; son engagement affectif devient plus évident dans son discours : il exprime son regret de voir partir certains, sa crainte de quitter l'hôpital où il se sent en sécurité ; il critique son besoin de détruire les objets précieux acquis depuis 1961 comme un besoin de se porter préjudice à lui-même.



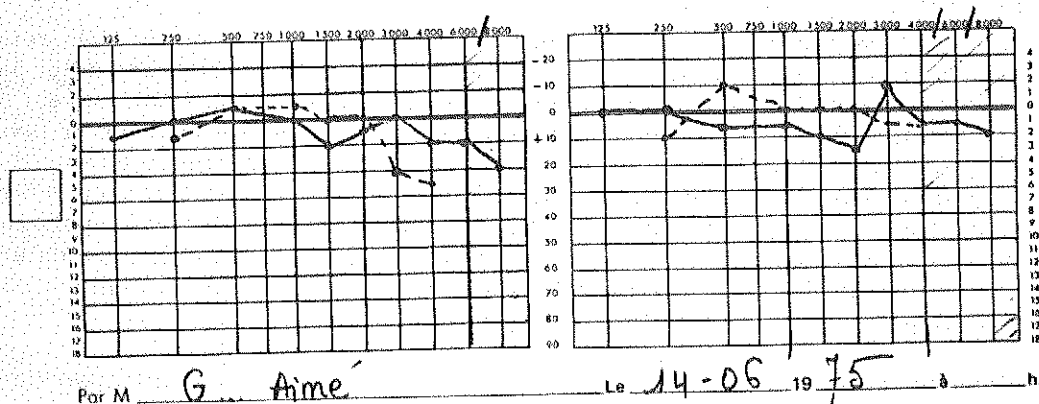
Observations : AVANT LA CURE

Le cauchemar se répètera à 2 ou 3 reprises pendant cette période. Il exprimera l'idée "qu'il y a à la base quelque chose de gros, de pas très beau". Un seul détail se modifiera dans le déroulement dramatique : le visage de la victime prend la forme de celui d'un de ses subordonnés qui resta longtemps sous ses ordres. Il est surpris de revoir ce visage, admet un mécanisme inconscient.

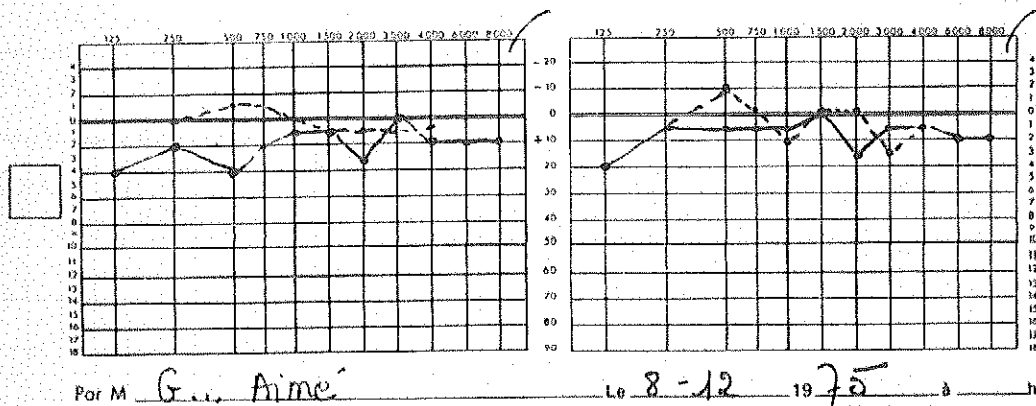
Je note, qu'à cette époque, sa voix devient plus affirmée, plus nuancée et que son hémiface droite devient plus mobile, la partie droite au front se plisse ; les autres plis de la face, le coin de la bouche, s'animent à droite.

