

Roger Vittoz

Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral



LES FONDEMENTS DE LA MÉTHODE VITTOZ

DESCLÉE DE BROUWER

Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral

Le Vittoz aujourd'hui

Sur la méthode Vittoz chez Desclée de Brouwer

Rosie Bruston, *De la méthode du Dr Vittoz à la psychologie des profondeurs.*

Rosie Bruston, *Petit manuel de rééducation psychosensorielle en psychothérapie Vittoz.*

Rosie Bruston, *La Psychothérapie Vittoz : une démarche de libération.*

Suzanne Dedet, *Relaxation psychosensorielle dans la psychothérapie Vittoz.*

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

de contrôle, qui se fait tout naturellement à partir d'un certain âge, soit en lui donnant une certaine instabilité.

Toutes les intoxications agissent de la même façon en diminuant le contrôle.

Causes secondaires

Dans les causes secondaires, le plus important est le choc moral qui suspend brusquement le contrôle cérébral, puis toutes les causes qui l'usent à la longue : les chagrins, les longs soucis, le travail exagéré. Notons aussi les trauma-tismes, chirurgicaux et autres.

Formes des psychonévroses

On peut les diviser en :

- forme essentielle,
- forme accidentelle.

On pourrait ajouter aussi une forme périodique ou intermittente bien caractérisée.

Forme essentielle

Cette forme débiterait dès le jeune âge et aurait une marche progressive, parfois avec de légères rémissions, pour arriver à une période d'état, généralement à l'âge adulte.

Le début, insidieux ou plus lent, la marche progressive, en sont la caractéristique.

Forme accidentelle

Ici le début est brusque ; soudain le malade passe de

l'apparence d'une santé parfaite à une prostration complète, parfois en une seule nuit, sinon dans un laps de temps très court.

Il n'y a pas de marche progressive ; souvent les symptômes les plus intenses s'établissent d'emblée.

Cette forme est le plus souvent la conséquence d'un choc moral ou traumatique, ce qui donne un début très brusque.

Si elle est causée par un travail exagéré, le début est un peu plus lent.

Forme intermittente ou périodique

Nous ajouterons cette troisième forme, car elle se présente d'une façon assez typique.

Le début est assez rapide ; sans cause apparente, le malade arrive en quelques semaines à une période d'état paraissant très grave et qui dure des semaines ou des mois. Puis, brusquement le malade se sent guéri et peut reprendre ses occupations, sa vie.

Cette période de santé persiste plusieurs mois, même des années ; puis, de nouveau une nouvelle crise éclate avec peu ou pas de prodromes. Cette forme peut être périodique ; dans ce cas, le malade présente habituellement une ou deux crises par an.

Ce retour subit à la santé, dont le malade et son entourage sont convaincus, est cependant plus apparent que réel, car, en examinant attentivement le malade pendant ces rémissions, j'ai toujours constaté une surexcitation cérébrale qui ne pouvait durer indéfiniment et devait tôt ou tard, suivant son intensité, amener une rechute.

Le pronostic de la forme intermittente, malgré ses retours à la santé, n'est pas meilleur que dans la forme essentielle.

Ces trois formes, si dissemblables par leurs causes, leurs débuts et leur marche, ne le sont pas autant si on les considère

au point de vue de la défectuosité du contrôle.

Dans la forme essentielle, nous nous trouvons nettement en présence d'un arrêt de développement de cette faculté.

Dans les autres cas, c'est le fait de l'instabilité du contrôle ; les trois formes ne sont au fond que trois degrés d'insuffisance.

Comme pronostic, il est naturel que l'arrêt de développement du contrôle rende la guérison bien plus difficile à obtenir. Il ne s'agit plus de retrouver une faculté simplement oblitérée par un choc ou des fatigues, il faut en quelque sorte la créer de toutes pièces ; ce qui demandera au malade de longs mois de lutte et d'efforts persévérants.

L'instabilité de la forme intermittente devrait être facile à améliorer ; mais ici, il entre un autre facteur, le malade se soumet bien difficilement à un traitement rigoureux, sachant déjà que sans efforts il arrivera à une période de bien-être, très artificiel il est vrai, puisque la rechute est fatale.

Les symptômes psychiques

On peut grouper les symptômes psychiques en deux classes principales : la première comprend les symptômes du début, période latente, où le contrôle cérébral est déjà insuffisant, mais non d'une façon permanente.

