Université Paris Ouest Nanterre La Défense

UFR de Sciences Psychologiques et Sciences de l'Education (SPSE)
Convention de cotutelle avec IATE

Thèse

Pour obtenir le grade de

Docteur en Psychologie

Présentée et soutenue publiquement par

ANTONINA BESCHASTNOVA

Décembre 2014

LA PENSEE EST L'ARCHITECTE DE LA SANTE

Dirigée par :

Professeur Andronikof A.
Professeur Sedin V.

Laboratoire IPSé

Table des matières

1 CHAPITRE I Psychisme et santé du corps 6

1.1 L'importance du vécu et des représentations dans l'enfance. 7
1.2 Exemples célèbres montrant qu'un « mauvais départ » ne doit pas être pris comme une fatalité à laquelle on ne pourrait que se résigner 8
1.3 Le rôle essentiel de l'entourage dans la santé physique et mentale tout au long de la vie. 8
1.4 Les différentes causes de la survenue des maladies : confirmation de la pertinence de notre hypothèse 10
1.5 Nos manières erronées de traiter la maladie 13
1.6 Le psychisme et le physiologique sont consubstantiels 14
1.7 Chacun est l'artisan de sa qualité de vie et de vieillissement 16
1.8 Aspects psychologiques de la maladie 17

1.8.1 La névrose 18
1.8.2 L'asthénie 19
1.8.3 La crise 21

2 CHAPITRE II CORPS ET PSYCHISME : UNE RELATION SYMBIOTIQUE 23

2.1 Les conséquences de notre hypothèse d'une relation symbiotique entre le corps et la pensée 24

2.1.1 La pensée comme manifestation du corps 24
2.1.2 Le corps comme manifestation de la pensée 25

2.2 La symbiose corps / esprit fait que la pensée est capable de construire la vie et de débarrasser la personne de la douleur 26

2.2.1 Se centrer sur son corps / calmer ses esprits 26
2.2.2 S'obliger / s'habituer à considérer les choses par leur « bon côté » 27
2.2.3 L'importance de l'environnement 28

2.3 Le corps va mieux si la pensée se le libère de l'obsession d'un passé malfaisant 30

2.3.1 Le passé doit être remis à sa juste place 30
2.3.2 Donner un sens au passé pour le dépasser 31

2.4 Rappel des présupposés et des objectifs de ce travail pour une définition de la méthodologie adoptée afin de valider l'hypothèse présidant à la présente recherche 32

2.4.1 Ce qui apparaît commun à tous les individus 32
2.4.2 Ce qui distingue les individus les uns des autres 33
2.4.3 Spécification de la thématique et de la problématique de la présente recherche 34

2.5 Principes et précautions méthodologiques 36

2.5.1 Particularités du recueil de l'information en vue de l'organisation du conseil psychologique 37
2.5.2 L'information vue du côté du patient vs du psychologue 39
2.5.3 Comment obtenir l'information psychologique pertinente ? 39
2.5.4 Les questions pour l'entretien clinique 40
2.5.5 Une pratique interdisciplinaire 40
2.6 Les différents moyens à disposition du praticien pour conduire l'analyse de la psychologie du patient 41
2.6.1 Les techniques 41
2.6.2 Psychologie différentielle 41
2.6.3 Psychologie générale 42
2.6.4 Neuropsychologie 42
2.6.5 Les données psychométriques 43
2.7 Outils pour l'élaboration du conseil psychologique 43
2.7.1 Se fonder sur les typologies existantes 44
2.7.2 Deux méthodes complémentaires pour élaborer la teneur du conseil psychologique 44
2.7.3 La psychothérapie 45
2.7.4 Mise en place de la correction psychologique 46
3 Chapitre 3 Un exemple concret 48
3.1 Modèle du système de formation de la santé professionnelle 49
3.1.1 L'objectif de la recherche 50
3.1.2 Le diagnostic (repérage du problème à résoudre) 50
3.1.3 Hypothèse de résolution du problème repéré 51
3.2 L'organisation de l'étude empirique 51
3.2.1 L'étude de la santé professionnelle 52
3.2.2 Etablir le profil des individus 52
3.2.3 L'entretien 53
3.2.4 Le questionnaire 53
3.2.5 Le test 53
3.2.6 L'apport de l'étude 54
3.2.7 Les qualités et compétences demandées par le profil du poste 55
3.2.8 Le statut de l'individu au sein du groupe 56
3.2.9 Les facteurs agissant sur la capacité de travail 56
3.2.10 Les facteurs modifiant les pensées et la construction de la santé. 61
4 HYPOTHÈSE 70
5 CHAPITRE IV Méthodologie 72
5.1 Population 72
5.2 Outils 72
5.2.1 Le test des couleurs de Lüscher (1948) 73D

5.2.2 Le Locus de contrôle 73
5.2.3 Pour étudier les caractéristiques psychologiques des personnes examinées, nous avons utilisé la méthode du Test "Figures géométriques." 74
5.2.4 Le questionnaire « objectifs et valeurs de la vie » (Petrovskya A.V.,1981) 75
5.2.5 Le test de Timothy Leray, psychologue américain (1954) 76
5.2.6 La méthode du « Questionnaire sur l'attitude envers la santé » : D. N. Savalichina (1991) 76
5.2.7 Le test d'Eysenck (1964) 77
5.3 Procédures 78
6 CHAPITRE V RESULTATS Partie 1 : Profil psychosomatique et psychologique des 227 participants 79
6.1 « Questionnaire sur l'attitude envers la santé » 79
6.2 Le test des couleurs 80
6.3 Locus de contrôle 81
6.4 Le test de Eysenck 82
6.5 Le test de Psycho- Géométrie 82
6.6 « Buts et valeur de la vie » 83
6.7 Les résultats de la méthode du test de T. Leray 83
6.8 Description de la technique du training autogène, et résultats sur l'ensemble du groupe 84
7 Partie 2 : Comparaison avant et après pour un groupe de 50 personnes. 87
8 CHAPITRE VI Discussion 92
8.1 Pensée et action 92
8.2 Aspects scientifique novateurs du thème de la présente thèse 94
9 CONCLUSIONS SYNTHÈSE, APPLICATION PRATIQUE 97

BIBLIOGRAPHIE 100
LISTE DES TABLEAUX 111

INTRODUCTION

Le présent travail repose sur le postulat général que la santé physique est conditionnée par l'état psychique, lequel dépend de l'ensemble des conditions de vie de l'individu.

Les problèmes liés à l'étude des maladies psychiques et de leur traitement sont d'une actualité toujours plus grande.

La diversité des actions psychogéniques, l'instabilité des conditions sociales, et en particulier la situation économique actuelle, les relations au sein du collectif, les problèmes quotidiens rencontrés au sein de la famille exercent une influence négative sur l'état d'esprit, sur l'état de santé général, l'état du psychisme.

Les conditions de vie laissent une empreinte sur l'individu, son apparence et sur sa vie physique et psychique.

La santé est une valeur éternelle de l'être humain.

Ce postulat n'a rien de nouveau : dès l'Antiquité l'on considérait que le corps ne peut être en bonne santé si l'âme est malade, cependant la consultation des dictionnaires contemporains – qui témoignent des connaissances et croyances de la collectivité à un moment donné – montre que la santé, dans l'esprit des profanes, est encore le plus souvent réduite au somatique.

Ainsi lit-on dans le Grand Larousse de la langue française à l'entrée santé : « 1. Etat d'une personne dont l'organisme fonctionne régulièrement /.../. 2. Etat de l'organisme, bon ou mauvais /.../ », ce qu'illustrent des exemples comme Recouvrer la santé, Ménager sa santé, Une petite santé, Bilan de santé qui renvoient au physiologique sans l'associer au psychologique (tome VI, page 5356, 1977). Quinze ans plus tard et près de la fin du XXe siècle, la définition est similaire dans le Trésor de la langue française : « Etat physiologique normal de l'organisme d'un être vivant, en particulier d'un être humain, qui fonctionne harmonieusement, régulièrement; dont aucune fonction vitale n'est atteinte, indépendamment d'anomalies ou d'infirmités dont le sujet peut être affecté » (tome XV, page 52, CNRS & Gallimard 1992), mais est introduite la définition, beaucoup plus large et globale, de l'Organisation mondiale de la santé (1946) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

De fait, la santé aujourd'hui est supposée dépendre à hauteur de 10% du mode d'alimentation, de 20% du mode de vie et de 70% du mode de pensée , ce qui nous

conduit à adopter une hypothèse plus radicale, d'ordre psychogénique, selon laquelle le psychisme est une forme d'énergie susceptible d'exercer une action créatrice comme destructrice, capable aussi bien de constituer un puissant remède dans la lutte contre les maladies que d'engendrer les symptômes d'une pathologie, puis la pathologie elle-même. La conséquence prédite par cette hypothèse est que, sans la connaissance des méthodes permettant la maîtrise de ses pensées, il n'est pas actuellement possible d'avoir un psychisme sain, donc de mener une existence saine, par conséquent d'avoir une bonne santé.

L'objectif de notre travail est de déterminer comment mettre sa pensée au service de sa santé, d'élaborer des moyens de contrôler son fonctionnement psychique et d'utiliser pour ce faire, correctement et rationnellement, sa mémoire et son expérience, de proposer des dispositifs et des entraînements qui mettent en mesure de lutter contre le stress, la peur et la dépression. En somme, l'ambition est ici de créer un modèle susceptible de rendre compte des tenants et aboutissants de la santé au travail, résultat qui présuppose d'une part la détermination des facteurs pronostiques qui influent sur la formation de la santé professionnelle, et d'autre part l'élaboration des fondements théoriques de la correction des processus de réflexion.

1 CHAPITRE I
Psychisme et santé du corps

Développement de l'hypothèse annoncée en introduction
« Chaque individu est l'artisan de son destin »
Sallustius

Introduction

Le présent chapitre étoffe le fondement de l'hypothèse à la base de notre étude, en rappelant l'importance, pour la constitution du psychisme de l'adulte, du vécu et de ses représentations dans l'enfance : ce sont eux, en effet, qui conditionnent ses perceptions, émotions et interprétations ultérieures, ce dont, par conséquent, il doit prendre conscience en préalable à tout travail sur ses modes de pensée.

Toutefois, il y a lieu de ne pas surestimer le poids de l'enfance sur la vie de l'adulte : de nombreux exemples célèbres montrent en effet que l'héritage génétique ou les conséquences des traumatismes subis dans l'enfance ne sont pas irrémédiables, du fait que chacun peut agir sur son psychisme et que, de par le lien consubstantiel du psychisme avec le corps, cette action se répercute sur la santé physique. Ainsi peut-on affirmer que toute personne est l'artisan de sa qualité de vie et de vieillissement, puisque l'on peut influer sur leur déroulement par ses modes de pensée et les décisions ou les pratiques qui en découlent.

Il reste que, le temps accomplissant son ouvre, arrive un moment où le vieillard n'est plus en mesure de renouveler ses processus physiologiques et psychologiques : c'est alors que son entourage joue un rôle essentiel dans sa santé physique et psychique – le vieillard lui-même étant réciproquement, par son expérience acquise, un facteur du vivre bien pour son entourage.

Mais avant de parvenir à un âge où l'état, plus fragile, de la personne s'explique par une évolution naturelle, d'où vient que la santé puisse s'altérer, d'où vient que nous tombions malades ? Diverses causes peuvent être évoquées, et il faut également prendre en compte le fait que ses habitudes mentales font que l'adulte ne gère pas ses maladies comme il le faudrait, car il n'est justement pas conscient du fait que son système de pensée est erroné, ne tenant pas compte de la consubstantialité du psychique et du physiologique.

1.1 L'importance du vécu et des représentations dans l'enfance.

La plupart des comportements et troubles de l'adulte s'origines dans l'enfance, à travers en particulier l'éducation reçue : ainsi, selon Ganouchkine (1984). le rôle de l'éducation parentale est majeur dans le processus d'acquisition des comportements de santé ; il peut être de trois types :

- le premier se caractérise par le fait que, dans les interactions avec les enfants, les parents compensent involontairement un grand nombre de leurs émotions restées sans réponse, c'est-à-dire revêtant un caractère réactionnel. Lorsque, par exemple, les parents se trouvent dans un état d'irritation et ne répondent pas à une question, que leur enfant leur pose.

- le deuxième correspond au cas où les parents projettent inconsciemment leurs problèmes personnels sur leurs enfants, les accusant de choses qui, en fait, leur sont propres, mais dont eux-mêmes n'ont pas conscience.

- le troisième peut se résumer à la contradiction entre les paroles et les actes (ainsi, on recommande à l'enfant de ne pas mentir, mais on le rend complice d'un mensonge excusant auprès des grands-parents l'oubli de leur anniversaire par exemple).

Ajoutons à ces grandes lignes le fait que les parents peuvent s'immiscer dans la vie de l'enfant de telle sorte qu'ils le rendent totalement dépendant, ne se rendant pas compte que leur tâche est au contraire de lui apprendre à être résistant. En outre, toute situation peut s'avérer traumatique pour un enfant : ce que les névroses infantiles ont en commun, c'est la tension du système nerveux qui subsiste après le choc psychique. Mais, en dehors des traumatismes, les conflits permanents entre les parents, comme la grossièreté et l'agressivité qui peuvent tisser leurs relations, constituent des modèles pour l'enfant, lequel s'approprie involontairement ce style de réaction et de communication, ce qui, par la suite, peut aboutir à une psychopathie.

Même sans arriver à cette extrémité, l'habitude consistant à spontanément et instantanément réagir négativement se renforce avec le temps et devient une seconde nature : l'enfant devenu adulte « voit tout en noir », selon l'expression consacrée, et le monde entier lui apparaît hostile. Mais on peut faire évoluer ses habitudes, et s'il n'est pas facile de modifier ses conditions de vie, il est possible de changer ses réactions émotionnelles à leur égard, en apprenant tout d'abord à en prendre conscience et à s'aimer soi-même. De plus, il y a lieu de ne pas surestimer le poids de l'enfance sur le

déroulement ultérieur de la vie de l'adulte, donc de ne pas en faire l'alibi de tous comportements adultes advenant par la suite.

1.2 Exemples célèbres montrant qu'un « mauvais départ » ne doit pas être pris comme une fatalité à laquelle on ne pourrait que se résigner

L'être humain est le système le plus complexe et le plus subtil, disait I. P. Pavlov et, de fait, une fragilité initiale de la santé n'est pas fatale, même si elle est génétique ou congénitale : un individu malade dans l'enfance peut, grâce à ses efforts, devenir fort, résistant et vivre très vieux.

Ainsi avait-il été prédit, dans son enfance, une vie courte au philosophe allemand Kant, en raison de maladies permanentes, mais il a en fait finalement vécu très vieux, grâce à un système d'auto-guérison élaboré par ses soins, qui reposait sur l'institution d'un rythme de tous les processus vitaux. De même, le général russe A. Souvorov avait grandi malade et malingre. Cependant un système d'endurcissement et d'entraînements fit de lui un être en parfaite santé. Parvenu à un âge avancé, il a même été capable de supporter une très difficile traversée des Alpes. Pareillement, le médecin américain P. Break avait été atteint, dans son jeune âge, d'une forme aigüe de tuberculose pulmonaire. Sa vie tenait à un fil. Un système de diète, d'alimentation rationnelle et d'activité motrice lui permirent de parvenir à un parfait état de santé. À quatre-vingts ans, il participa à des compétitions de résistance, traversa la Vallée de la mort au moment des plus fortes chaleurs et battit des sportifs bien plus jeunes. Il vécut jusqu'à 96 ans et mourut non pas de vieillesse et de maladies, mais d'un accident.

Avec l'âge toutefois, le temps accomplissant son œuvre, l'acuité de la perception et la rapidité de l'apprentissage des choses nouvelles diminuent inéluctablement, même pour l'individu le plus sain au départ, en raison de l'affaiblissement naturel des processus physiologiques et émotionnels.

1.3 Le rôle essentiel de l'entourage dans la santé physique et mentale tout au long de la vie.

Si les personnes âgées s'affaiblissent de par l'évolution biologique naturelle, elles disposent en échange du bon sens et de la capacité à savoir user de cette sagesse qu'elles ont jusque-là spontanément accumulée de manière désorganisée : c'est ce qu'elles peuvent donner, ce qui constitue leur utilité sociale, familiale et affective, et du

même coup assure leur estime et leur amour d'elles-mêmes, totalement indispensables à un vieillissement heureux. C'est pourquoi il faut absolument respecter les avis des vieilles gens et prendre en considération leur expérience de la vie : le confort psychologique des personnes âgées, leur intégration à la communication sociale au sein de la famille et en dehors, créent les conditions de la solidité des liens familiaux et de comportements antistress chez ceux qui les entourent aussi bien que pour elles-mêmes.