Près de la fin de son séjour, il présentera en présence de l'infirmier, une impossibilité totale de parler, il sera obligé d'écrire sur un papier qu'on aille me chercher, sachant que je suis de garde et que je peux venir. Très irrité contre lui-même, il renverse un fauteuil de rage. La parole reviendra après un court entretien.

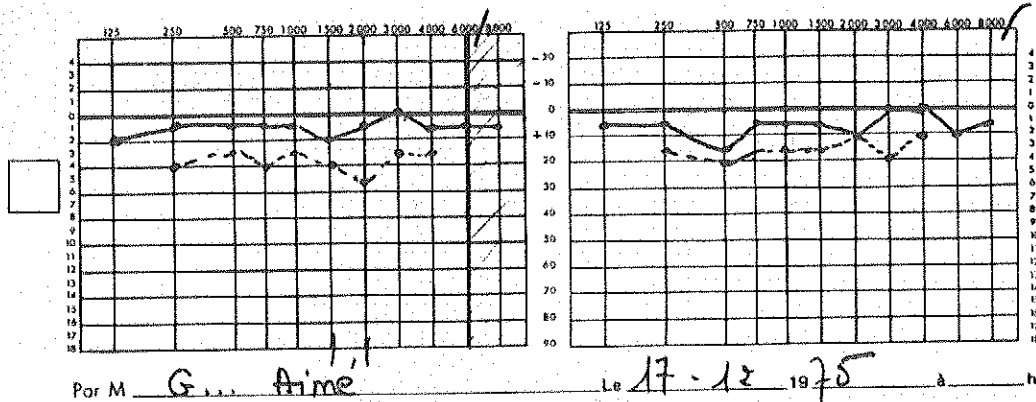
Il se plaindra ensuite de difficultés de paroles pendant quelques jours. Son état psychologique manifesterà une détente trop évidente, il dira même qu'il pense avoir trop exigé de ses inférieurs autrefois. Un deuxième test d'écoute est pratiqué (T.E. n° 2). Il sort de l'hôpital détendu. On le reverra en consultation, souriant, fait notable que personne n'avait observé jusque-là. Il a effectué un voyage dans une de ses premières garnisons. Il parle encore de suicide mais pour dire qu'il a mis son pistolet en lieu sûr.



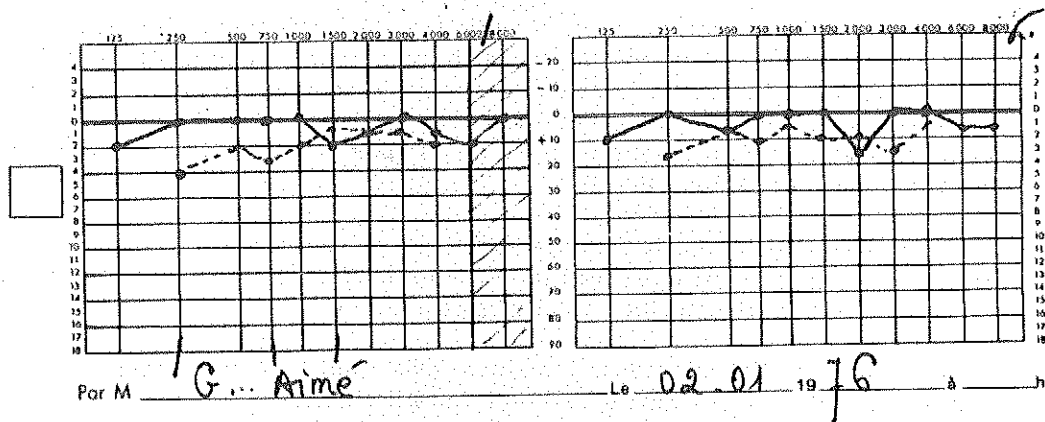
C. . . Aimé rentrera à l'hôpital 6 mois après sa sortie : il se plaint d'être à nouveau devenu agressif, de tourner son agressivité vers lui-même, mais aussi vers sa mère. Une cure à l'Oreille Electronique lui est proposée ; il l'accepte mais déclare que sa mère ne pourra venir pour faire enregistrer sa voix. . .