La seconde comprend la période d'état, où l'insuffisance est établie d'une manière plus stable et plus complète.

Dans la période latente, les symptômes ne sont guère pathognomoniques ; ils sont souvent assez difficiles à dépister.

Le médecin a fort peu l'occasion de les voir, car le patient ne s'en plaint pas et ne se fait pas soigner ; ce n'est du reste qu'un candidat à la psychasthénie et comme cette période peut durer des années sans s'aggraver, il est bien rare que médicalement on

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

La tension ou contraction ne se limite pas au cerveau, mais se généralise à tout le corps.

Les muscles en premier lieu sont plus ou moins contractés et parfois douloureux. La marche devient difficile, même impossible. L'équilibre est instable. Il existe aussi des contractions de l'œsophage, de l'estomac, des intestins.

Cette forme musculaire prête facilement à des erreurs de diagnostic quand elle est limitée à un bras ou une jambe. On pourrait penser à une contracture hystérique et, quand elle est plus étendue, à une lésion de l'encéphale ou de la moelle épinière.

L'examen direct permet de reconnaître facilement cette tension cérébrale ; les vibrations sont tendues comme dans le pouls « fils de fer³ ».

Il n'y a aucune ampleur dans les réactions, qui sont très rapides ou paraissent ne pas exister.

Vibrations normales et anormales

Nous venons de voir que les différents états anormaux du cerveau donnaient à la main des sensations spéciales. Pour plus de clarté, signalons les types les plus caractéristiques des vibrations que l'on peut percevoir dans le but de faciliter la tâche à ceux qui veulent repérer nos expériences.

Prenons d'abord ce que nous donne un cerveau normal.

Nous percevons dans ce cas une sorte de pulsation dont la rapidité peut varier, suivant l'état du cerveau, de 5 à 100 battements environ par minute.

Les vibrations les plus lentes correspondent à l'état de calme du cerveau ; plus il s'anime, plus sa rapidité augmente. Il existe aussi des différences d'ampleur et de force. Aussi, dès que la

volonté entre en jeu, il est facile de constater qu'immédiatement le choc perçu est plus accentué et plus rapide.

Malgré ces variations, toute vibration normale présente un certain rythme et une certaine régularité ; c'est ce qui la différencie des vibrations anormales, qui sont toujours irrégulières.

Si l'on examine le cerveau d'un neurasthénique, même dans un moment où il se sent parfaitement normal, on ne trouve jamais des vibrations très régulières.

Elles peuvent paraître normales au premier abord, car on peut percevoir quelques chocs animés d'un certain rythme, mais subitement il se produit un trouble ; c'est une série de battements désordonnés, puis tout rentre dans l'ordre pour recommencer un peu plus tard. Si vous interrogez le malade, il vous répond que c'est une idée qui lui a traversé la tête ou que c'est une distraction. Parfois aussi il ne s'en rend nullement compte. Pour le médecin, il peut être certain qu'il s'agit d'un arrêt de contrôle.

Dès que le malade est sous l'empire d'une idée obsédante ou d'une simple surexcitation, les pulsations deviennent très rapides, incomptables. De plus, vous observez un choc violent, suivi de chocs à peine perceptibles, jamais de séries de pulsations ayant à peu près la même ampleur ou la même intensité.

L'état d'angoisse n'est qu'une augmentation de ce que l'on trouve dans la surexcitation, les chocs sont encore plus accentués et plus désordonnés, et donnent bien la sensation d'affolement.

Quant à l'état de tension dont nous avons déjà parlé, il constitue une quatrième forme anormale présentant la même irrégularité.

Ces différentes modalités constituent les formes les plus

importantes de l'état incontrôlé, et dès que l'on est arrivé à les percevoir, le médecin est capable de procéder au dressage tel que nous l'entendons.

Comment modifier une vibration anormale ?

En admettant le fait qu'il existe des vibrations anormales, c'est-à-dire particulières à l'état d'incontrôlé cérébral, nous arrivons à la conclusion forcée que toute insuffisance modifie le cerveau dans sa fonction même. Cette conception matérielle de la neurasthénie n'est pas indifférente et dans le traitement nous aurons donc à tenir compte de cet élément nouveau, car il nous apprend que le dressage ou la rééducation du contrôle ne peuvent être complets que si le malade arrive aussi à changer le fonctionnement du cerveau ou à remplacer ses vibrations anormales par des vibrations normales.