Tableau 1. Les sept règles de communication avec les parents d'un âge avancé (Alexandrov, M. 1974)

1. Nous planifions à l'avance. (L'attention accordée aux personnes âgées exige bien plus que la préoccupation manifestée par l'État et les cartes postales envoyées pour les fêtes de la part des services sociaux. Il faut prévoir à l'avance, dans son emploi du temps, le contact avec les parents, avec les membres de sa famille d'un âge avancé. Établir une relation par une question simple mais que l'on pose chaque jour : « Comment ça va ? ».
2. S'accorder un peu de liberté l'un à l'autre, (Plus l'espace de liberté sera grand, mieux ce sera. Considérer le fait d'entretenir l'indépendance comme un entraînement au respect mutuel).
3. Permettre de ressentir de l'importance. (Prendre des décisions en conseil de famille et partager les obligations en matière d'éducation et de tenue de la maison).
4. Un moyen simple de faire bon ménage avec sa belle-mère. « Ne vous disputez pas, et en aucune circonstance ».
5. Demandons des conseils. (Un moyen universel de faciliter sérieusement la relation consiste à prendre conseils, aussi souvent que possible, auprès des personnes âgées).
6. Créons un espace de bien-être (Amélioration de la situation, de l'ordre familial, réflexion positive et autres élément qui doivent améliorer les relations et favoriser une meilleure paix intérieure).
7. Apprenons à rendre (L'étape suivante est arrivée. Rendre, offrir et remercier, en fait, n'est pas moins agréable).

La possibilité de vivre de nombreuses années dynamise l'intellectualité et la créativité de l'esprit – à condition de se sentir utile et que cette utilité soit reconnue par l'entourage –, développées en chacun par une culture de la réflexion, c'est-à-dire d'une attention portée à :

- la connaissance de soi,
- l'auto-perfectionnement,
- l'autodidactie,
- l'auto-éducation,
- l'autocritique,

et par les qualités d'une longévité créatrice :

- le goût du travail,
- la persévérance,
- l'organisation.

La longévité créatrice est la corrélation entre création et longévité, ainsi que le dit A. I. Subetto (2002). « L'activité créatrice augmente la résistance biologique de l'organisme. L'action du milieu extérieur affaiblit le mécanisme de garantie de la longévité créatrice. La vie des intellectuels, conformément aux stéréotypes de la vague créatrice, permet à l'individu de surmonter le syndrome de fin de vie et de réaliser le programme héréditaire de sa vie » (Petlenko 1998).

Mais avant de parvenir à un âge avancé où l'état objectif de la personne reçoit une explication naturelle – le cycle de la vie touchant à sa fin –, comment se fait-il que l'état de santé puisse s'altérer, que des êtres jeunes sans handicap particulier tombent malades ? Que des adultes a priori « en pleine force de l'âge », comme on dit, souffrent de maladies

1.4 Les différentes causes de la survenue des maladies : confirmation de la pertinence de notre hypothèse

Selon notre hypothèse, forgée à la suite de nombreuses lectures d'une part, de nombreuses observations d'autre part, le psychisme est responsable de l'état de santé du corps. Il nous faut cependant détailler les différents cas de figure reconnus dans la littérature.

Il existe des maladies qui proviennent de l'extérieur de l'individu. L'homme n'est pas un être humain autosuffisant vivant à part avec ses règles et ses lois propres : il existe dans la nature et en fait partie, il y a continuité fonctionnelle de l'environnement et de l'homme. L'humanité est un phénomène naturel influencé par la géosphère et la biosphère, ce qui se fait sentir non seulement dans le mode de vie mais également dans la manière de penser : l'organisme de l'être humain subit l'action extérieure de la réalité, du quotidien, et il répond à cette action. Pour y faire face au mieux, la principale règle de vie consiste à maintenir un équilibre dynamique de l'organisme face aux diverses situations qu'il doit affronter – ou « homéostasie » – et chaque individu doit, conformément à sa propre règle de vie intérieure, aspirer à l'homéostasie.

La maladie peut être une forme de protestation contre le monde extérieur. L'individu est susceptible de tomber malade pour (inconsciemment) chercher à stopper

un processus perçu comme une agression venant du monde extérieur, pour se protéger contre un phénomène incompris émanant de l'environnement. Par opposition au cas de figure précédent, l'individu ici réagit selon son interprétation de la réalité qui l'entoure : nous créons nous-même notre vie, notre monde et parfois, en réaction à l'inattendu ou à ce qui est interprété comme une agression ou une injustice, nos maladies. Ce cas de figure est déjà une illustration de notre hypothèse attribuant à nos représentations mentales la source de notre état de santé corporel.

La maladie est déclenchée par une réaction du subconscient. L'être humain n'utilise délibérément, en toute conscience, qu'une infime parcelle de ses capacités, car l'essentiel de l'information est contenu dans ces structures informationnelles et énergétiques qui ont reçu le nom de « subconscient ». Le subconscient contient tout un ensemble de programmes de conduite que la personne hérite de ses parents, information codée émanant de ses ancêtres et qui déterminent son avenir, programmant inconsciemment la conduite de l'individu. Si ses pensées ou son comportement sont en désaccord avec les lois organiques de l'Univers, son équilibre est détruit – ce qui se manifeste en particulier dans son état de santé. Par exemple, supposons qu'une cellule cesse de vivre conformément aux lois de l'organisme, elle devient alors une cellule malade pour ce dernier, qui essaiera, dans un premier temps, de la soigner mais qu'il détruira s'il n'y parvient pas.

Ainsi la maladie est-elle un message du subconscient révélant qu'un certain comportement ou que certaines pensées et sentiments sont en conflit avec les lois de l'Univers : cela signifie que pour guérir de toute maladie, il faut mettre toutes ses pensées et émotions en conformité avec les lois universelles.

Dans la continuité de ce qui précède, nos observations révèlent que les causes des maladies et des souffrances se trouvent non pas à l'extérieur, mais à l'intérieur de nous-mêmes : il existe des causes aux maladies localisées à un niveau beaucoup plus profond et subtil que le plan physique et chimique, celui du champ informationnel et énergétique – à savoir nos sentiments, nos pensées, nos émotions, notre comportement et notre conception du monde . Les causes de la maladie gisent alors, cachées, dans une vision inexacte de l'environnement : tous ces éléments sont refoulés dans la région du subconscient puis se manifestent par le biais de la perturbation des organes internes – pour guérir, il faut donc modifier notre conception du monde. Dans cette optique, la maladie est le résultat de l'impact des pensées et émotions au niveau physique. La

pensée est une énergie d'une nature particulière, encodée d'informations. Chizhevsky (1959) souligne dans ses travaux sur la cosmobiologie que l'homme et son activité psychique font partie du domaine des phénomènes habituels de la nature. La science contemporaine confirme un certain lien entre les manifestations de l'activité intellectuelle et sociale d'un être humain et des phénomènes puissants de la nature.

Confirment cette analyse les facteurs d'apparition d'une pathologie psychosomatique tels que relevés par Genkin (1973).

Tableau 2. Les facteurs d'une pathologie psychopathique (Genkin 1973)

Alexithymie - perte de l'objet.
Relations interpersonnelles.
Expression des sentiments.

Le manque d'expression émotionnelle crée une situation conflictuelle dans la sphère interpersonnelle, et la tension émotionnelle se transforme en réactions pathologiques, selon des combinaisons complexes entre différentes composantes telles qu'énumérées par Platonov & Golubev (1977).

Nos recherches nous ont permis d'arriver à la conclusion qu'il existe un « schéma de la maladie » susceptible d'être résumé par les grandes étapes :

Tableau 3. « Schéma de la maladie »

Apparition de symptômes clinique de la maladie
Cristallisation de la maladie
Déroulement de maladie

À partir des observations faites sur les patients, nous avons défini quatre phases psychiques des maladies :

Le niveau sensoriel – un complexe de douleur

Le niveau émotionnel – l'expérience de la maladie, lié aux différentes formes de réactions à chaque maladie dans son ensemble et ses conséquences.

Intellectuelle –pour développer des idées et des connaissances sur la maladie et son évaluation réelle du patient, la réflexion sur ses causes et conséquences, avec la représentation des connaissances sur la maladie.

Niveau (conative) –de développer une certaine attitude de la maladie et les activités de mise à jour de la reprise. Cette étape définit le rapport à la maladie en tant qu'il se concrétise de manière dynamique, assumée : le malade admet son état et recherche les

modalités permettant de le vivre au mieux, ce qui suppose un changement de comportement et de mode de vie, lesquels doivent s'adapter aux conditions imposées par la maladie et son traitement – l'activité doit être actualisée de manière à donner au malade les meilleures chances de recouvrer la santé.

1.5 Nos manières erronées de traiter la maladie

Si le pessimisme systématique est au fondement des maladies, leur traitement n'est pas non plus approprié car la plupart des gens adoptent une remédiation axée non sur la destruction de la pathologie mais sur une restauration de façade : la maladie reste donc, et devient chronique, du fait que les efforts à son encontre sont déployés à des fins purement cosmétiques. On pourrait chercher les responsables de cet état de fait, incriminer le médecin, le malade, la réalité environnante, les imperfections de la science ; il nous paraît plus utile de chercher la vérité non pas dans le déni mais dans la création (Aksaxov, I.A.,1992) , c'est-à-dire la définition d'une méthode plus appropriée, parce que véritablement fondée sur les sources mêmes du pathologique – en l'occurrence des modes de pensée : la remédiation se trouve alors dans de nouvelles habitudes à adopter.

Tableau 4. Fondements de la Santé (Vasileva, 1984)

- Garder l'espoir, avoir un penchant pour l'humour.
- Savoir passer rapidement et consciemment à une activité agréable.
- Etre capable de se souvenir longtemps du bien et d'oublier rapidement le mal.
- Avant de chercher à refaire le monde ou la société, commencer par se refaire soi-même en apprenant à se réjouir du jour présent, de l'heure, de la minute.
- Se pénétrer de la conviction que la joie est le meilleur ami de la santé.
- Que le meilleur remède au monde, c'est nous-mêmes.
- Savoir que la pensée peut soigner mais aussi tuer.
- Cultiver la sagesse dans ses pensées de vie, avec ses joies et ses espoirs.

Ces principes éraient déjà préconisés par Aaron Beck (1967) dans sa définition d'une thérapie cognitive-comportementale (TCC) distinguant entre le « Je sens » (empathie, émotion, inquiétude, humeur et autres manifestations de la sphère émotionnelle et volontaire), et le « Je pense » (impression, perception, modèle de pensée et autres manifestations de la sphère cognitive de l'individu). L'acceptation de ce qui s'est passé, la réconciliation avec le pire représente, en soi, la première étape pour surmonter les conséquences de toute situation difficile (Chedrine 1989).

L'ensemble des travaux cités, comme nos propres observations, conduisent à l'hypothèse – dont la médecine classique est loin de reconnaître la pertinence, voire simplement l'existence – que les représentations que l'individu a de lui-même, du monde environnant, de sa place dans ce contexte, de la (non-)reconnaissance dont il est (ou se croit) l'objet, constituent, au minimum, la cause fondamentale de ses maladies à côté de raisons purement physiologiques – et, plus radicalement, sont la source même de son état pathologique.

1.6 Le psychisme et le physiologique sont consubstantiels

Notre hypothèse, en effet, est que le psychisme de l'individu le détermine dans tous les aspects de sa vie, du fait que le cerveau humain dirige l'ensemble des fonctions vitales, le fonctionnement des organes internes comme des muscles et que, en conséquence, l'activité psychique influe non seulement sur le cerveau mais également sur le mécanisme de tous les systèmes corporels, renforçant ou affaiblissant les défenses immunitaires et les fonctions de l'organisme, déterminant les émotions, les réactions et les actes des sujets.

Le psychisme n'est donc, dans cette perspective, pas d'un ordre autre et distinct : il est une propriété particulière de la matière hautement organisée du cerveau, apparu lors d'une étape précise du développement du vivant, au cours du processus d'interaction de l'organisme avec l'environnement, et il a progressé et crû en tant que produit de cette interaction. La formation psychique dans le processus du fonctionnement réflexe de l'encéphale est réalisée par le cortex du cerveau, et c'est également là que se trouve la dynamique des processus d'excitation et d'inhibition. Ainsi, dans l'activité réflexe du cerveau, le psychique n'est pas séparé du physiologique.

Cependant, ainsi que l'a montré Pavlov (1939), « le type de système nerveux lui-même ne dépend pas uniquement des antécédents innés mais également des conditions de vie » : le conditionnement social se manifeste à travers les caractéristiques psychiques individuelles de la personnalité. Autrement dit, le psychisme dépend aussi de l'interaction de l'individu avec l'environnement, procurant les moyens de se représenter activement la réalité grâce à un ensemble de processus intellectuels et de traitement des phénomènes (perception et réception de l'information, impressions subjectives, émotions, mémoire), contribuant du même coup aux processus somatiques.

Les émotions, qui manifestent physiquement la réaction psychique à telle ou telle information, témoignent encore de l'étroite relation entre le somatique et le mental. Selon Aksaxov (op.cit.), elles sont, au cours d'une journée, pour 60 à 70% négatives, 15 à 20% neutres et 15 à 20% positives ; si leur cause reste inconsciente, elles peuvent engendrer l'apparition de maladies fonctionnelles et de névroses. C'est ainsi que le physiologiste canadien H. Selye a introduit, en 1979, la notion de « stress » et de « syndrome général d'adaptation ». Il distingue trois phases intervenant dans le mécanisme d'adaptation : (1) l'angoisse, phase pendant laquelle les forces de l'organisme sont mobilisées, qui peut se conclure (2) par la résistance ou bien l'adaptation ou encore l'épuisement ; lorsque l'organisme est l'objet d'une telle agitation pendant une longue période, (3) il finit par ne plus pouvoir résister, ce qui débouche sur la maladie. Selye (op.cit.) montre également que, pendant les différentes phases du stress et de la détresse, il se produit des changements dans l'organisme aux niveaux physiologique et biologique – ces processus se déroulent automatiquement et concernent également tous les hommes. Les résultats de cette recherche confirment donc notre hypothèse.

Plus récemment, Gyravleva (1993) à son tour soutient qu'il existe un lien étroit entre l'esprit et le corps puisqu'il arrive souvent que l'inquiétude, l'anxiété, les troubles nerveux engendrent des perturbations organiques. Nishi (2004, 2010) définit également l'état de santé par le biais de critères, tous aussi importants les uns que les autres, combinant physiologie et psychisme : l'état de la peau, la qualité de l'alimentation, l'état des extrémités, l'état du psychisme. Une parfaite santé suppose une force nerveuse puissante accumulée dans les cellules nerveuses de l'organisme, lesquelles se trouvent soit dans le système nerveux extérieur ou parasympathique, qui contrôle la surface de la peau, les muscles des mains, des jambes, de la tête et rend la peau sensible à la chaleur, au froid et aux lésions ; soit dans le système nerveux interne ou sympathique, qui dirige le travail des organes intérieurs. La force nerveuse musculaire est responsable de la santé pour ce qui regarde les actions musculaires : contraction et relâchement. La force nerveuse des organes contribue à la santé en définissant la capacité de résister aux maladies.

Il apparaît donc, à travers la lecture de nombreux travaux fondés sur des observations cliniques ou des expérimentations dignes de foi, que les représentations mentales de l'individu (elles-mêmes fondées sur ses capacités innées mais également sur

son expérience de vie, son héritage culturel, sa formation) conditionnent son état de santé – lequel ne saurait donc être borné au bon fonctionnement mécanique du corps. Il s'ensuit que, d'une certaine manière (c'est-à-dire à condition d'être en mesure de contrôler es représentations mentales), l'individu est responsable de son état de santé et susceptible d'agir sur lui.

1.7 Chacun est l'artisan de sa qualité de vie et de vieillissement

Selon Bolotov (2006), l'apparition de nombreuses maladies et la source du vieillissement de l'organisme sont liés à son énergétisme, lequel s'entretient en agissant à l'unisson des lois de la nature afin de maintenir la pureté intérieure de l'organisme. Ces règles biologiques sont par exemple :

Tableau 5. Les cinq règles de conservation de la longévité (Merzlyakov, A. 1994)

- Accroître le nombre de jeunes cellules.
- Transformation des scories en sels.
- Élimination des sels.
- Lutte contre les microbes nos géniques.
- Rétablissement des organes affaiblis.