Il se présente donc comme il était au début de sa première hospitalisation, il parle à nouveau totalement à gauche. Les séances de musique filtrée se révèlent rapidement efficaces. A la 7e séance, il ressent de façon très angoissée une sensation de perte, d'insensibilité de son hémicorps droit, qui se produira ensuite à gauche également. A cela, s'ajoute une certaine gêne à parler, des fourmillements du côté droit de la bouche. Il souligne aussi, spontanément et à son grand étonnement, que depuis le début de la cure, son transit intestinal s'est régularisé : il n'a plus de diarrhée ni de constipation. Ce fait est d'autant plus remarquable que jusque-là, il était très exigeant pour le traitement de sa colite, insatisfait des différents bizmuths qu'on lui prescrivait et récriminant sans cesse à ce sujet (T.E. n° 4).

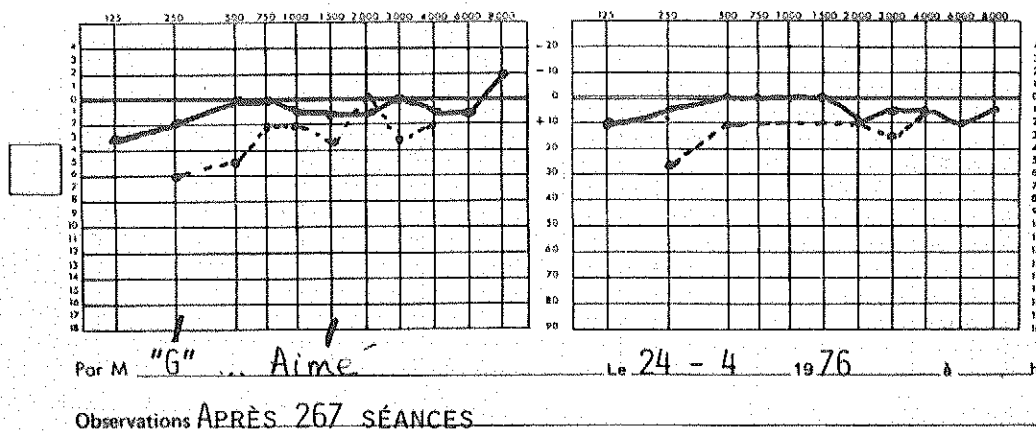


La gêne au niveau du sentiment de son corps s'estompera vers la 40e séance de musique filtrée (T.E. n° 5). Rien ne se produira plus de remarquable jusqu'à la phase active, de verbalisation-vocalises, du traitement qui est introduite après 128 séances de musique et d'accouchement sonique. Il exprimera le plus souvent une angoisse athématique, par crises, sur le mode du reproche et rien de plus. La phase des vocalises-verbalisation accentuera encore son angoisse et il éprouvera des difficultés considérables.



Devant son peu de coopération et son peu d'enthousiasme, les séances de sifflantes sont stoppées. Il deviendra très agressif vis-à-vis de moi à ce moment-là, m'accusant de mettre sur son compte l'échec du traitement. Finalement les séances seront reprises et il admettra qu'il avait en lui une sorte de réticence à faire les exercices. Il se présente toujours cependant, lors de la répétition des sifflantes, comme malhabile, se forçant, détachant artificiellement les syllabes, exagérant les consignes concernant les positions des lèvres, n'arrivant jamais à une production verbale harmonieuse, malgré son scrupule apparent à y parvenir.