La première question qui se pose est donc de savoir comment on peut les modifier.

Pour cela, nous devons rechercher avant toute autre chose la cause qui les produit. Nous savons déjà que celle-ci est soit l'instabilité, soit l'insuffisance du contrôle ; mais cette cause toute générale ne nous donne pas d'indications suffisantes pour le dressage. Il existe donc d'autres facteurs que nous devons rechercher avec soin, et qui nous donneront la clé de l'énigme.

En examinant le cerveau des malades, il arrive fort souvent que l'on voie se modifier sous la main la vibration anormale ; celle-ci reprend son rythme, la régularité de la vibration contrôlée.

Quelles sont donc les causes qui subitement modifient la vibration anormale ? Nous pouvons dire qu'elle se modifie par trois chefs principaux :

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Concentration sur un point donné. Dans cet exercice, le malade cherchera à déterminer mentalement la sensation exacte de sa main droite, puis de sa gauche, il passera ensuite au pied droit et au pied gauche. Il fera de même pour les coudes, les genoux, les oreilles, les différents doigts, etc.

En réalité, pour déterminer la sensation exacte, le malade est obligé de fixer sa pensée bien réellement sur le point indiqué, et l'avantage de cet exercice, c'est que le malade peut contrôler lui-même s'il est juste. La concentration bien faite donnera au bout de peu de jours une sensation particulière que le malade pourra aisément reconnaître, c'est parfois un picotement, parfois un léger choc ou l'impression que le sang se dirige vers l'endroit désigné.

Le contrôle fait avec la main donne au médecin une vibration plus accentuée à droite quand le malade pense à sa main droite, à gauche, quand c'est à la main gauche.

Cinquième exercice

Le médecin place son doigt sur un muscle quelconque et demande au malade de fixer sa pensée sur le point touché. Si la concentration est bonne, le médecin ressentira sous son doigt une légère contraction musculaire ; remarquons qu'il faut attendre souvent quelques secondes pour s'assurer du résultat.

Les exercices que nous venons de décrire sont faciles et on peut les varier à l'infini ; nous ne citons ici que les plus habituels.

Sixième exercice

Concentration sur le chiffre *un* (I) ; celui-ci présente souvent une réelle difficulté et nous avons vu bien des malades mettre

des semaines avant de pouvoir le réussir correctement, quoiqu'au premier abord il paraisse très simple.

Il s'agit d'écrire et de prononcer mentalement le chiffre I trois fois de suite sans aucune pensée interférente. De plus, entre chaque I écrit et dit mentalement, il doit y avoir un intervalle de repos de 1/2 à 1 seconde ; exemple :

I repos I repos I repos.

Il n'est pas nécessaire de garder la vision mentale de I pendant le repos.

De cette façon, nous fixons durant le temps de l'exercice la vue, la parole, même l'ouïe mentale, car en parlant mentalement on entend mentalement, puis nous avons en plus l'acte mental d'écrire qui occupe aussi le cerveau.

Dès que le malade est arrivé à le faire correctement trois fois, vous augmentez le nombre, soit quatre, cinq, six, sept fois de suite. Le malade qui peut le faire sept fois a une concentration très suffisante.

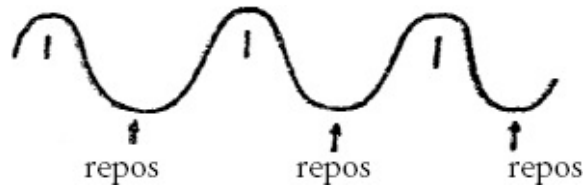
Voyons, fonctionnellement parlant, comment le cerveau doit s'y prendre. Pour commencer, il doit par la volonté suspendre tout travail cérébral, puis il écrit le I, le parle, l'entend mentalement en même temps.

Tout doit s'effacer une seconde, et il recommence, c'est donc au fond une concentration qu'il doit faire plusieurs fois de suite. Il est à remarquer que si le repos n'existe pas, entre les I, la difficulté disparaît mais aussi l'exercice n'a aucune valeur.