Cependant, en gérontologie, il est considéré que la principale cause de la longévité est psychologique (et non pas biologique). Ainsi, à partir d'un certain âge, si l'on se dit à soi-même : « je vieillis, je suis déjà vieux (je n'ai plus rien à attendre de la vie), je suis inutile », on se comporte conformément à cette idée, car la pensée programme de la sorte l'organisme. Le vieillissement constitue certes un processus objectif aboutissant à la perte de l'adaptation physique et à celle des capacités à surmonter facilement le stress lié à l'influence du milieu environnant, mais ce dernier point relève de la pensée : et c'est par elle que l'on peut substituer, à la conviction précédente (« je suis vieux, je ne sers plus à rien, je gêne ceux qui ont à me prendre en charge, ... »), celle-ci : « Je suis centenaire, je suis gai, je suis en bonne santé, je suis utile à moi-même comme à ma famille et à la société » pour déclencher une évolution inverse – vivre réellement, longtemps, tout en restant en forme sur le plan intellectuel, émotionnel et physique.

Tableau 6. Les onze principaux facteurs de la longévité (Albuhanova-Slaskya)

1. le mode de vie,
2. le milieu environnant,

3. l’alimentation,
4. l’hérédité,
5. le mariage,
6. le niveau d’éducation,
7. la culture,
8. les passe-temps,
9. les centres d’intérêts
10. l'indépendance,
11. le fait de se sentir bien dans sa peau.

En fonction de ces composantes de la qualité du vieillissement, il est possible de définir un programme qui améliore les conditions de vie, à travers en particulier des entraînements intellectuels (Bolotov 2006).

Etant admis, en fonction des travaux précédemment évoqués, que le psychisme a un rôle déterminant dans le déclenchement des maladies, il s'agit de déterminer, dans l'atteinte somatique que la maladie constitue, quels en sont les aspects psychologiques. A travers les différents cas de figure observables, le processus est résumable comme suit : l'individu rencontre un problème concret (familial, amoureux, professionnel...) qu'il perçoit et se représente d'une certaine façon (on est alors dans le domaine psychique) ; selon les formes qu'elle prend, cette réaction, cette interprétation exige des centres nerveux un effort particulier pour y faire face (on entre alors dans le domaine physiologique) ; le cerveau mobilise toute l'énergie disponible au détriment des autres organes, créant les conditions de l'installation de la maladie somatique .

1.8 Aspects psychologiques de la maladie

En termes de réaction à la réalité environnante, les individus se répartissent entre introvertis et extravertis (Jung, 1994) . Les introvertis se caractérisent par des réactions internes houleuses cachées par une impassibilité extérieure. Ils vivent toute offense de manière maladive, s’entendent mal avec leur entourage, sont secrets, ont tendance à se considérer responsables de tout événement négatif – en bref, se sentent perpétuellement coupables et se caractérisent par un état de tension interne combiné à un manque d'assurance. Les introvertis, si leurs particularités revêtent un caractère prononcé, ont tendance à souffrir de maladies sur le plan psychosomatique.

Les extravertis se distinguent par des réactions comportementales extérieures violentes, s’accompagnant d’émotions internes relativement faibles. Ces personnes s’entendent rapidement avec leur entourage et s’en détachent tout aussi rapidement. En cas de brouilles, ils ne se sentent généralement jamais responsables puisqu’ils

considèrent qu'ils ont toujours raison en tout. De telles personnes peuvent rapidement exploser, se mettre à crier mais se calmer aussitôt, une fois manifestée leur humeur à leur entourage.

1.8.1 La névrose

L'énorme quantité d'informations qui parvient au psychisme de l'être humain a une incidence sur son état et celui du système nerveux de l'individu, et peut conduire à l'apparition de névroses informationnelles. À l'instar de toute névrose, la névrose informationnelle débute par un épuisement du système nerveux dont les manifestations ont été décrites par Vuriev & Hansen (1987). L'information règne aujourd'hui. Puis vient la névrose de l'information et nécessite un redémarrage de cerveau.

Les irritions, l'apathie, la fatigue, l'insomnie ou des cauchemars, la « faiblesse » dans la matinée, des maux de tête et des troubles de la mémoire. Ce n'est pas une liste complète des symptômes de la névrose de l'information. Le cerveau est plein d'information et, comme un ordinateur, il nécessite un redémarrage. La névrose de l'excès d'information nécessite une intervention rapide, la prise des décisions responsables.

Tableau 7. Les symptômes d'épuisement du système nerveux. (Vuriev & Hansen)

-un état de fatigue rapidement atteint,
-une faiblesse,
-de l'irritabilité,
-une apathie changeante,
-une certaine mollesse,
-une dégradation de l'humeur,
-une perturbation du sommeil nocturne,
-l'apparition de cauchemars,
-des maux de tête,
-des productions de réactions vacuole-végétatives,
-une baisse ou augmentation de la tension artérielle.

Au fil de l'évolution de la névrose, il apparaît des symptômes caractéristiques d'une détérioration informationnelle progressive de la mémoire, laquelle est plutôt considérée comme un signe de la fragilité psychique de l'individu et engendre la peur. Agissent également sur l'individu les événements qu'il interprète dramatiquement, donc qui l'accablent et suscitent chez lui un stress dont il n'arrive pas à venir à bout. N'ayant pas toujours la possibilité de modifier les règles régissant son comportement, il ressent

son impuissance et l'insolubilité de la situation ne fait qu'aggraver l'orientation néfaste de ses pensées. L'individu finit par renoncer à résoudre le problème, perd sa capacité à réagir et à évoluer, sa santé se détériore.

Tableau 8. Changements de l'activité psychique (Genkin, op. cit.)

Déformation de la perception de l'appréciation du réel,
- relation au travail
- modification du cours des pensées,
- dysharmonie de la pensée,
- saute brutale d'humeur,
- angoisse,
- ennui,
- état maladif,
- baisse de la mémoire,
- accomplissement d'actes incorrects, ne correspondant pas à la réalité objective.

Le refus d'être soi-même constitue également l'un des aspects psychiques des maladies, la cause cachée de nombreux complexes et névroses. L'individu le plus malheureux est celui qui rêve de devenir quelqu'un d'autre, n'acceptant pas la personnalité qui est la sienne en vertu de sa structure physique et psychique.

1.8.2 L'asthénie

Tous ces troubles psychologiques proviennent de diverses destructions de la corrélation des principaux processus cérébraux, l'excitation et l'inhibition, au sein du cerveau entendu comme organe d'ordre physique contenant le système nerveux, cet état du cerveau provenant lui-même de l'excès d'énergie que lui demande la gestion des réactions psychiques de l'individu. Pour y faire face, il envoie des instructions lui permettant de recevoir l'énergie à la place des organes internes, provoquant à leur niveau une vasoconstriction. Sous le redoublement de la pression, le sang arrive au cerveau mais les organes internes ne le reçoivent pas. C'est une des causes à l'origine des maladies psychosomatiques. Le travail sans interruption du cerveau épuise les forces de l'individu, ce qui peut entraîner de la neurasthénie (Volynkina &. Souvorov, 1981) un état mental aussi bien que corporel délabré qui progresse, détruit le psychisme, mine le système immunitaire et transforme l'individu en ruine, menaçant sérieusement non seulement la santé mais également la vie même du malade (Bamdas, 1961).

D'aucuns ont tendance à considérer l'asthénie comme une maladie autonome, un syndrome asthénie-dépressif. D'autres partent du principe que cet état se développe

comme une réaction de l'organisme à une maladie initiale, à une perturbation du métabolisme, à une longue charge psychophysiologique face au stress. Des deux points de vue qui précèdent, notre hypothèse privilégie le second, qui pose une étroite solidarité du psychisme et du corporel. De fait, si les symptômes de l'asthénie sont nombreux et divers, ils relèvent des deux catégories, étant d'ordres psychosomatique et organique.

Tableau 9. Les symptômes psychosomatiques (Arina, 2009)

1. le sentiment de dépression,
2. un ennui inexplicable,
3. l'insomnie,
4. les sautes d'humeur,
5. le tournage en boucle d'une seule et même idée, généralement triste, concernant l'état de sa santé,
6. l'impossibilité de se concentrer sur le travail à accomplir,
7. une peur non fondée.

Tableau 10. Les symptômes organiques. (Aleksander, F. 2000)

- la détérioration de la mémoire,
- une modification des réactions végétatives,
- une augmentation ou une diminution de la sudation,
- des maux de tête fréquents,
- l'impression sans fondement de frissons ou, au contraire, de chaleur.

L'individu commence à ressentir une grande faiblesse ; il n'a pas la force de sortir de sous la couverture, le repos nocturne ne lui apporte pas de soulagement, et plus important encore, toutes ses maladies chroniques s'aggravent et progressent, la phylaxie s'étiole progressivement, si bien que la personne contracte sans cesse des infections respiratoires aigües et virales. Sa tension artérielle connaît de brusques changements, une tachycardie se développe, sa température augmente sans raison, des allergies apparaissent (Alexander, 2000). Les aspects psychiques de la maladie se manifestent par la dégradation de la composante personnelle de la pensée, dont témoignent l'hétérogénéité des jugements et la détérioration du sens critique et de l'autorégulation.

Tableau 11. Les symptômes organiques. (Aleksander, F. 2000)

1. Angoisse personnelle :
- perturbation du sommeil,
- fluctuation de l'humeur continuelle tout au long de la journée,
- perturbation gastro-intestinale.
2. Processus personnels et cognitifs :
- expectative d'un malheur,
- irritabilité, insatisfaction, oppression, inquiétude, vibration dans la poitrine, complexe, détérioration de la mémoire à court terme, baisse de l'attention, mollesse, fatigue, ennui matinal.
3. Symptômes somatise-végétatifs : maux de tête, sensation de manque d'air, hypotonie artérielle, perte d'appétit.

1.8.3 La crise

La crise est un état qui apparaît lorsqu'une personne se heurte à un obstacle à la réalisation des objectifs essentiels de la vie : pendant un certain temps, cette situation semble insurmontable si l'on recourt aux méthodes usuelles de résolution des problèmes. Il s'ensuit une période de désorganisation, de désarroi marqué par de nombreuses tentatives avortées de résolution. La crise, à l'instar du stress, comporte des aspects pathogènes : si l'individu échoue à acquérir de nouvelles formes d'adaptation, dans le cas de situations qui lui apparaissent trop complexes pour lui et qui durent, des détériorations psychiques peuvent apparaître.

Tableau 12. Différentes crises (Babansnsky 1983)

1. les crises du développement : entrée de l'enfant à l'école, au jardin d'enfant, le mariage, le départ à la retraite,
2. les crises accidentelles : chômage, catastrophe naturelle, situation de mère célibataire,
3. les crises types : chagrin lié à la mort, apparition d'un enfant dans la famille.

Conclusion

Ce premier chapitre a été consacré à un état de la littérature, spécialement émanant de chercheurs russes, concernant les maladies et leurs causes, en vue de tester la pertinence de notre hypothèse au regard des travaux qui ont déjà été conduits sur cette question. Nous ne les avons pas cités tous, sélectionnant ceux qui nous ont semblé les plus représentatifs parmi ceux qui sont parus aux XXe et XXIe siècles. La plupart de nos lectures nous paraissant valider la pertinence de notre hypothèse théorique « Il n'existe qu'une seule forme de médecine et elle est entièrement psychosomatique » (E.

Bern, 1991), il s'agit maintenant de définir la méthodologie permettant de la tester empiriquement.

Dans le cadre de l'étude de la personnalité, on distingue deux principales méthodes : la méthode clinique et la méthode de laboratoire. Nous avons utilisé la première en nous fixant les objectifs suivants :

Étudier le rôle de la personnalité dans l'origine des maladies neuropsychiques et somatiques.

Déterminer l'importance du facteur personnel dans la pathogénèse des maladies et établir des fiches cliniques.

Mettre en évidence la modification de la personnalité dans les différentes maladies.

Élaborer des méthodes de psychoprophylaxie dont la finalité est de construire une personnalité efficace.

Définir des règles de psychothérapie en vue d'une réhabilitation de l'individu dans son développement ultérieur.

Le présent travail s'inscrit dans une tradition qui postule l'étroite corrélation entre l'état de santé du corps et l'état psychique, thème omniprésent dans toute l'histoire de la médecine. Hippocrate lui-même ne disait-il pas déjà : « il faut soigner le malade et non la maladie »...

2 CHAPITRE II

CORPS ET PSYCHISME : UNE RELATION SYMBIOTIQUE

(Les conséquences prédites par notre hypothèse, les objectifs de la recherche & la méthodologie qui en découlent)

Introduction

La consubstantialité du corps et du psychisme se manifeste par l'automaticité de la diffusion de l'information de l'un à l'autre et réciproquement du second au premier ; ainsi que, de même, par une réaction de l'autre au ressenti manifesté par l'un, et vice versa : autrement dit, à tout moment, le corps est informé et en quelque sorte modelé par ce qui lui parvient du mental, et, pareillement, le mental absorbe ce qui lui parvient du physiologique et y réagit – donc change. Ainsi le corps est-il, dans ses états et réactions, une manifestation de la pensée, dont il se fait l'écho, comme la pensée reflète ce qui arrive au corps et s'en trouve elle-même affectée.

Cet échange continuel crée un mouvement que l'on peut dire dialectique, sachant que le corps comme l'esprit aspirent à être en bonne santé : une atteinte du corps déclenche non seulement une réaction corporelle (par exemple une sensation de douleur) mais aussi une réaction mentale, qui cherche à gérer la transformation ainsi créée afin de rétablir l'équilibre souhaité. Et cette réponse psychique amène automatiquement un changement non seulement dans le psychisme lui-même mais aussi dans le corps où s'en répercute l'effet – ce qui en retour impacte le mental (et ainsi de suite). C'est ainsi que le corps et l'esprit concomitamment interagissent et évoluent.

Cette hypothèse peut se formuler par le mot de « symbiose », entendu comme une association indissoluble entre deux identités qui n'en forment plus qu'une – de même que l'identité de l'unité linguistique (ou « signe ») est, selon Ferdinand de Saussure , dans l'union inséparable entre une forme (le « signifiant ») et un sens (« le signifié ») : tels le recto et le verso d'une feuille de papier, l'un n'existe pas sans l'autre et réciproquement, aussi une modification dans la forme entraîne-t-elle nécessairement une modification dans le sens et vice versa . Cette hypothèse de l'étroite interaction entre le corps et le psychisme prédit deux conséquences, laissant attendre :

- d'une part que l'on puisse observer la manifestation, dans / par le corps, des pensées qui animent le psychisme ;
- d'autre part, semblablement, que l'on puisse observer la manifestation, dans / par le psychisme, de l'écho dans le corps des événements qui lui parviennent du monde environnant.

Ces conséquences se trouvant vérifiées par un certain nombre de travaux comme par nos propres observations, l'hypothèse théorique retenue peut constituer le point d'appui d'une méthode d'analyse et de l'esquisse de propositions thérapeutiques concrètes.

2.1 Les conséquences de notre hypothèse d'une relation symbiotique entre le corps et la pensée

Si la plupart des chercheurs et des praticiens s'accordent à reconnaître la pertinence d'un effet du psychique sur le physiologique (« c'est psychosomatique » constituant un diagnostic somme toute banal), moins nombreux sont ceux qui admettent la conséquence du physique sur le psychique (le diagnostic « c'est somatopsychologique » étant nettement moins attesté que le précédent) – encore plus rares a fortiori ceux qui postulent une relation consubstantielle entre le corps et la pensée, ce qui constitue notre hypothèse fondamentale. Cependant les observations qui suivent, complétées par un certain nombre de travaux, nous encouragent à la maintenir.

2.1.1 La pensée comme manifestation du corps

On peut spontanément penser que la douleur est le signal physique primaire auquel le corps recourt pour nous indiquer qu'il est agressé d'une manière ou d'une autre ; en réalité, cette réaction est déjà le résultat d'une interprétation, par le cerveau, de ce qui arrive au corps : lorsqu'une lésion se produit, l'information parvient au cerveau par le système nerveux – il s'agit là d'un circuit purement physiologique. Mais, parvenue au cerveau, elle est traitée et interprétée, et c'est à ce stade que la douleur se manifeste (Homskaya, 1972) : ce que nous ressentons comme douleur dans notre corps n'est donc pas une réponse physiologique directe, pour ainsi dire réflexe, à une attaque quelconque mais est le résultat d'un processus mental de perception et d'analyse. Ce que nous prenons pour une réaction corporelle immédiate surgit en fait au terme d'un traitement

psychique, après médiatisation par la pensée. On voit bien que, du même coup, le corps se trouve être le lieu de la manifestation de la pensée.

De fait, les Américains N. Geschwind et W. Levitsky ont établi, en 1968, les rôles respectifs des deux hémisphères, découvrant que leurs structures organiques présentaient des différences – tout en communiquant en permanence entre eux, ce dont notre pensée est le résultat. L'hémisphère droit perçoit et évalue les signes qui lui sont corporellement transmis, lesquels sont ensuite envoyés à l'hémisphère gauche pour une interprétation plus approfondie.