L'on note cependant à l'heure actuelle où son traitement n'est pas fini, une amélioration dans ses relations, constatée par d'autres malades, une plus grande facilité à communiquer, le fait qu'il sorte plus souvent en ville, ce dont il s'abstenait totalement jusque-là. Il admettra lui-même qu'il dort un peu mieux, est plus détendu. Mais s'il est mieux, il affirme que c'est parce qu'il va "tellement mal à certains moments...". S'il sort en ville, il dit lui-même que "c'est à son corps défendant...". Les tests d'écoute ont peu bougé depuis la 50e séance de musique filtrée, ils montrent la persistance du contrôle auditif gauche et cette difficulté d'accéder au langage droit. (T.E. n° 6).



Ainsi, les difficultés de G... peuvent être décrites, dans le cadre clinique habituel, comme des troubles psycho-névrotiques évoquant une névrose obsessionnelle grave, avec des traits de caractère paranoïaque. La perspective analytique permet de souligner les traits sado-masochiques des conduites, impliquant une régression du stade des conditionnements sphinctériens.

Pour nous, dans la perspective des hypothèses du Professeur Tomatis et de l'évolution de ce cas sous Oreille Electronique, nous interprétons le cas de G... Aimé comme une dyslatéralisation d'abord auditive, et une complaisance que nous appellerons fonctionnelle - c'est-à-dire inscrite dans les circuits neuronaux - à rester dans un contrôle audio-phonatoire gauche. Cette complaisance ne nous paraît pas dénuée d'intentionnalité et suppose une dominance hémisphérique droite.

On peut ainsi supposer que le langage de G..., et sa pensée donc comme dépendant directement du langage, apparaissent trop fortement marqués par le monde des images mentales, fortement imprégné ici de sado-masochisme.

Ainsi après les conditionnements inauguraux de l'enfance où la mère, par sa voix, joue un rôle déterminant, G... a quitté celle-ci dans les suites de la poussée conflictuelle de l'adolescence, ayant élaboré cependant son langage d'homme, car il accède à une possibilité de parole satisfaisante par rapport à notre bègue. Dans l'armée sans doute, il a voulu retrouver de façon inconsciente ce monde sado-masochique de son enfance, à travers les rigueurs réglementaires et les situations de soumission-domination permises par la stricte hiérarchie militaire, surtout en temps de guerre.

En temps de paix, l'inadéquation de son langage intérieur aux temps moins troublés, l'amènent à la décompensation dépressive avec angoisse profonde et résurgence de cauchemars d'allure traumatique, le ramenant à un acte sado-masochique majeur, en un vécu très significatif.

Il se replie ainsi dans une situation où sa relation par le langage reste tournée vers la mère ou vers ses substituts dans la société, qui sont les médecins et le personnel médical, de façon toujours très sado-masochique. Cette attitude reste sa relation inaugurale des premiers pas dans la vie, laissant persister la possibilité pour lui de rester dans ce monde des représentations si séduisantes d'avant le langage, et ce d'autant plus qu'il est authentifié dans cette attitude par une pension militaire.

Par opposition à notre bègue, ici l'appareil du langage fonctionne mais il produit une parole soumise de façon permanente, gauchie par le monde libidinal des représentations archaïques de l'enfance, des régressions au sens psychanalytique, au temps où la mère était encore toute puissante, avant le vrai langage par les mots : véritable distorsion lingui-spéculative où la parole n'exprime indéfiniment qu'un inconscient mal dominé et qui finalement appelle toujours chez l'autre les mêmes réponses, comme au temps du mauvais conditionnement des premiers mois de la vie. Ceci souligne, s'il en était besoin, l'importance de la mère et de sa façon d'aimer c'est-à-dire de communiquer, dès et peut-être avant la naissance, avec son enfant.