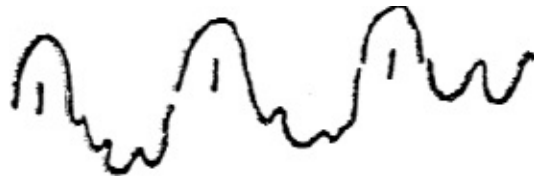
Cet exercice oblige le malade à prendre possession de son cerveau d'une façon complète ; c'est pourquoi il est difficile.

Le contrôle du médecin pour cet exercice est indispensable, car le malade ne se rend guère compte, au début, de ses erreurs.

La courbe d'une bonne concentration est la suivante : chaque I donne un choc net, puis succède une détente qui est la période de repos.



Mal faite, elle donnera :



On ne doit pas attribuer à la vision mentale du I une importance trop grande. Quelques malades du reste ne parviennent jamais à l'avoir ; elle peut être utile au début, mais plus tard on peut la laisser de côté et se borner à la sensation qu'on l'écrit, qu'on le parle et qu'on l'entend.

On pourrait naturellement, pour cet exercice, choisir tout autre numéro, soit un trait quelconque, soit un point. Si nous avons choisi le *un*, c'est qu'il habitue le malade à l'idée même de la concentration, c'est-à-dire que l'esprit, pour être concentré, doit être fixé sur une chose, sur une idée, sur un fait.

Il passera donc plus facilement de cette forme de concentration, mécanique pour ainsi dire, à la concentration vraiment psychique. Comme moyen de transition, nous lui recommandons de chercher à rassembler mentalement toutes ses idées et de les fixer pour ainsi dire sur le I. C'est-à-dire que le malade prononce mentalement *un*, quand il se sent sûr que toutes ses pensées sont ramenées à une seule pensée.

Il peut se figurer graphiquement l'exercice, par exemple en imaginant un cercle dont tous les rayons (pensées) aboutiraient à I.

Chaque malade a sa conception particulière pour arriver à ce résultat ; les uns s'imaginent qu'ils resserrent leur cerveau jusqu'à ce qu'il n'y ait plus place que pour une idée, d'autres au

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

plupart, se contentent de « l'essai du vouloir », c'est-à-dire qu'ils veulent bien, mais sans se décider à vouloir. Ceux-là se corrigent facilement, quand on leur a montré leur erreur.

Quant à l'autre classe, le résultat est plus difficile à obtenir ; il est en effet dur de devoir reconnaître que l'on ne veut pas réellement ; on se retranche si facilement derrière les difficultés souvent réelles de l'effort de volonté.

Il importe donc, avant tout, d'être vrai, sincère avec soi-même, et l'effort de volonté donnera le résultat cherché.

Nous devons cependant aussi reconnaître qu'à côté des personnes qui se trompent plus ou moins sciemment il existe des malades, surtout quand ils le sont dès leur enfance, chez lesquels la notion de l'effort de la volonté est entièrement abolie, et on peut le comprendre si l'on songe que durant ces longues années de souffrances, ce n'était qu'une lutte stérile.

Ces échecs toujours renouvelés, où l'essai de volonté n'était synonyme que de fatigue et même d'angoisse, finissent par annihiler toute sensation de volonté si bien qu'ils ne peuvent même comprendre qu'elle puisse exister chez les autres.

Ceux-là ne *savent pas vouloir*, mais toujours en ce sens qu'ils ne savent pas utiliser leur volonté.

Nous connaissons donc les trois facteurs principaux de l'émission de la volonté ; voyons maintenant comment nous allons les utiliser pour la rééducation de cette faculté.

Le premier pas à faire, c'est que le malade ait la conception, le sentiment exact de l'acte volontaire. Pour cela, nous prenons le mouvement le plus simple, celui qui nécessite le minimum d'énergie chez le malade, par exemple le fait de vouloir se lever, marcher, plier un bras, etc.

Il faut donc qu'il se rende compte, comme nous l'avons dit dans le contrôle des actes, que c'est bien sous l'impulsion de sa

volonté qu'il se lève, qu'il marche. Ce point déjà doit être déterminé d'une façon parfaite, car si faible l'émission soitelle, elle est déjà un réel effort.

Puis il s'agit de graduer avec méthode la dépense d'énergie que fera le malade. Au début, nous n'exigerons qu'un acte, de durée limitée à quelques secondes et presque simultanément avec la mise en jeu de la volonté.