Dans cette répartition des tâches, le cerveau raisonne, compare, trie, conclut et répercute les décisions selon lui les meilleures à prendre. Il n'existe pas de fonctions dans l'organisme qui ne se soumette à l'influence régulatrice et décisive du cortex : toute image mentale se trouve donc être l'écho d'une expérience corporelle.

2.1.2 Le corps comme manifestation de la pensée

Si, donc, ce qui arrive au corps ne nous est accessible que par la manifestation qu'en permet le travail mental, comme on vient de le voir, réciproquement par voie de conséquence l'activité de la pensée trouve sa manifestation dans / par le corps : pour reprendre notre exemple précédent, si la conclusion de l'analyse mentale est que la lésion dont le cerveau a été informé est dangereuse, la manifestation de ce message est la sensation de douleur, laquelle est une réaction physiologique. Chaque cellule réagit à chacune de nos pensées et de nos paroles, si bien que l'on peut affirmer que la pensée (et le discours qui est susceptible de la véhiculer) détermine le comportement corporel (Karvarski, 1997) : « La santé, ce sont à la fois des pensées saines et un corps sain. *Mens sana in corpore sano* ». De même, à la question : « est-il possible que les paroles puissent exercer une influence sur l'individu et son corps suite à une énergie électromagnétique ? », le docteur W. Weber répond par l'affirmative : « désormais, je considère qu'il existe la preuve formelle qu'une énergie, une force pourrait être liée à une seule parole et que cette parole liée à cette énergie est capable de provoquer des processus, notamment dans l'organisme, d'une ampleur étonnante.

Conclusion

Ainsi, poser une relation indissoluble entre le corps et la pensée a pour conséquences hypothétiquement attendues que, d'une part, tout ce qui arrive au corps a son écho psychique, et que, d'autre part, tout ce qui arrive au psychisme a sa répercussion physique. De là on peut inférer que, si l'on peut agir sur ses pensées, par là même on dispose du moyen d'agir sur son corps – et donc d'atténuer ou de faire disparaître ses souffrances.

2.2 La symbiose corps / esprit fait que la pensée est capable de construire la vie et de débarrasser la personne de la douleur

Si la pensée est une réaction à ce qui arrive au corps, il faut déterminer comment l'en rendre autonome si l'on veut, à l'inverse, contrôler le flux mental de manière à être en mesure d'agir sur le corps. La relation symbiotique (postulée) entre les deux va précisément en procurer le moyen : en agissant sur l'organisme humain, on influence le flux des pensées verbales. Par exemple, en se focalisant sur la respiration, l'attention portée à chaque mouvement et chaque étape, en suivant mentalement dans le détail de son déroulement le processus d'inspiration et d'expiration, crée, en fin de compte, l'apparition d'un « vide intérieur » car l'effort de concentration (mental) sur le corps, sur chacun de ses muscles, chacun de ses mouvements, chacune de ses sensations, évacue la pensée discursive, c'est-à-dire logique, verbale, ce qui produit une sensation de « sortie de soi », une manière de dissociation de la pensée par rapport au corps, de libération du psychisme relativement à sa tâche de veille sur le physique, laissant vagabonder à leur gré les images mentales (Antsyferova,1993).

2.2.1 Se centrer sur son corps / calmer ses esprits

Cette réduction de la tension intérieure est la première étape pour lutter contre les différents types de peurs et de dangers, pour parvenir à un repos de l'esprit, restaurer la capacité intellectuelle de travail et le calme spirituel. Aussi, dans notre monde moderne plein de conflits générateurs de stress, est-il tout simplement indispensable de connaître et pratiquer les exercices qui permettent de parvenir à un silence intérieur, à un accord avec soi-même, à l'élimination des peurs et des différents complexes négatifs, à la restauration de la fraîcheur et de la clarté de la pensée. S'occuper ainsi de soi-même ne doit pas être épisodique mais régulier, de façon à transformer progressivement sa

personnalité et ainsi à se libérer totalement de toute forme de névroses et de maladies psychogènes.

2.2.2 S'obliger / s'habituer à considérer les choses par leur « bon côté »

Dans une deuxième étape, il s'agit de cultiver en son for intérieur une approche bienveillante, une appréhension positive du monde environnant et de tout ce qui est vivant, une perception joyeuse de la vie, une vision créative de son travail ; cette démarche demande que l'on apprenne à observer, comme un observateur extérieur, le flux de ses pensées (Deribere, 1995) , à les retenir ou les abandonner, à y introduire librement des pensées distinctes, à concentrer son attention sur un objet choisi et par là à se déconnecter des émotions, à créer mentalement une représentation imagée de l'état souhaitable de l'organisme, ce qui influe sur les processus physiologiques, organiques et reconstructeurs ainsi que sur l'état du psychisme. C'est ainsi que la pensée contribue aux possibilités de guérison, de création et de construction d'une image de santé.

Tableau 13. La nécessité de l'auto-action psychique (Dikya & Semkin, 1994)

Modéliser, construire
- -des processus réparateurs, régénérateurs pour toute maladie,
- -les émotions et l'humeur nécessaires,
- -des sensations physiologiques,
- -un échange physique,
- -un comportement pour telle ou telle circonstance.

Il est en outre possible de créer par la force de suggestion, au niveau du cortex cérébral, un état ralenti du psychisme qui agit comme s'il étouffait le sens critique et de ce fait inocule les paroles prononcées ; il est en particulier nécessaire pour chacun de mettre au jour ses certitudes et de les soumettre à une évaluation rigoureuse, des études ayant en effet montré que des convictions « désadaptées » prédisposent à la dépression (Moslov, 2008) .

Ce qu'il ne faut pas croire / Ce qu'il faut remettre en question

- « Pour être heureux, il faut toujours réussir »
- « Pour être heureux, il faut que tout le monde vous aime »
- « Si quelqu'un commet une erreur, cela signifie qu'il est stupide »
- « Il est impossible de vivre seul »
- « Le mérite de l'individu dépend de ce que les autres pensent de lui ».

Tableau 14. Changer la pensée à l'égard de ce que l'on croit devoir faire (Tikhomirov, 1984)

1. Dans les pensées, il faut se débarrasser des :
   -« je dois »,
   -« je suis obligé »,
   -« il faut que je » …permanents.
2. Modifier la sensation d'obligation pour que la pensée travaille sur la conscience afin
   -de voir ses réalisations,
   -de fixer correctement les priorités,
   -de décider intelligemment et savoir ce qu'elle veut,
   -de savoir faire des pronostics et agir.

Nos observations montrent que la pratique régulière de ces formes d'entraînement d'une part procure l'autorégulation des fonctions émotionnelles et végétatives, l'optimisation du calme et de l'activité, l'augmentation des possibilités de réalisation des réserves psycho-physiologiques de l'organisme et de la personnalité, et d'autre part favorise non seulement un accroissement des capacités de réserve de l'individu, mais aussi le perfectionnement permanent de l'activité des mécanismes programmateurs du cerveau. Grâce à quoi, en retour, de par la relation symbiotique entre le corps et le psychisme, l'état physique de l'organisme :

-normalise sa pression artérielle,
-améliore son métabolisme,
-améliore le fonctionnement de tous ses organes internes.

C'est en cela que consiste la force de la pensée : axée sur la conservation ou l'amélioration de la santé, elle crée dans le cortex cervical un plan de récupération, un schéma des résultats escomptés, lequel est transmis par les centres végétatifs ou corticaux qui régissent tout le système endocrinien et les processus réparateurs dans l'organisme, de telle sorte que, au niveau de l'inconscient, il se produit une représentation de la « guérison programmée ».

2.2.3 L'importance de l'environnement

Dans l'identification de ce processus de production, il y a lieu de prendre en compte les valeurs culturelles, qui influencent l'évaluation du fonctionnement sain, car la société garantit les modèles et agit sur les méthodes d'éducation parentale, en conséquence de quoi les épreuves traversées, les rêves, les pensées symboliques, les sensations, les sentiments découlent de ces constructeurs de la personnalité de l'individu : la génétique du comportement a joué un immense rôle dans l'établissement du fait que l'action des facteurs environnementaux sur le développement psychique n'est pas identique pour tous les membres d'une même famille. La variabilité des

caractéristiques psychologiques est conditionnée, dans une large mesure, par les conditions de vie : amis et loisirs différents, différences d'expérience individuelle. Et réciproquement, chacun se situe selon l'apport social qu'il représente à son avis, ce qui conditionne son degré d'adaptation à la société : l'idée qu'il se fait de sa contribution à la réalisation des principaux objectifs et des principales valeurs d'une société donnée comme des siens propres.

Or le rôle de la pensée de l'individu ne se borne pas à sa propre situation dans l'environnement car, du fait de celles de ses propriétés mesurables en termes de tension, d'intensité et de vitesse (Home, 1965) , la pensée individuelle envoie dans l'espace environnant un courant infime qui exerce une influence sur l'esprit des autres personnes : toute pensée qui naît dans le cerveau, qu'elle soit faible ou forte, malade ou saine, envoie des vibrations correspondantes qui influent plus ou moins sur tous ceux avec qui l'on communique et entre en contact – autrement dit, les pensées agissent sur les autres comme sur nous-mêmes : d'une part, en chacun de nous, elles attirent vers elles des pensées identiques, c'est-à-dire que les bonnes pensées attirent d'autres bonnes pensées, les mauvaises pensées, d'autres mauvaises pensées, et d'autre part les pensées de chacun attirent vers elles des pensées concordantes d'autres personnes et, par là même, intensifient nos propres pensées du même genre.

Conclusion

Le processus de pensée, au final, est un processus de dépense d'énergie intracérébrale, permettant de régénérer l'essence intérieure de l'individu, de le rendre calme et sûr de lui. En réduisant le flux des pensées, on en fait disparaître le « bouillonnement stérile » en même temps qu'une perte absurde d'énergie : le sentiment d'avoir appris à maîtriser ses processus psychiques entraîne une diminution de la tension intérieure et la disparition des différents types de peurs et de craintes. Savoir parvenir rapidement à un repos psychique, être en mesure de régénérer ses capacités intellectuelles, parvenir au calme spirituel, c'est en cela que consiste la force de la pensée à construire la vie et à débarrasser la personne de ses souffrances, car elle conduit à corriger les réactions et les formes de comportements inappropriées tout en stimulant l'individu par l'activation de ses fonctions cognitives, affectives et comportementales : comme le dit Freud en effet, « tous les comportements motivés ne peuvent pas être considérés comme le résultat du rationnel, du conscient ou de l'intentionnel » - autrement dit, beaucoup d'aspects du comportement sont motivés par

des facteurs inconscients, qui s'exercent à travers un réseau de mécanismes de défense, de camouflages symboliques et de « couvertures » psychosexuelles .

Un siècle avant notre ère, Epictète écrivait déjà : « Ce ne sont pas les choses qui déçoivent les gens, mais la manière dont les gens les regardent." Et ce point de vue n'a jamais été démenti. Au contraire, sont collectées toujours plus de nouvelles données témoignant du rôle considérable que joue notre relation intérieure aux événements dans la formation de leur appréciation, réaction émotionnelle qui influence ensuite le comportement de l'individu, dont le degré d'adaptation au monde, les réactions émotionnelles et le comportement dépendent de l'image qu'il se fait du monde, de ses convictions et de ses conditionnements dans sa relation aux situations. Dans ce contexte, il est crucial que la personne se donne les moyens de relativiser, pour finalement les éliminer, ses pensées mauvaises – à commencer par celles qui l'encombrent à tort.

2.3 Le corps va mieux si la pensée se le libère de l'obsession d'un passé malfaisant

Nombreux sont ceux qui ne peuvent pas être véritablement heureux parce qu'ils ont été traumatisés dans le passé, qu'ils n'ont pas fait quelque chose qu'ils auraient dû faire, et qu'ils en éprouvent un remords constamment ressassé. C'est que ces représentations ont fait l'objet d'une appropriation sans esprit critique, si bien que l'individu vit enfermé dans la « boîte » de ses points de vue habituels sur lui-même (en réalité ce qu'il a l'impression d'être, car, en fait, il est différent). Pour se découvrir autre (c'est-à-dire tel qu'il est réellement), il doit renoncer aux anciennes représentations de soi, or dans ce processus, l'esprit n'aidera en rien du fait que lui-même est le produit du passé : il ne faut donc pas réfléchir (car la réflexion aura un rôle négatif, visant toujours à démontrer que le changement est trop complexe, trop difficile) mais résolument adopter un mode nouveau de fonctionnement.

2.3.1 Le passé doit être remis à sa juste place

Les qualités qui s'avèrent utiles sont en l'occurrence la spontanéité, le fait d'être prêt à prendre un risque, de supporter l'inconfort, car tout pas vers le haut, à la différence d'un pas vers le bas, demande des efforts. L'individu doit se doter de la conviction intérieure qu'il peut trouver une issue à toute situation émotionnelle

traumatisante et pour cela entreprendre ce que nous appelons « une activité de recherche » qui s'accompagne d'actions concrètes, car ce ne sont pas les émotions négatives qui sont nuisibles mais les sentiments de passivité et de désespoir qu'elles engendrent. L'activité de recherche est une occupation inhabituelle, consistant à prospecter de nouvelles voies, pensées et solutions permettant de définir une vie stimulante, car sortant de l'ordinaire.

A l'inverse, se souvenir sans cesse de son passé, spécialement d'un passé mauvais car générateur de regret, d'amertume voire de haine, est nocif : c'est uniquement se faire du mal car le passé est parti, réalisé sans retour, et l'on ne peut rien y faire. En revanche, on peut modifier sa relation au passé, en apprenant à regarder ces événements uniquement comme des souvenirs : au fur et à mesure que l'on s'en libère, augmente la capacité à utiliser toute la force de l'esprit dans le temps présent. Nos recherches montrent qu'alors les patients commencent à se regarder différemment, à s'accepter et accepter leurs sentiments, à se fixer des buts beaucoup plus réalistes, à être plus flexibles, à adopter un comportement plus réfléchi.

2.3.2 Donner un sens au passé pour le dépasser

Le processus de changement réside dans la manière dont sont désormais gérées les épreuves traversées, qui doivent obligatoirement devenir du passé pour prendre un sens et permettre d'interpréter le présent à l'aide de ce sens découvert dans le passé. Le patient apprend à vivre librement, en s'acceptant naturellement dans le flux usuel des épreuves, en utilisant tranquillement ce dernier comme principal référent de son comportement. Ce processus est lié au passage de la non-conformité à la conformité, qui commence par une réticence à cacher son « Moi », ce qui représente une prise de conscience enrichie de l'expérience intérieure. Ce mouvement se poursuit en direction d'interprétations évolutives librement modifiées du sens de l'expérience, vers des structures qui changent après chaque expérience : « l'individu, en examinant et évaluant son expérience, apprend à se connaître » (Rogers, 1994).

Conclusion

Il n'existe pas de circonstances qui auraient fait d'un homme, une fois pour toutes, la victime définitive des circonstances : chacun doit savoir qu'il est toujours libre de faire un choix, mais tant qu'il croit que son avenir est imposé par son passé, que son passé est responsable de ce qu'il est et qu'il n'y peut rien changer, aucun avenir n'est

possible. Pour qu'une autre vie soit envisageable, il doit se détacher de la répétition du passé et cela ne peut se faire que par un choc, une décision radicale. Chacun peut diriger sa pensée, l'obliger à changer : elle changera elle-même – la pensée représente une force, ainsi définie par Kogan (1988) :

Tableau 15. La force de la pensée (Kogan, 1988)

La force de la pensée consiste en ce que l'on peut :

- la réveiller, l'inspirer, l'exprimer, la restituer, l'énoncer, l'user, l'admettre, la remettre en question, l'accepter,
- la rejeter, se surprendre à penser, l'abandonner, la suggérer, la soumettre, s'en pénétrer, développer des pensées,
- les partager, saisir une pensée.

2.4 Rappel des présupposés et des objectifs de ce travail pour une définition de la méthodologie adoptée afin de valider l'hypothèse présidant à la présente recherche

Bon nombre de travaux étayent les observations qui nous ont conduites à l'hypothèse fondamentale présidant à la présente recherche, d'une relation symbiotique entre le corps et la pensée. Cette totale solidarité a pour conséquence, entre autres, de rendre possibles la bonne santé ou la guérison des maladies en agissant sur ses pensées, puisque ces dernières ont une action sur le corps. Pour définir la meilleure façon d'intervenir sur le psychisme, il y a lieu évidemment de tenir compte des propriétés mentales reconnues universelles mais aussi, pour une thérapie appropriée, de celles qui peuvent être spécifiques aux individus.