Notre bègue en est resté, lui, à une sorte de clivage plus absolu, entre le monde des mots et celui des représentations, clivage également inscrit neuroniquement, s'exprimant par le redoublement syllabique qui fait finalement d'une parole hachée et syncopée, une sorte d'infra-langage, sorte d'appel permanent à la sollicitude de l'autre, en ignorant les mots. N'est-ce pas de façon très évidente le mode de la communication inaugurale entre la mère et l'enfant ? ... le drame étant ici de vouloir identifier l'autre à la mère. D'ailleurs, l'amélioration de la parole, donc du langage vers le monde, sous Oreille Electronique, ne se fait pas sans problèmes : la phase de l'accouchement sonore a été marquée par des cauchemars, évoquant la phase critique et très investie libidinalement d'hésitation entre la droite et la gauche. De même, les crises comitiales qui se reproduisent encore sont bien pour nous le signe que la dyssynergie neuronique entre les 2 hémisphères ne se résoud pas si simplement.

Ces 2 cas posent, selon nous, le problème d'un abord sémiologique nouveau du langage et de la parole, à travers les faits cliniques se dégageant de la cure sous Oreille Electronique, à travers les découvertes et hypothèses du Professeur Tomatis, qui sont en accord avec les études récentes sur la spécialisation des hémisphères, le rôle du corps calleux, le problème des dominances hémisphériques.

Cet abord devrait prendre en considération :

1°) le problème de l'écoute, c'est-à-dire le niveau de fonctionnement atteint par l'oreille et ses modifications au cours d'une cure quelle qu'elle soit, très bien analysée par le test d'écoute ;

2°) l'étude du langage dans toutes ses composantes rythmiques, mélodiques, phoniques et enfin sémantiques.

Ainsi, il devrait être possible de revoir toute la sémiologie des troubles du langage depuis le bégaiement jusqu'à la schizophrénie, dans un abord objectif et dans une perspective plus évolutive, compte tenu de l'efficacité de la cure, comme le suggèrent les deux observations décrites.

Cela pose comme conséquences :

1°) d'avoir à considérer tout trouble psychique ou psycho-moteur comme un trouble de la communication, c'est-à-dire une désintégration ou une distorsion lingu-spéculative ;

2°) de ne plus maintenir un point de vue sémiologique et un point de vue thérapeutique, trop souvent divergeants dans les attitudes classificatoires et nosographistes de la psychiatrie classique. L'évolution sous Oreille Electronique paraît, en effet, être un tout indissociable analytique et en même temps évolutif.

Mais cela suppose que l'on doive définir comme but à ce qui n'est plus seulement une thérapeutique mais une rééducation, un idéal à atteindre, celui de la communication sous auto-contrôle droit, potentialité idéale à laquelle tout homme serait présumé pouvoir parvenir :

On abandonne ici la notion de norme, d'adaptation au réel qui est la référence plus ou moins implicite à toute démarche thérapeutique, pour adapter celle d'un idéal dans la communication parlée, dimension idéale du langage individuel.

Il s'agit là d'une position théorique capitale, physiologiquement fondée à notre sens à partir des faits expérimentaux mis en évidence par le Professeur Tomatis, permettant donc une sorte de passage de l'observation scientifique, médicale et de la pré-occupation thérapeutique à l'engagement d'une démarche vers une entité transcendante à l'homme, le langage : perspective qui se situe dans une interprétation idéaliste du comportement humain.

Mais finalement, quand on est impliqué dans la démarche psychiatrique, n'est-on pas porteur, plus ou moins implicitement ou manifestement, dans la façon dont on s'adresse

au fait psychiatrique lui-même, de l'idéologie qu'on véhicule et qui retentit, plus ou moins clairement sur la relation engagée dans le but de la "guérison" ? C'est là un fait fondamental dans la préoccupation quotidienne de tout médecin-psychiatre, et la médicalisation forcenée du problème dans notre système n'empêche pas que l'évolution des cas cliniques est toujours influencée par les fondements théoriques et idéologiques du thérapeute. Vouloir minimiser l'importance du fait à travers la pseudo-neutralité médicale ne résoud pas la question.

Ainsi donc, la guérison ne plus être définie comme un but à acquérir une fois pour toutes, mais un chemin ouvert vers autre chose... une dimension de conscience augmentée et à augmenter qui échappe à un moment donné au champ médical...