Peu à peu nous augmenterons les difficultés en demandant au malade de faire un acte qui lui coûte davantage et de plus longue durée ; exemple : écrire une lettre, et même prendre une décision et l'exécuter dans un délai fixé. Il doit se rappeler qu'au début c'est une force très passagère et qu'il doit profiter de cette énergie pendant qu'elle existe ; de plus, que tout ce qu'il décide doit être tenu, sinon il n'aura aucune confiance en lui-même.

Le rôle du médecin est d'être attentif à ce que les actes volontaires ou les décisions à prendre soient toujours subordonnés à la dépense d'énergie que le malade peut donner sûrement. Il n'est pas prudent d'attaquer un symptôme maladif avant que le malade ne soit pour ainsi dire sûr de son effort de volonté. Généralement, le malade arrive assez vite à juger son effort, à savoir s'il est exact, à ressentir l'énergie qui se développe.

Dans tout cas douteux ou qui peut, pour le malade, présenter une difficulté, le médecin doit procéder de la manière suivante :

La première question que le patient se posera est celle-ci :

Je veux essayer de vouloir (tel acte, telle chose). Il suffit de la sincérité du malade et que sa pensée soit assez définie, pour que l'effort soit facile ; en effet, il n'aura pas à lutter contre le doute, ni à s'occuper de la réussite : on lui demande un simple essai.

La deuxième question :

Puis-je vouloir ? en déterminera la possibilité.

La troisième question :

Je veux vouloir ou je me décide à vouloir est la suite naturelle de l'essai et de la possibilité ; elle affirme la décision et constitue l'effort complet de la volonté.

Ces trois questions constituent pour le malade un vrai examen de conscience de la volonté et peuvent lui être fort utiles. Au début, comme résultat contrôlé par le médecin, l'essai est généralement bon, la possibilité est dubitative et le « je veux vouloir » n'existe pas.

Après quelque temps de dressage, la possibilité s'affirme. Mais le « je veux vouloir » reste le plus difficile à obtenir.

L'effort de volonté doit non seulement être appliqué aux actes, mais aussi à l'idée abstraite, aux sensations, aux sentiments. Il faut donc par le même procédé habituer le malade à émettre sa volonté en disant mentalement par exemple : « Je veux me dominer ! », « Je veux être énergique ! » ou aussi : « Je veux vouloir ! », simplement pour réveiller la sensation de vouloir.

Dans certains cas, comme moyen adjuvant, il est utile de chercher dans les souvenirs du malade ce que l'on pourrait appeler « l'expression de sa volonté », qu'il se remémore un acte énergique qu'il a fait. Il est en effet curieux de constater que chaque individu réalise d'une *façon différente sa volonté*. Tel malade la retrouve mieux dans une idée abstraite, tel autre dans un acte à exécuter, un troisième dans un sentiment affectif.

Je me souviens d'un orateur la retrouvant dans l'évocation d'un discours et d'un spéculateur en pensant à une spéculation hasardeuse. Cela dépendra du tempérament, des habitudes, de la vie du malade.

Erreurs

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

qui porte ce numéro et se gardera comme du feu d'avoir neuf objets sur sa table de toilette.

L'association des idées continuant à faire tache d'huile, M. X. passe sa vie à vouloir éviter ce qui peut ramener ce souvenir.

Toutes les anomalies doivent donc être recherchées dans le traitement psychique ; nous devons ouvrir les yeux au malade, lui faire comprendre le pourquoi de ces déficiences mentales et le peu d'importance qu'il doit attacher à toute idée, à toute sensation passive. Le malade qui s'en rendra compte peut les corriger ; il ne les garde que par ignorance.

Tout un ordre de pensées et de sentiments sont par eux-mêmes des idées non contrôlées, passives quoique n'étant pas anormales : ainsi la crainte, la peur, l'envie, la haine, la jalousie, etc., d'autres peuvent présenter les deux formes, comme le remords, qui peut être actif ou passif. Dans le remords actif, l'homme, tout en reconnaissant sa faute, cherche à sortir de cette pensée et à s'améliorer, tandis que le remords passif l'écrase ; il gémit sous sa faute sans lutter. La tristesse passive est du laisser-aller mélangé d'égoïsme, la tristesse active est saine et bonne.