2.4.1 Ce qui apparaît commun à tous les individus

Ce qui est commun à tous les hommes apparaît pouvoir être résumé en deux points :

L'homme est programmé pour « aller droit devant » (Ananiev, 2001), c'est-à-dire pour atteindre une forme déterminée d'excellence, ce qui se manifeste dans sa capacité à se comprendre et à comprendre les aspects de la vie qui provoquent chez lui douleur (ou bien être) et insatisfaction (ou satisfaction). Cette tendance au développement, à la stimulation de l'auto-actualisation, constitue la principale force motrice de la vie - le physiologique comme le psychique, à voir comme les deux aspects

indissolublement complémentaires de la personne (tels le recto et le verso de la feuille de papier), tendent dans un même mouvement vers cet épanouissement.

Le rôle de la pensée est de permettre la réalisation de cet objectif de réussite d'abord en proposant l'image ou l'idée représentant le point de destination visé, désiré, à savoir l'état pleinement satisfait de l'organisme, psychique comme physiologique ; la formation des pensées et, par suite, du comportement, est motivée par l'aspiration pour la personne à parvenir à l'état de satisfaction qu'implique la réalisation d'un but et la prévention de la douleur.

On peut postuler, à partir de ces données apparemment universelles, un protocole permettant à chacun d'utiliser sa pensée pour parvenir l'état de bien-être désiré. Mais il faut tenir compte du fait que les individus diffèrent, par de là les points communs qui viennent d'être rappelés.

2.4.2 Ce qui distingue les individus les uns des autres

Ils diffèrent en ce qu'ils relèvent de types distincts de personnalité : l'étude des émotions en tant qu'aspect influençant la formation des pensées permet d'imaginer un style individuel de traversée des épreuves, une sensibilité subjective aux phénomènes de la vie environnante ; selon ces travaux, les particularités individuelles de la sphère émotionnelle de l'individu se manifestent avec une force toute particulière dans des situations non ordinaires, et déterminent dans une large mesure la pensée, et donc la réaction de l'individu au stress et aux situations de la vie.

Tableau 16. Sept types de personnalites (Vakounine, 1980)

1. Les hypothymiques - hypersensibles à l'action du milieu environnant, les personnalités hypo thymiques réagissent aux circonstances défavorables de manière dépressive, par des réactions anxieuses.
2. Les rigides – individualistes et perfectionnistes à l'excès, coincés, ils ne réagissent pas au stress immédiatement, accumulent les émotions négatives et, au final, font preuve d'un « escamotage » des problèmes en s'enfonçant dans la sphère des intérêts irréels, dans le monde des fantaisies et du rêve. Ou alors font preuve d'accès affectifs qui aboutissent à un conflit avec l'entourage.
3. Les personnalités spontanées - aspirent activement à une affirmation de soi ; leurs émotions et leurs pensées sont vivifiantes et optimistes ; s'appuient sur la dépendance, l'estime de soi, l'aspiration au leadership.
4. Les personnalités émotionnelles : se distinguent par leur penchant pour une dramatisation exagérée de la situation ambiante. Leurs réactions au stress consistent en une interaction houleuse avec l'environnement, exprimant en même temps une aspiration à gagner la sympathie du groupe référent le plus important. Ils présentent également des

manifestations physiologiques, des réactions cardio-vasculaires et des perturbations fonctionnelles de types divers.

5. Le type cognitif de pensée est une personnalité qui se forme en cas de caractéristiques rigides, inflexibles du système nerveux et qui se distingue par sa pensée formelle logique programmatique, qui s'accompagne d'une prédominance des capacités dans le domaine des chiffres, des schémas précis, des constructions et des formules concrètes. Le modèle individuel de la personnalité de type émotionnel se distingue par la prédominance d'une perception extraordinairement, figurément, intégralement émotionnelle et artistique.
6. Les introvertis anxieux préfèrent le matériel verbal « oral » et font preuve de capacités plus importantes dans le domaine de la conception du sens et de la généralisation des informations humaines.
7. Les asthénique-spontanés se distinguent par leur réflexion intuitive. Ils dépassent l'expérience et assurent une fonction pronostique assez élevée dans leur réflexion.

La santé dépend des efforts de l'individu lui-même, de sa volonté et de ses désirs. Or l'éducation, le vécu, le mode de vie, la culture environnante … contribuent à former la personnalité de chacun mais souvent à l'encontre des besoins de l'organisme, lui causant ainsi des dommages. Par exemple, on peut être un parfait employé du côté professionnel et être négligent à l'égard de soi-même, c'est-à-dire, entre autres, ne rien faire pour améliorer sa santé, ne pas savoir se reposer correctement. La hiérarchie des valeurs de chacun, le choix des centres d'intérêts, l'environnement moral, la recherche du sens de la vie ou bien l'autosuffisance égoïste dépendent, dans une large mesure, de ce que l'entourage a réussi à inculquer lors du processus d'éducation.

Ainsi les personnes perçoivent-elles différemment la réalité environnante. La personnalité et les pensées se forment en fonction du style individuel de perception et de la relation émotionnelle aux événements, étroitement liée aux conditions contingentes de la vie de chacun. Mais l'individu a aussi la capacité de s'adapter, de se modifier : nos recherches ont montré que la gamme de variations des propriétés de la personnalité a des limites et qu'il existe la possibilité de modifier son intensité. C'est précisément en raison de ces variations que l'on peut déterminer l'adaptation de l'individu aux conditions changeantes de sa vie.

2.4.3 Spécification de la thématique et de la problématique de la présente recherche

Compte tenu de ce qui précède, nous avons choisi pour la réalisation de l'objectif de l'étude de la pensée, la thématique des émotions, qui nous paraissent particulièrement intéressantes en tant qu'elles sont difficiles à saisir, correspondant à un style individuel d'expérience, à une sensibilité subjective aux phénomènes de la vie

environnante, se manifestant autant à travers le fond de l'humeur que par l'intensité de l'expression des sentiments et celle de l'apparition des pensées. La particularité de la sphère émotionnelle se révèle avec une clarté toute particulière dans des situations hors normes et détermine, dans une large mesure, le type de réaction de l'individu au stress.

Notre objet étant de la sorte circonscrit, l'objectif de la recherche est de déterminer les moyens, d'une part, de définir au plus juste la personnalité du patient auquel on a affaire, et, d'autre part, de fixer le contenu du conseil psychologique de manière qu'il soit le plus approprié à la personnalité du patient. On dispose pour ce faire d'un certain nombre de travaux qui permettent d'orienter les propositions pour établir un psychodiagnostic (Ananiev, 2000) :

Tableau 17. Quatre modalités de fixation du contenu des objectifs psychologiques (Ananiev, 2000)

Je veux : le besoin, les motivations, les penchants.
Les manifestations de la sphère requise de motivations :
Je peux : faire, et autres manifestations des capacités de l'individu.

Le praticien observe que, parmi les caractéristiques les plus solides de la personnalité de l'adulte, figure la conquête des catégories morales qui organisent et structurent toute la réalité psychologique dans la force de sa généralité – c'est universel. D'un autre côté, de nombreuses caractéristiques du monde intérieur de l'individu lui sont propres et différentes d'une personne à l'autre car conditionnées par la situation, mais elles n'influent pas sur le niveau de connaissances concrètes et de savoir-faire. Cette diversité individuelle n'empêche donc pas que, pour le patient, la correction des pensées et l'orientation vers des facteurs prévisionnels favorables soient orientées par les objectifs à atteindre (Stangl, 1992) :

- aptitude à prendre parti pour autrui,
- capacité à accepter des points de vue alternatifs, différents des siens,
- capacité à ne pas juger les actions d'autrui,
- détermination à modifier sa manière de réagir,
- relation positive à l'égard de soi-même,
- adoption consciente de catégories morales comme mécanismes régulateurs des relations entre les gens.

Ainsi, le psychodiagnostic prévisionnel aboutit à une liste de facteurs favorables à actualiser dans le monde intérieur de l'individu. Il y a lieu également de procéder à l'étude des facteurs à l'origine de tel ou tel autre phénomène : « Par quoi cela

est-il suscité ? » à travers l'analyse de situations concrètes de la vie du patient conformément aux postulats théoriques de départ.

2.5 Principes et précautions méthodologiques

Le psychologue a affaire à des individus qui ont chacun leur personnalité et que, par conséquent, on ne peut aborder indifféremment, en plaquant a tous un protocole identique ; il s'agit donc d'établir les particularités du recueil de l'information en vue de l'organisation du conseil psychologique. Le monde intérieur de l'individu, en effet, est constitué de ses penchants, de ses connaissances, de ses savoir-faire, de ses pensées, de ses habitudes, c'est-à-dire ce que l'on appelle le « facteur humain ». Le préalable à toute entreprise de changement est donc qu'il y a lieu de se connaître soi-même, d'être conscient de ses capacités, de son caractère, de son tempérament, de savoir qui et quelles choses influencent la discordance au sein de l'organisme de manière ensuite à orienter ses pensées de santé le plus efficacement possible (Ananiev, op.cit.). Mais si les gens sont, d'un certain point de vue, tous différents, ils ont aussi des propriétés semblables (universelles), et ce qui les rassemble le plus significativement, c'est la santé.

Dans l'établissement de la méthode de recueil de l'information, il faut prévoir le fait que l'information vue du côté du patient ne correspond pas à la manière dont la voit le psychologue : le point de vue du premier varie en effet selon le rôle qu'il attribue au second (susceptible de fournir une simple expertise, ou d'aller plus loin par le biais de recommandations, voire d'une thérapie), mais également suivant l'image qu'il souhaite donner de lui-même. Ainsi nos recherches ont montré que chez les gens mentalement et physiquement sains, il se forme une tendance à l'exagération de l'estime de soi, d'où naît une représentation idéalisée de sa personnalité, de ses possibilités, de ses valeurs, de son importance pour l'entourage, pour la cause commune. Une telle personne va souvent ignorer ses échecs. A l'inverse, une insuffisance d'estime de soi conduit au manque de confiance, à la timidité, à l'absence d'audace, donc à l'impossibilité de réaliser ses objectifs et de permettre à ses capacités de se manifester. Une telle personne, dans l'impossibilité de s'épanouir, d'être reconnue d'autrui comme d'elle-même, souffre bientôt d'une détérioration de sa santé.

Face à ces deux personnalités et comportements le psychologue doit faire la part entre le potentiel réel et ce qui en est affiché : il se pose donc la question de savoir comment obtenir l'information psychologique pertinente.

2.5.1 Particularités du recueil de l'information en vue de l'organisation du conseil psychologique

La tâche pour le praticien est d'abord de déterminer avec le plus de précision possible la personnalité de son patient, en vue de l'orienter au mieux par la suite par le conseil psychologique pour la formation d'une pensée saine.

Le premier problème qui se pose est de savoir quelles informations pertinentes il y a à chercher pour établir un psychodiagnostic approprié de l'individu. Deux points de vue doivent être adoptés :

d'une part, en synchronie, les connaissances concrètes concernant un individu spécifique, relatives à ses proches, à son environnement social et économique, à son milieu environnant ; il peut s'agir de connaissances qui le caractérisent en tant qu'être biologique (Merlin, 1988) , de tout ce qui permet de juger de la personnalité en fonction du sexe, de l'âge, de la manière de penser, des sentiments, désirs et possibilités, de la façon d'agir dans le milieu environnant : les objets que l'individu crée et utilise nous parlent de lui. Le témoignage d'autres personnes permet de se rendre compte de l'influence de l'individu, celle qu'il exerce comme celle qu'il reçoit, ce qui l'unit à certaines personnes et, dans le même temps, le détache d'autres. Ainsi, la plus importante propriété des informations relatives à l'individualité de la personne est qu'elle est créée par les autres, qu'elle lui est transmise et que, après appropriation, elle devient le fondement de son autorégulation. La plus importante, selon nous, des propriétés de l'information psychologique est sa dynamique, à comprendre comme le fait que chacun de ses éléments statiques exige une corrélation avec un contexte plus large.

D'autre part en diachronie, car font partie de ce contexte le passé, l'avenir, le présent, de l'information communicable ; en effet, l'information psychologique présuppose que l'on sache quelle influence le passé exerce sur le présent (synchronique) et comment ce dernier à fois s'organise en fonction d'un projet et le planifie, portant ainsi en lui-même « un modèle nécessaire de futur ». De plus, un individu n'est pas toujours le même à travers les différentes périodes de la vie : extrêmement actif et

fortement sujet aux émotions dans la jeunesse, il est beaucoup plus retenu et orienté sur l'aspect social à l'âge mûr (Platonov, 1986). Aussi, lorsque l'on caractérise un quelconque individu, il faut donc obligatoirement introduire la notion de « relativité temporelle » :

Tableau 18. Caractéristique temporelle de l'individu (Merlin, op.cit.)

La notion de relativité temporelle :
-Est-il toujours tel qu'il était autrefois ?
-Que va-t-il devenir ?
Des manifestations de ces particularités du comportement :
- le discours
- le corps,
- ses mimiques et pantomimes,
- es objets qui entourent l'individu,
- la position concrète occupée dans l'espace par rapport aux autres.
Des outils linguistiques :
- si quelque chose leur plait ou leur déplait,

Ainsi le contenu de l'information psychologique, outre les actions et les objets, commence à englober les sentiments, les appréciations, le comportement.

Tableau 19. Les particularités de l'obtention de l'information psychologique (Sobchik 1990)

1. En premier lieu, il s'agit de connaissances concrètes que nous obtenons sur les gens, elles se vérifient en termes de véridicité et d'authenticité à travers des événements atteignant les individus ;
2. En deuxième lieu, il s'agit de connaissances généralisées relatives aux personnes que l'individu a obtenues dans le cadre d'un groupe relativement fermé : famille, école et environnement de travail. Ces connaissances sont vérifiées en termes de véridicité et d'authenticité. Les intérêts de la vie de ce groupe font partie d'un système de valeurs qui agit comme régulateur des relations entre les membres du groupe et les autres communautés de personnes.
3. Troisièmement, il s'agit du lien et de l'interaction entre les différentes qualités de l'individu : l'âge, le type de réflexion, le sexe, la manière d'organiser l'activité.

Dans nos études scientifiques, nous avons utilisé les catégories suivantes :

L'activité, au sens d'être actif, du dynamisme.

L'activité, au sens de l'occupation.

L'individu.

Le besoin.

Le moyen.

2.5.2 L'information vue du côté du patient vs du psychologue

Pour la compréhension des moyens et des procédés d'obtention de l'information psychologique, il faut distinguer les objectifs du patient et les objectifs du psychologue en situation de travail psycho diagnostique. Le patient construit son interaction avec le psychologue en fonction de la manière dont la situation se présente pour lui : situation d'expertise ou situation d'aide psychologique. Nous avons observé que la situation d'expertise se manifeste particulièrement lors de la passation des questionnaires : le patient ne parvient pas à donner une réponse unique, « oui » ou « non », comme l'exige la forme de l'interrogation, il introduit des biais spécifiques ou ment ouvertement, niant telle ou telle forme de comportement même si elle est réellement présente dans la situation étudiée, comme l'emportement, l'agressivité et autres du même type. En situation d'expertise, les patients sont tellement orientés sur les normes socialement approuvées qu'ils sont même prêts à renoncer au moindre signe d'individualité, s'ajustant instantanément à la moindre réaction émotionnelle de l'expert. La situation d'expertise impose par conséquent au psychologue de sévères exigences au niveau de sa manière de travailler, en termes de procédés de protection contre une éventuelle falsification ou stratégie consciente du sujet.

L'application des méthodes cliniques dans le cadre de l'apport de l'aide psychologique possède également ses propres particularités, étant susceptible de générer une combinaison du blocage et de l'anxiété. Celle-ci est liée au rabaissement du mérite de l'individu, qui ne sait comment y faire face, ce dont on peut tirer la conclusion que ces personnes sont faibles, sans défense. Les personnalités « bloquées » ne peuvent pas supporter cette situation et essaient par tous les moyens de se démarquer ; blesser leur amour propre est très facile et c'est ainsi qu'apparaît la surcompensation, réaction qui s'observe chez les tempéraments émotifs, le plus souvent accompagnée justement d'une certaine anxiété. Dans la mesure où chacun essaie de cacher ses faiblesses, le comportement de ces personnes se caractérise par une exagération et une vaine colère. Aussi distinguons-nous la surcompensation du désir habituel de faire impression.

2.5.3 Comment obtenir l'information psychologique pertinente ?

Tout commence par la perception de l'autre personne et l'observation de cette dernière au cours de l'examen durant lequel on utilise déjà des méthodes et techniques spécifiques.

Les signes émis par le corps
Le comportement corporel, écho des pensées selon notre hypothèse, est, de fait, tout aussi révélateur de l'état psychique de l'individu que ses réactions verbales (d'autant qu'il échappe au contrôle de l'individu) : la position inconsciemment adoptée pour le corps, pour les jambes, pour les bras ; ses mouvements de la bouche, des yeux, des mains ; la direction de son regard, le timbre de sa voix, ses intonations, le ton du discours… tous ces éléments constituent une grande variété d'informations psychologiques au même titre que le vocabulaire employé et les structures syntaxiques adoptées. Le Canadien Philippe Turchet a d'ailleurs montré dans ses travaux que ces gestes inconscients étaient des signes (au sens saussurien, voir Saussure, op.cit.), en ceci qu'ils sont des formes signifiantes (observables) associées à des significations stables : littéralement, ils communiquent des informations sur le parleur ou l'auditeur – connaissances qu'exploitent d'ailleurs les « coaches » en communication des hommes ou femmes politiques ou des journalistes par exemple. Ces signes inconscients apparaissent universels, c'est-à-dire qu'ils se retrouvent, avec la même signification, aussi bien par exemple chez des Français, des Japonais ou des Américains : ils ne se confondent donc pas avec les gestes et mimiques liées à une culture donnée (comme le fait de saluer en serrant la main chez les Français, qui répugne à un Japonais, lequel dans la même situation s'incline à bonne distance de l'interlocuteur).

2.5.4 Les questions pour l'entretien clinique

Les questions pour l'entretien clinique sont formulées conformément à la position théorique du psychologue face au comportement du client en situation d'examen. Les données obtenues au cours de l'entretien clinique sont précisées et comparées au résultat du travail du patient conformément aux procédés utilisés.

2.5.5 Une pratique interdisciplinaire

Dans la mesure où l'hypothèse à l'origine de cette recherche établit une relation symbiotique entre le corps et le psychisme, les connaissances relatives à l'individu convoquent diverses spécialités consacrées à l'un et / ou l'autre, ce qui conduit le praticien à une analyse interdisciplinaire impliquant la médecine, la physiologie, la génétique, la sociologie, mais aussi la littérature et l'art , susceptibles de procurer différentes typologies reflétant également le contenu de la réalité psychique. Ainsi, selon Tolstoï, il existe trois principaux traits présents en toute personne, en diverses proportions, entrant dans la constitution des différents caractères :

1. La rationalité, à savoir la possession de connaissances et la capacité à déterminer, à partir d'elles, ce qui est important et ce à quoi il faut penser en priorité.
2. L'esprit, l'agilité dans l'analyse des faits ou des paroles et la réponse à apporter, la mémoire, la répartie.
3. La sensibilité, la capacité à se mettre à la place d'autrui et à ressentir les choses à sa place.

Ces trois grands traits se déclinent diversement, par exemple, la possession de connaissances permet la grande finesse de l'analyse d'un côté mais aussi la prétention et la lourdeur d'un autre côté. L'esprit peut manifester une grande vivacité aussi bien qu'une instabilité dans les réactions pouvant aller jusqu'à la bêtise. La sensibilité est susceptible de s'exprimer par une fine compréhension d'autrui mais, poussée à l'excès, devenir indiscrète et aller jusqu'au culot.

Cette typologie, à l'instar des typologies psychologiques scientifiques d'Eizenck (1972), de Jung (1994) et de Livitov (1967), a un sens et une valeur psycho diagnostique pour la description et la classification de l'information psychologique (Chyan, 1965 ; Chyan, 2001 ; Levitov, 1969), Nous avons en outre utilisé des données issues d'autres branches : psychologie générale, psychologie différentielle et neuropsychologie.

2.6 Les différents moyens à disposition du praticien pour conduire l'analyse de la psychologie du patient

2.6.1 Les techniques

Lorsque nous travaillons avec les techniques, nous utilisons non pas une seule technique, mais plusieurs, à savoir toute une batterie de techniques qui répondent aux exigences suivantes :
- Adéquation à l'objectif fixé par le patient.
- Adéquation de la théorie psychologique dans le cadre de laquelle nous avons travaillé.
- Interprétation des résultats obtenus.

2.6.2 Psychologie différentielle

La psychologie différentielle permet d'obtenir la représentation des variantes individuelles de développement du patient, grâce à ses réponses aux questions relatives aux facteurs réglant les phénomènes psychiques présents dans plusieurs sphères déterminant sa vie : le domaine des relations avec les autres, celui des relations à l'égard

de soi-même et celui de la physiologie de son activité nerveuse supérieure (Vakounine, 1980). Pour que chaque individu puisse concevoir l'art d'être heureux et de réussir dans la vie, il a besoin de cette information qui l'aidera à se comprendre lui-même, à comprendre sa vocation à élaborer une relation à la santé, à faire un choix correct concernant de nombreux aspects de la vie, grâce à quoi il sera en mesure d'influencer au maximum le cours de son destin.

2.6.3 Psychologie générale

De la psychologie générale, nous avons utilisé les connaissances relatives à l'origine et à la construction des fonctions psychiques, des qualités de la personnalité. Psychologique générale – la science qui étudie l'origine et la formation de certains processus cognitifs des états et des propriétés de la psyché. Psychologique générale sujet majeur d'étude sont régularités des principales formes de l'activité mentale, le tempérament, le caractère, le perception, la pensée, la mémoire, le sentiment, l'émotion et la motivation. Ces formes sont considérées comme la psychologique générale inséparable de l'activité humane, historique et les caractéristiques individuelles des groupes ethniques les processus cognitifs comprennent la mémoire, l'imagination, le sentiment, la pensée et la conscience.

2.6.4 Neuropsychologie

La neuropsychologie fournit les données relatives à la construction systémique des fonctions psychiques et leur localisation, permet d'utiliser des données de psychodiagnostic dans la pratique. La neuropsychologie et une discipline scientifique et clinique qui étudie les fonctionne mentales supérieures dans leurs rapport a les structures cérébrales au moyen d'observations menées auprès de patients présentant des lésions cérébrales accidentelles, congénitales au chirurgicales. Discipline carrefour née principalement de l'interaction entre neurologie et psychologie, la neuropsychologie profite de l'engouement actuel pour les neurosciences et est aujourd'hui en plein essor.

Comme discipline scientifique, le neuropsychologue s'attache donc à siège cérébral des fonctions mentales telles que l'attention, la mémoire, mais également à observer les relations entre ces fonction, d'un point de vue cérébral (étude de boucles de fonctionnement, études réseau neuronaux) et cognitif. Il s'agit de comprendre le cerveau, comme support de l'intellect et de comprendre l'intellect comme intellect comme intégré au cerveau.

2.6.5 Les données psychométriques

Les données psychométriques, exprimées en termes de notes, d'échelles et autres valeurs métriques, constituent l'une des formes de communication des résultats de l'examen psycho diagnostique : les résultats individuels peuvent être présentés comme une note sur l'échelle des résultats possibles. Par exemple :

Tableau 20. Une note sur l'échelle des résultats possibles (Sobchik, 1990)

« la note maximale pour le travail effectué avec cette technique = P »,
« la note minimale » = T.
Note du patient = K.

Ainsi, le patient a connaissance des critères d'évaluation des résultats qu'il a obtenus relativement à la réalisation de l'objectif fixé.

Nous avons employé des méthodes-tests standardisés de mesures comme moyen destiné à apporter l'aide psychologique nécessaire. Nous étions sûrs que le patient était en état d'intégrer les données obtenues lors des tests à ses émotions réflexives. Nous arrivons à la conclusion que l'un des indicateurs de « détermination » (au sens « être prêt à ») du patient est la conscience d'aspirer à la construction d'émotions qui s'est exprimée, en général, à travers la tendance suivante : « Je veux comprendre ce qui se passe. »

Conclusion

Ainsi, le psychodiagnostic prévisionnel, qui s'opère à travers la communication de l'information au patient, aboutit à l'actualisation des facteurs favorables dans le monde intérieur de l'individu. Leur utilisation, en tant que capacités, devient l'un des objectifs que le patient peut se fixer à lui-même dans le cadre du processus de communication. Outre l'objectif de classification des événements et leur prévision, nous avons également résolu des problèmes analytiques lors de l'étude des facteurs qui suscitent tel ou tel autre phénomène, « Par quoi cela est-il suscité ».

2.7 Outils pour l'élaboration du conseil psychologique

La mise au point du contenu du conseil psychologique suppose d'abord la connaissance des typologies établies pour caractériser les grandes classes de personnalités, en vue de savoir comment appréhender l'individu auquel on a affaire et

l'orienter au mieux. Deux méthodes s'avèrent en outre nécessaires afin d'évaluer chez le patient : d'une part, le degré de réussite dans l'atteinte d'un objectif, d'autre part, ses potentialités d'amélioration. A partir de ces résultats, il peut être défini une psychothérapie permettant au patient de surmonter ses difficultés. La dernière étape est dans l'organisation d'une correction psychologique conduisant le patient à structurer lui-même ses émotions.

2.7.1 Se fonder sur les typologies existantes

Etant donné les informations recueillies selon les modalités indiquées supra, il est dressé un « portrait » du patient concernant son état physique et son état psychologique. Pour cette dernière caractérisation, on peut s'aider des classements déjà opérés, par exemple :

Tableau 21. Typologies de l'individu (Eysenck, 1999)

	Stable	**Névrose**
Introverti	Calme, stable, fiable, attentif, attentionné	Anxieux, rigide, sobre, pessimiste
Extraverti	Leader, insouciant, joyeux, souple, réactive, bavard	Vulnérable, agité, agressif, nerveux, capricieux, impulsif

Nous avons utilisé ces questions pour apporter une aide psychologique dans le cadre de la correction psychologique, c'est-à-dire par le biais d'une influence sur les caractéristiques discrètes du monde intérieur de l'individu qui sont relativement indépendantes les unes des autre.

2.7.2 Deux méthodes complémentaires pour élaborer la teneur du conseil psychologique

Le patient a besoin de se situer dans ce qu'on lui demande, de bénéficier d'une évaluation à laquelle il puisse confronter son propre jugement, de même que le psychologue doit pouvoir mesurer les possibilités et l'évolution de son patient ; il y a donc lieu de définir, selon nous, deux méthodes :

1. L'une orientée sur la représentation moyenne de la norme de réalisation d'un objectif.
2. L'autre orientée sur les capacités individuelles de l'individu à s'améliorer.

Ces deux méthodes ne s'excluent pas l'une l'autre mais existent néanmoins d'une manière relativement indépendante. Nous nous en sommes tenues à la première méthode lorsque notre travail était lié à la recherche et à la création de technologies universelles de correction, car nous n'avions alors besoin que de l'information psychologique reflétant les régularités, telles les données psychométriques. Nous avons adopté la deuxième méthode lorsqu'il est devenu important pour nous d'assurer la construction de programmes individuels de correction : il fallait en effet, dans ce cas, accorder plus d'attention au contenu du poste professionnel et à celui des informations psychologiques relatives au patient.

La première méthode d'obtention de l'information est extrêmement générale et présuppose un traitement des effets psycho-correctifs de l'amélioration, du changement des différentes particularités du monde intérieur. En employant l'autre stratégie d'obtention de l'information, qui présuppose un traitement obligatoire du monde intérieur comme une norme, nous avons élevé le niveau du système de la régulation émotionnelle :

- le niveau de réactivité sur le terrain, lié aux formes les plus primitives et passives d'adaptation psychique,
- le niveau des stéréotypes d'approfondissement que constitue le contact émotionnel avec l'environnement,
- le niveau d'expansion, l'organisation affective du comportement,
- le niveau de contrôle émotionnel.

Cette représentation d'une symptomatologie principale, de son type et ses niveaux, a permis de recueillir des informations beaucoup plus fines et donc efficaces pour l'élaboration du contenu du conseil.

2.7.3 La psychothérapie

Pour corriger la perturbation de l'état fonctionnel, nous utilisons une psychothérapie rationnelle, dont le principe actif est l'instauration d'une pensée « juste », « logique », au moyen d'une influence complexe, verbale et non verbale, sur les émotions, les jugements, la conscience, dans l'objectif de supprimer ou d'atténuer les effets négatifs des émotions subjectives et des troubles fonctionnels qui forment dans la conscience une image de la maladie ou de la « détresse physique ». La psychothérapie est utilisée comme composante active de l'autosuggestion et de la suggestion.

L'étape suivante est l'explication au patient des causes à l'origine de son état « difficile », explication qui représente un facteur décisif de correction car la

compréhension des causes par le patient constitue la réaction « normale » à une situation anormale. La définition de la thérapie rationnelle prévoit et garantit en effet l'une des principales conditions d'une correction efficace, à savoir une relation active et une participation concernée du patient lui-même au processus de renforcement de sa santé. Cette étape prend la forme de questions adressées à la réalité psychique :

Que se passe-t-il ?
Par quoi cela est-il suscité ?
Que se passera-t-il ensuite ?

Selon notre pratique, le patient est lui-même responsable de l'utilisation de cette information et du degré de son intégration à ses émotions réflexives. Cependant, lors de la transmission de l'information psychologique, nous cherchons à obtenir la réciprocité, selon nous définitoire de la relation au patient, pour ce qui concerne l'information et lui-même, en tant que source d'information. À cette fin, nous lui demandons de répéter l'information transmise ou de se poser directement la question de savoir dans quelle mesure cette information est comprise.

Il va de soi que l'un des points essentiels de la transmission de l'information psychologique est qu'elle s'effectue sans jugement : c'est pourquoi un entretien préliminaire avec le patient est consacré à l'explicitation des différents objectifs sociaux, éthiques et psychologiques que nous avons définis.

2.7.4 Mise en place de la correction psychologique

En règle générale, la mise en place de la correction psychologique par le biais de la communication d'une information psychologique objective et fiable permet au patient de structurer lui-même ses émotions. Nous l'attribuons au fait que nous appliquons les techniques cliniques et non les techniques standardisées dont font partie les méthodes de dialogues : non seulement des données sont obtenues, mais cette manière de procéder s'est avérée beaucoup plus productive lorsqu'il s'agit de particularités de la réalité psychologique. En effet, la dynamique des objectifs, des états, des humeurs, les couches profondes de l'expérience, les significations de la personnalité constituent les caractéristiques de la réalité psychique qui ont été le plus efficacement évaluées grâce aux méthodes cliniques.

Conclusion

En effectuant nos recherches de la manière qui a été définie au cours de ce chapitre 2, nous sommes arrivées à la conclusion selon laquelle la composante de la structure de la personnalité inclut des qualités innées, à savoir :

- le tempérament biologique ;
- les particularités naturelles liées à l'âge et au sexe ;

La personnalité se structure également au fil des expériences de l'individu, en particulier par :

- l'éducation, qui revêt une immense importance,
- les connaissances, les habitudes, les aptitudes, qui s'acquièrent ou se perdent tout au long de la vie,
- l'orientation sociale qui revêt une grande importance dans la formation de la personnalité et sa relation à la vie.

3 Chapitre 3

Un exemple concret

Introduction

Le présent chapitre a pour objectif de montrer l'application à un corpus réel de la méthode exposée précédemment sur des bases théoriques (chapitre 2), en relation avec l'hypothèse fondamentale adoptée (chapitre 1), et d'en indiquer les résultats obtenus. Dans le cadre général de la recherche, qui est celui de l'étude des structures de base de la personnalité, le propos est de définir le fondement qui précède la formation des pensées des plus hauts niveaux de la personnalité, car il détermine, dans une large mesure, l'orientation principale de l'attirance inconsciente puis du choix conscient, ce qui, en fin de compte, décide du destin, de l'activité sociale et, ce qui nous occupe au premier chef, de la santé de l'individu.

Attirance inconsciente----choix conscient----aspects -sociaux – santé- etc.

Le corpus d'observation de la présente étude est formé des membres d'une équipe de la SNCF en charge des locomotives (conducteurs et aides-conducteurs), dont il s'agit d'identifier les qualités professionnelles, les qualités psychologiques individuelles, la compatibilité psychologique des membres de l'équipe – le tout par comparaison avec ce qui est institutionnellement exigé par le profil du poste. L'objectif est en effet de déterminer la compatibilité des individus au poste qu'ils occupent, et d'améliorer la relation de l'individu au groupe d'une part, au travail demandé d'autre part.

L'étude a mis en évidence une corrélation précise entre la qualification de conducteur et les données psychophysiologiques de ce dernier – en particulier, parmi les conducteurs étudiés appartenant au premier échelon, le pourcentage de personnes disposant de toutes les inclinations naturelles nécessaires était le plus élevé. L'information psycho diagnostique comparée aux données théoriques relatives au modèle de développement en fonction de l'âge a permis d'établir un programme de travail correctif pour un salarié spécifique ou bien pour un groupe – selon le schéma suivant :

Ce qui existe- ce qui doit exister --- ce qu'il faut faire pour que cela -existe

Il s'est avéré qu'il fallait réaliser une correction de la relation de l'individu à la santé, au moyen d'une action psychologique ciblée sur les conditionnements sociaux de base. En conséquence de quoi a été notée une augmentation de l'activité et une amélioration d'un modèle de vie sain chez les patients – autrement dit une relation correcte à l'égard de soi à travers la formation d'une pensée orientée sur l'amélioration de sa santé.