L'importance de cette différenciation, tant au point de vue moral que psychique, est énorme et bien des conséquences funestes pourraient être évitées par la connaissance de ces faits.

Il est cependant facile d'être sur ses gardes, car toute pensée passive détermine un trouble, un malaise moral et même physique, dans ce cas agissant comme une vraie toxine sur l'organisme.

Nous pourrions encore parler des conceptions faussées de la vie, de la révolte de l'individu contre des faits qu'il ne veut pas accepter, toutes choses qui le rendent esclave d'une pensée, d'un sentiment par conséquent passif, mais notre but serait dépassé,

car nous ne pouvons ici faire un traité de morale.

Nous avons encore à mettre en garde le malade contre les impressions venant de l'extérieur ; ici nous n'avons pas d'idées ou de travail anormal, mais une diminution ou même une abolition des facultés réactives du cerveau.

Diminution des facultés réactives

Chez l'homme normal, le cerveau est constitué de façon à réagir contre toutes les influences extérieures qui pourraient troubler son fonctionnement. Chez le psychasthénique, nous trouvons au contraire une impressionnabilité exagérée plus prononcée, relativement, pour les petits chocs que pour les grands. Il est, en effet, bien constaté qu'un choc moral intense est souvent bien supporté par un malade qui s'affolera pour un incident sans gravité aucune. Le choc dans le premier cas aura, en raison directe de son intensité, réveillé les facultés réactives du sujet et le laissera sans défense dans le second.

Tous les menus incidents de la vie journalière, toutes les différences de température et de pression atmosphérique, que ce soit le froid ou le chaud, la sécheresse ou l'humidité (chaque malade a sa spécialité), tout agit sur son moral ou sur son physique ; un petit ennui prend des proportions tragiques, une déception devient un désastre.

Tous ces phénomènes paraissent absurdes à l'homme contrôlé dont le cerveau réagit normalement. Chez lui, le cerveau tend de lui-même à se débarrasser de ce qui pourrait lui nuire ; c'est une boule de caoutchouc qui reprend par son élasticité même la forme primitive déformée par le choc. Dans l'insuffisance de contrôle, nous assistons à l'effet contraire : un choc léger détermine une impression même très forte et qui tend

plutôt à se fixer.

Comment doit-on atténuer cette impressionnabilité, rétablir la réaction physiologique normale, voilà ce que le malade doit apprendre.

Il doit en premier lieu s'imprégner de cet axiome : « Aucune influence extérieure n'a d'action d'une façon absolue sur le cerveau », c'est-à-dire : ce dernier ressent naturellement l'impression soit faible, soit forte, mais *a priori* doit être toujours considéré comme capable de réagir et de la surmonter.

Il serait inutile de parler de contrôle si l'on admettait le contraire et, si absolu que cela paraisse au malade, il faut qu'il parte de ce principe pour se défendre. C'est ainsi qu'il éveillera les facultés réactives normales du cerveau, c'est aussi par là qu'il augmentera sa résistance et accroîtra sa confiance, qu'il ne sera plus l'esclave de toutes choses.

Si le malade ne veut pas admettre cette assertion, il est sûr d'avoir des rechutes. En effet, il ne se défendra jamais, car pour lui les sensations et les symptômes qu'il ressent, provenant d'une cause extérieure à lui-même, lui paraissent logiquement ne pouvoir être combattus.

Il aurait en effet raison si cette cause devait lui donner ces symptômes, mais l'erreur est qu'elle ne le doit pas et qu'elle ne le peut que si le cerveau est à l'état passif, donc sans réaction.

Nous lui demandons de vérifier surtout par de nombreuses expériences ce que nous lui assurons ; il se convaincra de cette vérité qu'il peut modifier dans ce sens. Les causes extérieures ne peuvent provoquer de sensations malades que sur un cerveau à l'état passif ; à l'état actif, le cerveau est toujours capable de réagir. Dûment averti et capable par son traitement antérieur de modifier son cerveau, notre malade sera donc à l'abri. Le début de pareilles rechutes est souvent fort insidieux et il peut se faire

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

Introduction

Vous venez de parcourir l'ouvrage du Dr Vittoz. Quelles impressions cette lecture fait-elle en vous ? Qu'en avez-vous retenu ? Comment l'ordonner dans ce que vous savez déjà ? *Comment définir et situer le Vittoz ?*

Il vise à (r)établir le « contrôle cérébral » par l'acquisition d'outils nécessaires pour garder la maîtrise de ses actes et de ses émotions.