Ainsi peut-on conclure de cette étude que le choix théorique d'une part, l'hypothèse adoptée dans ce cadre d'autre part, la méthodologie appliquée en fonction des choix théoriques enfin, se trouvent validés par cette première vérification empirique. Nous le démontrons dans le présent chapitre en présentant, d'abord, le modèle que nous avons construit pour analyser l'état de la santé professionnelle d'un individu et pour qu'il soit e mesure de la reconstruire au mieux et, ensuite, la manière dont nous avons organisé l'étude empirique. Précisons que, dans le cadre de notre pratique, le psychologue praticien intervient sur la vie individuelle de la personne : en tant qu'il conduit une recherche sur cette dernière il agit sur elle, en obtenant pour ce faire l'information nécessaire et en en faisant prendre conscience l'individu lui-même : nous avons, du moins pour un temps, fait partie de la vie de l'autre personne. Aussi assumons-nous une responsabilité personnelle en matière d'exactitude de l'information psychologique obtenue, et devons-nous veiller à l'influence personnelle directe que nous exerçons sur la vie individuelle de la personne.

3.1 Modèle du système de formation de la santé professionnelle

Compte tenu des prises de position théoriques et méthodologiques explicitées dans les chapitres 1 et 2, nous présentons un modèle comportant un ensemble de règles organisées (un système) en vue de permettre à chacun d'obtenir (de se former) une bonne santé professionnelle, laquelle suppose d'une part la connaissance de ce qui est attendu du poste de travail occupé, et de ce que fait / peut faire celui qui l'occupe ; d'autre part la connaissance par ce dernier des moyens d'adapter son corps et son psychisme au travail et aux conditions de travail qui sont celles du poste. Nous présentons ici l'objectif de la recherche, étant donné le diagnostic (justifiant l'objectif de la recherche) et l'hypothèse de résolution du problème soumis.

3.1.1 L'objectif de la recherche

Dans le métier de la conduite des trains, la psychologie est une composante essentielle de la sécurité, du fait que le seul progrès technique, s'il améliore les conditions de transport ferroviaire, ne permet pas encore, indépendamment du facteur humain, de garantir l'absence de risque (Chepa, 1984). Il y a donc lieu d'étudier le facteur humain : notre objectif est de définir la personnalité du conducteur et de l'aide-conducteur à travers les différentes manifestations de leur personnalité et d'identifier les facteurs qui exercent une influence sur un accident, ou sur qui exposent aux accidents.

3.1.2 Le diagnostic (repérage du problème à résoudre)

Selon nos observations, il s'avère que les propriétés de la personnalité ne sont pas les seules à exercer une influence sur les habitudes professionnelles et la sécurité du transport, mais que l'expérience, les habitudes pratiques, l'âge et bien d'autres facteurs interviennent également dans une large mesure. La sécurité dépend donc finalement d'un ensemble de causes :

- les conditions sociales,
- le contexte économique,
- la qualité des équipements,
- l'aptitude au travail du personnel lui-même. (La compétence professionnelle des employés détermine, pour beaucoup, leur relation au travail.)

L'ensemble des conditionnements socio-psychologiques de base joue un rôle particulier dans la formation de cette relation et dans la régulation de l'activité professionnelle, entre autres :

- le conditionnement ciblé sur les connaissances,
- la réussite professionnelle et en termes de carrière,
- le prestige du travail dans ce secteur,
- la prévention des conflits,
- la satisfaction des intérêts utilitaires,
- la conservation de la santé psychique et physiologique.

Le degré d'influence des conditionnements socio-psychologiques de base sur la régulation de l'activité professionnelle est déterminé par une série de facteurs, notamment par la stabilité des conditions sociales de sa réalisation : on observe en effet que, suite à une instabilité sociale, l'ensemble de ces conditionnements se déforme et déforme un certain état d'équilibre, ce qui entraîne des changements négatifs au niveau de la santé et de la relation au travail (Vurchenko, 1980).

3.1.3 Hypothèse de résolution du problème repéré

La correction de la santé psychique et de la relation au travail en tant que conséquence de l'augmentation de la responsabilité professionnelle des employés peut s'effectuer au moyen de technologies réalisables sous forme de module d'entraînement socio-psychologique, élaboré par nous-même. L'essence du conseil consiste en une influence psychologique ciblée sur les éléments cognitifs, pratiques et sensitifs des conditionnements socio-psychologiques, et conduit à un accroissement de l'activité de la personnalité de l'employé. Le contenu du module d'entraînement consiste en un ensemble de méthodes socio-psychologiques et de remise en forme. Il a une structure précise et est réalisé sous la forme d'exercices individuels et collectifs. L'efficacité des actions correctives est déterminée à travers la détection des changements importants survenant dans l'ensemble des conditionnements socio-psychologiques au moyen d'une procédure diagnostique élaborée spécialement à cette fin.

3.2 L'organisation de l'étude empirique

Le problème à résoudre étant clairement défini, il s'agit d'organiser les différentes phases de la proposition de résolution du problème : en préalable, il s'agit de déterminer ce qui est requis du travailleur par le poste qu'il occupe (étant donné la situation économique de l'entreprise dans le contexte actuel, puis de vérifier l'adéquation du travailleur au poste qu'il occupe, et, en fonction du résultat de la comparaison, de mettre au clair ce qui est attendu du diagnostic (psychologique et professionnel) portant sur les individus et l'équipe assurant les tâches liées au poste en question. Nous distinguons donc trois étapes dans l'examen psycho diagnostique :

La collecte des données.
Le traitement et l'interprétation des données.
L'introduction de solutions : diagnostic, pronostic et recommandations.

Le premier niveau est le niveau symptomatique et empirique. À ce niveau, le diagnostic est déterminé par la constatation des particularités ou des symptômes, signes.

Le deuxième niveau est le niveau ethnologique, qui prend en compte non seulement la présence des caractéristiques mais également les causes de leur apparition.

Le niveau supérieur est le niveau du diagnostic typologique et consistait à déterminer le lieu et l'importance des caractéristiques mises en évidence dans le tableau général de la vie psychique du patient.

Nous avons utilisé comme principale méthode d'établissement de diagnostics un test et un sondage. La réalisation pratique des tests et la réponse aux questionnaires ont constitué le mode de réalisation des méthodes.

3.2.1 L'étude de la santé professionnelle

Nous allons étudier la santé professionnelle, par blocs :

BLOC 1	
	Qualités professionnelles essentielles
	Disposition à des actions extrêmes
	Détournement de l'attention
	Stabilité émotionnelle
	Résistance au stress
BLOC 2	
	Dépression
	Santé psychosomatique
	Risque
	Sociométrie
BLOC 3	
	Compatibilité psychologique
BLOC 4	
	Situations extrêmes non répertoriées

La pertinence de la présente thèse tient au lien établi avec les besoins d'un domaine déterminé d'activité.

3.2.2 Etablir le profil des individus

L'objet de la présente recherche est l'étude de la personnalité, de ses propriétés, des émotions, des conditionnements, des facteurs cognitifs et sensori-moteurs qui influencent la capacité à conduire, laquelle exige : a)vitesse de reconnaissance de la situation dangereuse, b) capacité générale de distinguer l'information visuelle nécessaire dans des circonstances difficiles et c) capacité de modifier rapidement l'objet de l'attention.

Afin de définir ces capacités chez un patient spécifique, des tests et des techniques ont été déterminés : l'information psychologique est obtenue à partir d'examens psychologiques qui consistent en entretiens, tests et questionnaires.

3.2.3 L'entretien

L'entretien a pour objectif d'apporter des éclaircissements sur :

- l'histoire de l'activité du patient,
- la catégorie, (conducteur, aide-conducteur)
- la classe, (1 ; 2)
- l'état de santé,
- les conditions de vie au quotidien et la situation familiale
- les autres questions sociales.

3.2.4 Le questionnaire

Le questionnaire porte sur l'anxiété, l'une des principales caractéristiques de la personnalité, car l'influence du niveau d'anxiété sur la capacité de travail est manifeste (un niveau extrêmement élevé d'anxiété peut entraîner une chute brutale de la capacité de travail). Nous établissons une distinction entre les concepts de « méthode » et de « technique » afin de traduire concrètement la méthode en technique, de manière à organiser l'interaction du sujet et de l'objet de l'étude sur la base d'un matériel et d'une procédure concrète. Ainsi, le test constitue la méthode et passer concrètement le test constitue la technique.

3.2.5 Le test

Les tests : Leary,(1954), (d'Eizenk,(1964), de Kettle, de Lüscher(1948), Rotter,(1966), Dellinger, (1978). Et son système de « l'homme-technique ».Notre objectif pratique prioritaire consiste à débloquer « les barrières extérieures et intérieures », à créer les conditions de la révélation de chaque employé :

- en tant que phénomène global,
- en tant que sujet de sa stratégie de vie,
- dans le domaine de travail choisi,
- dans ses relations sociales et ses valeurs,
- et le plus important, dans ce dont il a besoin pour se garantir une santé professionnelle et physique.

Le test présuppose que la personne examinée effectue une activité déterminée, conformément à des instructions, en fonction de la technique utilisée. Il peut s'agir

- d'un dessin,
- d'un récit à partir d'une image,
- du choix d'une couleur.

La valeur pratique de ce test tient au fait qu'il nous a permis d'avancer une hypothèse sur la construction du monde intérieur du client, sur les modalités de ce monde intérieur que le client maîtrise. Dans ce contexte, nous avons mis en évidence :

- ce que le patient connaît des capacités de ses actions,
- ce que le patient connaît de ses objectifs,
- ce que le patient connaît de ses sentiments,
- ce que le patient connaît de ses pensées,
- comment il perçoit son « Moi ».

Nous avons simultanément résolu la question de ce que le patient doit savoir du contenu de son monde intérieur pour le rendre plus estimable. Les questions réorientent l'analyse de la situation de la vie individuelle de la personne sur un objet d'interaction professionnelle, dans sa capacité à percevoir, se souvenir, penser et agir. Sur la base de ces situations, il a été élaboré une fiche individuelle, un questionnaire, qui permet d'établir un diagnostic :

- état psychophysiologique,
- aptitude professionnelle,
- résistance au stress,
- fond dépressif.

3.2.6 L'apport de l'étude

L'information relative aux principaux conditionnements sociaux au travail a été utilisée pour déterminer le degré d'aptitude des employés à accomplir des obligations liées à la profession et à la fonction, et à conserver la santé professionnelle. L'importance de ces renseignements s'est révélée lors de l'établissement ultérieur du pronostic de l'aptitude professionnelle et de la sélection psychophysiologique pour l'emploi.

La prise en compte des données de la fiche individuelle a permis de préciser à 70 % le pronostic d'aptitude professionnelle.

Le sens psychologique de l'ensemble de l'état socio-psychologique et psychophysiologique identifié, c'est-à-dire de santé professionnelle, consistait en

- la haute appréciation par l'employé qui réussit du prestige de sa profession ;
- son aspiration à l'accomplissement inconditionnel de ses obligations,
- et à une évolution professionnelle ;
- sa conscience de sa responsabilité,

le tout étant subordonné à une bonne santé professionnelle.

Nos recherches ont montré que certains des travailleurs sont observateurs et concentrés, d'autres en revanche plutôt étourdis et dispersés. Certains ont une meilleure mémoire visuelle, d'autre une meilleure mémoire auditive. Certains réagissent plus vite et d'autres moins vite, mais font preuve d'une grande précision dans leur mouvement. Le tempérament, le caractère et la volonté sont également différents. Par la suite, des recommandations ont été faites sur la base de cette fiche individuelle.

Les employés de cette profession, comme l'ont montré avant nous d'autres travaux, sont soumis à d'importantes charges nerveuses et psychiques (Chevandrin, 2001) : si, de nos jours, l'étude de la personnalité, l'établissement du profil psychologique de l'employé, la prévention et le soulagement de la détresse sont d'une actualité considérable, c'est que, aux sources naturelles de difficultés et souffrances auxquels l'individu doit faire face, à ses problèmes professionnels et familiaux, sont venus s'ajouter une multitude de facteurs extrêmement puissants et négatifs liés à la crise économique et sociale que traverse le monde.

3.2.7 Les qualités et compétences demandées par le profil du poste

Afin de gérer avec succès la circulation des trains, les conducteurs et aides-conducteurs doivent posséder des qualités suivantes présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 22. Des capacités naturelles particulières (Kulagin, 1984)

- Percevoir rapidement,
- traiter l'information,
- conserver en mémoire pendant longtemps une grande quantité d'informations opérationnelles,
- changer de tâche instantanément,
- concentrer son attention sur des opérations qui comportent plus de responsabilités,
- réagir instantanément à des pannes et à d'autres signaux,
- être toujours prêt aux situations extrêmes,
- trouver rapidement la bonne solution en cas de panne ou autre situation,
- Être émotionnellement stable, capable de résister au stress pendant le travail.
- d'être psychologiquement toujours préparé au travail dans des

3.2.8 Le statut de l'individu au sein du groupe

Selon nos observations, le climat moral et psychologique qui règne au sein du collectif revêt également une grande importance, tout comme les relations mutuelles qui existent entre le chef et ses subordonnés : l'absence d'une approche correcte et de contacts de la part du chef, du personnel de garde, l'absence de compatibilité au sein de l'équipe aboutissent à des conflits et sur ce fonds, de graves perturbations de la sécurité de la circulation sont fort probables, ce qui entraîne à son tour une désorganisation professionnelle et de la santé mentale. Afin d'obtenir des connaissances sur l'individualité de nos patients, nous avons dû disposer de connaissances généralisées que nous utilisons, étudions, précisons, en étudiant la situation de vie réelle d'un individu spécifique.

3.2.9 Les facteurs agissant sur la capacité de travail

Nous avons identifié les éléments qui influent sur la capacité de travail :

1. Les rythmes : biorythmes, quotidiens, mensuels, en fonction des saisons.
   C o n c l u s i o n : ne pas se transformer mais s'adapter.
2. Une alimentation équilibrée
3. Une défense psychologique.

Qu'attend-on de l'individu confronté à des situations extrêmes ?

Tableau 23. Modèle de comportement dans les situations extrêmes (Ganyuchkin, 1972)

1. Les facteurs de la situation extrême revêtent une importance particulière.
   - Acuité et force de leur comportement.
   - Soudaineté
   - Intensité.

- Durée de l'influence.
- Probabilité de développer des troubles psychogéniques

2. Facteurs subjectifs :
   - les qualités personnelles de l'individu qui déterminent sa capacité à être prêt à agir en situation d'urgence,
   - la stabilité psychologique
   - l'existence d'un soutien de l'entourage,

Tableau 24. Les résultats importants de stabilité psychique. Beschastnova. (2001)

1. 50 à 70 % des sujets, en situation extrême, ont perdu la maîtrise d'eux-mêmes durant la première minute.
   25 % des sujets ont apprécié la situation avec précision et l'ont maîtrisée.
2. Le niveau de stabilité psychique est important :
   -Tendance au respect des normes morales de comportement.
   -Responsabilité de la protection de la vie de l'entourage.
   -Existence d'une expérience de la vie.
   -Compassion.

3. La capacité de travail et de récupération :
   -Phase de mise en route : 10 à 30 minutes.
   -Phase de capacité de travail optimale : 2 à 3 heures.
   -Phase de compensation totale : volontariat.
   -Phase de compensation irrégulière : épuisement des ressources supplémentaires : 30 minutes à 1 heure.
   -Phase d'élan final : réserves intangibles, surmenage, tension.
   -Phase de diminution progressive de la capacité de travail.

Conclusion sur la formation d'une santé professionnelle

La portée pratique pour la prévision de la formation d'une santé professionnelle comme conséquence de la solidité professionnelle des employés a été obtenue sur la base de l'analyse de l'ensemble des traits de la personnalité et de l'intégralité du système des relations de l'individu avec les différents aspects de l'activité de travail, en particulier des conditionnements sociaux comme stimuli de la productivité de l'activité professionnelle.

La détermination du degré d'influence du conditionnement social sur la santé professionnelle et sur le travail lui-même a été réalisée à travers l'établissement du diagnostic de la composante émotionnelle, psychique et physiologique déterminant la valence du conditionnement sur le plan de la relation à la profession, à la conservation de la santé et à un modèle de vie sain.

Nous avons réussi à élaborer un système de soutien de la santé mentale (voir Tableau 25 Abolin (1987), définissable comme un état de prospérité pleinement spirituel, physique et social et par l'absence :

de douleurs et de défauts physiques,
de perturbations psychiques exprimées,
de manifestations de maladies,
et par la présence,
d'une réserve déterminée de forces de l'individu,
d'un bien-être grâce auquel il peut surmonter le stress ou les difficultés inattendues qui surviennent dans des circonstances exceptionnelles,
d'un état d'équilibre entre l'individu et le monde environnant, une harmonie entre l'individu et la société,
de la garantie de conditions adaptées à la réalité environnante,
de la régulation du comportement et de l'activité.