Ces outils constituent un véritable trésor qui s'enrichit peu à peu par la pratique fréquente de la réceptivité.

Le Vittoz constitue donc :

- une *pédagogie* : à savoir, une technique qui nécessite un apprentissage visant à la rééducation du « contrôle cérébral » sous la conduite d'un professionnel ;
- une *psychothérapie* : au sens large, c'est-à-dire un éclairage sur le fonctionnement psychique, avec l'usage si particulier de l'élimination ;
- une *somatothérapie* : puisqu'il est fait sans cesse appel au corps, pour le sentir et l'éprouver. En ce sens, le Vittoz vise à ne pas séparer l'individu du monde physique, et par là du monde social ;
- une *éthique* : puisqu'il peut amener à se bâtir une modalité d'être et d'agir – basée sur la simplicité, la souplesse et la sincérité – et à vivre une spiritualité toute personnelle.

Par ailleurs, certains aspects du Vittoz relèvent :

- *de relaxation* : il est d'usage de le présenter ainsi ; mais vous comprenez que la maîtrise est autre chose que la relaxation ;
- *de comportementalisme* : dans l'élimination des clichés,

c'est-à-dire des scènes vécues douloureusement ;

- *de cognitivisme* : dans l'attachement aux fonctions mentales, comme la mémoire.

La technique Vittoz s'inscrit donc dans une vision globale et idéaliste de l'homme.

Elle croit en l'homme, en ses possibilités, à son pouvoir d'exercer sa volonté et de se réaliser dans son unité.

Vittoz n'était pas neurologue. Mais il est curieux et agréable de constater que ses préoccupations rejoignent certains acquis actuels de la neurophysiologie. Par exemple :

- l'importance des perceptions dans la formation du moi, du schème corporel, tant dans leur aspect sensitif, mnésique, affectif que symbolique. Par la suite, ce moi sera nourri de ces perceptions, ce qui lui permettra de durer, de pouvoir s'économiser pour être actif, surtout face aux situations de stress ;

- le rôle du cerveau dit « mineur¹ » dans l'appréhension du monde physique et de l'environnement ;

- les variations positives de flux sanguin cérébral lors des processus perceptifs.

Actualité de la méthode Vittoz

Vittoz a construit peu à peu sa « méthode » voici plus d'un siècle. Elle n'est donc pas « jeune ». En ce début du XXI^e siècle, est-elle toujours adaptée à notre monde ? *Oui*, et elle s'avère de plus en plus capable de répondre aux aspirations profondes de chacun et aux besoins essentiels des collectivités.

Les exemples suivants vous permettront de vous faire une opinion à ce sujet, et pourquoi pas, vous convaincre de la richesse du Vittoz.

1. Le fonctionnement des hémisphères cérébraux amène à distinguer : – un hémisphère dominant (le gauche chez le droitier) à activité surtout « logique » ; – un hémisphère mineur (le droit chez le droitier) à activité beaucoup plus « sensorielle ».

Ces pages ne sont pas disponibles à la pré-visualisation.

II. Le traitement

1. Traitement fonctionnel

Contrôle des actes

Actes volontaires

Effet psychique du contrôle des actes

Contrôle des idées

Concentration

Concentration sur l'idée

Effets physiologiques de la concentration

Élimination, déconcentration

La volonté

2. Traitement psychique

Clichés

Idées anormales. Travail anormal du cerveau

Diminution des facultés réactives

Causes de rechutes

3. L'insomnie

4. Résumé du traitement

LE VITTOZ AUJOURD'HUI

Introduction

1. La cure psychothérapique Vittoz

2. Vittoz et relaxation. La relaxation psychosensorielle

3. Vittoz en groupe

4. Vittoz et psychotiques

5. Le Vittoz et son utilité pédagogique

6. La méthode Vittoz et la personne âgée. Vieillir, un chemin de

vie

7. Vittoz en entreprise

Conclusion

Composition et mise en pages réalisées par
Sud Compo - 66140 - Canet en Roussillon
105/2008

Achevé d'imprimer par

La Manufacture,

en mars 2016

N° d'imprimeur : XXXXX

Dépôt légal : mars 2016

Imprimé en France