Nous avons essayé de refléter la structure sur laquelle repose le niveau de santé psychophysiologique qui détermine les particularités de l'activité neurophysiologique cérébrale interne. L'évaluation de la pertinence de notre modèle est fondée sur la capacité de chaque employé à construire des moyens adaptés pour réaliser ses aspirations concernant sa santé personnelle, comme le résultat de la prédestination, du sens de la vie.

Tableau 25. Le système comprenant des conditionnements de protection contre le stress élaborés par nos soins (Abolin, 1987)

1. Regarde-toi dans le miroir et souris.
2. Souviens-toi du principal objectif de ta vie.
3. Pas ici et maintenant : je le ferai ailleurs et à un autre moment.
4. Tu es au-dessus de l'événement parce que tu as compris en quoi tu es au-dessus.
5. Pour chaque moins il y a un plus : trouve-le.
6. Rappelle-toi les 5 commandements suivants : Ne te mets pas en colère,
   Ne te perds pas en conjectures
   Ne te disperse pas
   Ne demande pas
   N'aie pas peur.
7. Fais les choses jusqu'au bout.
8. Utilise l'échec dans l'intérêt de la cause.
9. Fais preuve d'une maîtrise de toi totale.
10. Ferme les yeux pendant une minute.
11. Battre en retraite revient parfois à agir sagement.
12. Une personne en colère n'est pas protégée.
13. Remporte la victoire, celui qui a le plus de patience.
14. N'attire pas les problèmes.
15. Occupe-toi de ce qui est intéressant.
16. Ne te surestime pas.
17. N'aie pas de scrupules, c'est le lot des faibles.
18. Ne sous-estime pas l'adversaire
19. Préserve ta santé.
20. Ne crie pas : on entend mal celui qui crie.

21. Ne t'empresse pas d'agir : assied-toi, calme-toi, réfléchis, prend une décision - agis.
22. Écris en quoi consiste le problème.
23. Téléphone à une personne agréable.
24. Ne te dénigre pas.
25. N'imagine rien de superflu.
26. Arrête de te regarder avec les yeux d'un autre : regarde-toi avec tes propres yeux.
27. Ne te plains pas : les faibles sont peu appréciés.
28. Prépare une alternative en cas d'échec et utilise-la.
29 Découvre les événements jusqu'à leurs conséquences
30. Trouve-toi un loisir.
31. Se vexer n'apporte rien ; il est plus rentable d'analyser et de prendre en considération.
32. Sens-toi comme un chasseur.
33. Essaie de réduire l'importance de l'échec.
34. Aborde le problème sous un autre angle.
35. Souviens-toi de la formule « je réfléchirai à cela demain ».

Tableau 26. Adaptés de réalisation des aspirations sémantiques. Bestchasnova (2001)

Individu----------personnalité----------individualité Organisation----------sujet----------personnalité Motivation initiale----------domination d'une raison déterminée ---------motivation de l'importance de l'importance Conditionnement social---conditionnement sémantique santé pensée ---conditionnement ciblé---- expression de l'individualité Évaluation de sa santé---------- responsabilité de sa santé -Fondement des strates de la réflexion -Activité de recherche -Raison -Culture -Volonté -Expérience -Amour de soi

Tableau 27. Règles destinées à améliorer l'humeur. Antsyferova L. (1993)

Les causes de la bonne humeur

Les interactions sociales que sont les relations humaines.

La compagnie de personnes heureuses.
L'aptitude à intéresser un interlocuteur par nos récits.
Se retrouver dans un cercle d'amis.
La conscience de son propre charme physique et sexuel.
Les baisers.
L'observation des gens.
Une discussion franche et ouverte.
Écouter des confessions d'amour.
Exprimer son amour.
Écouter la radio.
Lire des livres.

Regarder de bons films.
Diminue la dépression :
Le rire. Se relaxer.
Penser à quelque chose d'agréable.
Regarder un beau paysage.
Respirer le grand air.
Éviter une situation où il n'est pas possible d'être en état d'apaisement et de quiétude.
La possibilité de prendre des bains de soleil.
La sensation laissée par un vêtement propre.
Disposer de temps libre.
La possibilité de bien dormir la nuit.
Écouter sa musique préférée.
Sourire.
Être convaincu du bonheur de sa famille et de ses proches.
Le sentiment de protection et l'influence ciblée d'une force supérieure intelligente.
L'observation des animaux.

L'autoréalisation :

Savoir imposer son point de vue, faire à sa façon.
Lire de la littérature (de la fiction, des œuvres littéraires)
Planifier et organiser une action.
Conduire un véhicule avec habileté.
Exprimer des pensées avec précision.
Planifier ses voyages et vacances.
Acquérir de nouvelles connaissances et habitudes.

La musique de la santé :

Par des moyens empiriques, nous avons démontré les propriétés prophylactiques, curatives et correctives du son, propriétés reposant sur les variations de fréquence des différents sons qui résonnent avec les différents organes, systèmes ou l'organisme dans son ensemble.

Un lien strict a été établi entre les variations de fréquence des sons et les organes spécifiques de l'organisme humain ou les processus physiologiques.

La théorie scientifique de l'influence des différentes formes de sons sur l'individu nous a permis d'apporter aux patients une grande aide prophylactique et de réadaptation.

Nous avons observé l'efficacité de la musicothérapie qui a agi non seulement par son impact émotionnel mais également par le biais de la compatibilité de la bio-résonance des sons musicaux avec les vibrations des différents organes et systèmes.

Par exemple :

Le canal digestif dispose d'une fréquence de résonance avec la note FA.

Les fréquences supérieures contribuent à éliminer les substances toxiques de l'organisme. La note « DO » a aidé à guérir du psoriasis.

Nous avons souvent eu recours aux bruits de la nature qui ont aidé à obtenir une grande quantité d'énergie, une sensation d'intensification des forces physiques et spirituelles. Le potentiel créatif a été augmenté.

Une union de courte durée avec la nature peut détourner une personne de pensées douloureuses et des tracas quotidiens.

L'écoute des bruits de la mer, de la pluie, d'une cascade entraînait une diminution de la tension nerveuse.

Dans le cadre de la formation de la santé professionnelle, nous avons utilisé une bio-gestion adaptative qui a abouti à une évaluation approfondie des fonctions de l'organisme se modifiant au fil du processus d'entraînement.

3.2.10 Les facteurs modifiant les pensées et la construction de la santé.

L'objectif de la vie consiste à former des pensées positives de santé et de longévité, être persévérant en matière d'accomplissement des objectifs. Lebedinsky M. (1966).

La science du rétablissement, c'est la science de la vie. Nous avons utilisé des recommandations scientifiques concernant les programmes suivants :

La méditation transcendantale, la purification physiologique

Le régime alimentaire, l'exercice physique.

Premièrement, la pensée doit engendrer des actions - laisser tous les soucis domestiques lorsque tu franchis le seuil de la maison ou de l'appartement. Laisser tous les soucis et désagréments liés au travail quand tu franchis la porte du bureau et rentre à la maison.

Deuxièmement, la pensée est capable d'éliminer la tension, de libérer tous les systèmes de l'oppression de cette dernière, c'est-à-dire de rendre à l'individu sa vraie nature.

Il faut modéliser non la maladie mais la santé. Il faut avoir un mode de vie actif pour faire en sorte d'oublier la maladie, ne pas focaliser son attention sur les sensations de douleur qui disparaîtront progressivement.

Les cherches scientifiques de Valynkina G.Souvorov N. (1981) soulignent que toute action visant à conserver ou à améliorer la santé crée au niveau du cortex cérébral une sorte de plan de rétablissement, un schéma des résultats escomptés. Ce plan est

transmis aux centres végétatifs corticaux qui régissent tout le système endocrinien et les processus réparateurs au sein de l'organisme ; quant au niveau inconscient, il se produit une reproduction de « la guérison planifiée ».

La formation d'une pensée de profonde confiance dans la guérison, l'aspiration à la vie et le fait d'ignorer mentalement la maladie soutiennent le « programme de vie » emmagasiné dans les gènes, rétablissent les liens spatio-temporels à tous les niveaux et toute maladie, même grave, recule.

La formation d'une pensée de confiance dans la guérison constitue l'objectif de toutes les méthodes d'influence psychologique sur l'individu malade.

Si l'on ajoute à l'expérience sensorielle et viscérale, qui caractérise l'être humain, le don de la libre compréhension non déformée, alors on obtient un bel organisme constructif, correspondant à la réalité.

Pour les recherches scientifiques en matière de facteurs de formation de la pensée, nous avons utilisé la question suivante : « Toutes les formes de comportement servent-elles à réduire les situations de tension ? »,

Et nous sommes arrivés à la conclusion :

Qu'il se produit :

En toute franchise, une expérience d'émotivité, de réflexion.

Le mode « ici et maintenant », qui est la mobilité, l'adaptabilité, la spontanéité, la réflexion inductive.

La foi dans le processus organismique de liberté de la vie.

Le sens du libre arbitre.

Le contrôle de la vie.

La création.

L'individu rentre et s'occupe de lui, seulement s'il n'y a pas de sens à sa vie. L'idéalisation de l'auto expression, si elle constitue un but, rend impossible l'existence de relations importantes. L'essentiel, dans les relations d'amour, n'est pas la libre auto expression mais le fait de sortir de sa coquille et d'aimer l'existence d'une autre personne.

Pour l'étude des facteurs qui modifient les pensées, nous avons pris un style de vie, ce qui est le mode d'action unique et stable de l'individu. Ce style se compose d'une multitude de raisons, de centre d'intérêts et de valeurs de l'individu et se manifeste dans l'ensemble du comportement.

L'individu est autorisé à vivre consciemment et pleinement toutes ses réactions, y compris les sentiments et les émotions. Quand il y parvient, l'individu sent qu'il se plaît, il s'apprécie secrètement en tant qu'être complet fonctionnant de manière holistique.

Mais nous avons rencontré des patients qui étaient en plein désespoir à cause de l'impossibilité de choisir ou de la réticence à être eux-mêmes. Mais le plus profond désespoir survient quand l'individu a choisi : « d'être non pas lui-même mais quelqu'un d'autre ». Par ailleurs, le désir « d'être ce Moi » qu'est en réalité l'individu.

Être soi-même, cela revient à révéler l'ornement, la structure qui soutient cet ornement existant dans le flux en perpétuelle évolution de l'expérience. Être soi-même, cela implique surtout de dévoiler l'unité et l'harmonie qui règnent dans ses propres sentiments et réactions plutôt que d'attribuer une structure que l'individu ne possède pas. Le « Moi » réel, c'est ce qui peut tranquillement, ouvertement exister dans notre propre expérience, et non ce qui est imposé. De là, les modifications des pensées.

En ce qui concerne la modification des pensées, il faut faire ce que l'on a envie et non ce que l'on pensait faire et ne pas dépendre de ce qu'il convient de faire du point de vue des autres. Cela change complètement la vie, change les pensées.

La dynamique en faveur de l'indépendance a engendré de nouvelles pensées, a transformé les patients. Elle leur a permis de se rapprocher des objectifs qu'ils visaient ; ils ont commencé à assumer leurs actes, à déterminer quels pensées, actes et comportements étaient importants et lesquels ne l'étaient pas.

L'importance scientifique réside en ce qu'avoir la responsabilité de se gérer constitue un choix, puis que cela revient ensuite à tirer des enseignements des conséquences de ce choix. Lors de leurs premiers pas sur la voie de la liberté, être soi-même, de la liberté de la responsabilité cognitive, les patients se sont montrés prudents, empreint d'un sentiment de peur, faisant preuve d'un manque de confiance en eux. Beaucoup ont dit qu'ils se sentaient effrayés, vulnérables, coupés de toute aide. Mais après un certain temps, les pensées ont changé et les patients ont ressenti la force et la puissance. C'est la réaction habituelle qui se produit quand le patient prend la gestion de sa vie et de son comportement en main.

L'individu est autorisé à vivre pleinement et consciemment ses réactions, ses vives émotions et sentiments. Lorsque cela s'est produit, le sujet a ressenti qu'il se

plaisait, qu'il était sincère, qu'il s'estimait en tant qu'être complet fonctionnant de manière holistique.

Si l'on se fonde sur les conclusions scientifiques :

La nature inconsciente de base de l'individu consiste pour l'essentiel en instincts.

Le choix est une affaire personnelle qui satisfait et exprime fidèlement un mode de vie évolutif.

La force ressentie par le sujet était la force d'un être unique, responsable de lui-même.

Dans le cadre des études, nous avons observé une certaine angoisse chez les patients lorsqu'ils ont assumé leur responsabilité à leur propre égard. Mais parallèlement à cela, outre l'angoisse, nous avons identifié la force qui a contribué à former les pensées, à les modifier, à déterminer la valeur de l'expérience.

Sur la base des résultats scientifiques, nous sommes parvenus à la conclusion que l'individu est un flux de devenirs. C'est un processus en cours, un flux de pensées, de possibilités en perpétuelle évolution.

L'individu devient son propre organisme, sans chercher à se leurrer, sans déformation.

Nous avons observé comment les patients agissaient sur la base de modèles qui leur imposaient leur comportement. Ainsi que les patients qui avaient modifié leurs pensées et agissaient contre les attentes des autres.

Dans ce cas, il apparaît un organisme qui a pris conscience de ses propres besoins physiologiques. Grâce à cette particularité unique - la prise de conscience - les pensées se sont mises à contrôler l'organisme, né de toutes les connaissances constitutives et qui s'est avéré capable, avec une certaine aide, d'intégrer les particularités du système nerveux.

Les facteurs qui modifient les pensées :

L'innéité, l'empreinte génétique :
La forme et le tonus des muscles.
La construction de la structure cérébrale.
La rapidité de la fonction métabolique.
Le phénomène psychologique.
Le besoin de perfectionnement.
L'imagination.

Grâce aux observations, les conditionnements se sont avérés importants pour modifier les pensées.

Loin des façades, du « devoir », du plaire aux autres, de la conformité aux attentes.

Comprendre la gestion de sa vie et de son comportement, l'impulsion en direction des difficultés de la vie, en faveur de la sincérité de l'expérience, de l'acceptation des autres, de la foi en son « moi ».

Sur la base des conclusions scientifiques, on sait que le cerveau a besoin d'environ deux semaines pour reproduire une information nouvelle au niveau de l'organisme. Le modèle en cours d'évolution et représenté par un mot déterminé constitue avant tout un nouveau stimulus nerveux.

Les nouveaux stimuli n'aboutissent pas immédiatement à l'apparition de nouveaux liens dans les cellules initiales. Dans un premier temps, il y a modification de la qualité de la réaction chimique de la cellule nerveuse qui a été touchée par le nouveau stimulus. Ces modifications dans la rapidité de réaction et la quantité de substances sont à l'origine du fait que les cellules nerveuses, au niveau des contacts extérieurs, c'est-à-dire en interagissant avec leur système nerveux, se comportent d'une manière nouvelle ; elles modifient également le caractère de la sélection du neuromédiateur et forment de nouvelles connexions. Ces nouvelles impulsions aboutissent, par la suite, à la formation, la stabilisation de nouvelles voies nerveuses. Ce processus qui se déroule au niveau neuro-organique, dure au moins deux semaines. Chaque perception par les organes des sens laisse une trace dans notre système nerveux ce qui constitue un facteur de modification de la pensée.

L'évaluation réelle, tout processus par lequel l'organisme délimite systématiquement le cadre de son comportement que lui impose l'entourage, peut également constituer un facteur de modification de la pensée. L'évaluation réelle, l'ensemble des actes perceptifs, cognitifs et sensori-moteurs permettent de déterminer le lien que l'individu établit avec l'environnement extérieur, physique et social. Grâce à la modification de la pensée, l'individu peut modifier les événements et les processus.

Dans le cadre de nos travaux de recherches scientifiques, nous avons utilisé la méthode « des mots magiques » qui a permis de modifier la pensée, de charger le mot d'une force magique à des fins spécifiques. Par exemple, le mot devient le signe avant-coureur d'un futur positif, mais pas du passé :

La tête reste claire.

On ressent de la confiance en soi.

On se débarrasse de la douleur, il se produit une relaxation.

Il y a restauration d'un bon état général.

Le mot active dans le cerveau le programme positif souhaité.

Cette méthode reposait sur l'utilisation du travail du cerveau du patient à des fins délibérées, travail directement adressé au système nerveux.

Le cerveau est un organe dans lequel « sont enregistrés » tous les mots de la langue. Il codifie d'une manière fiable toute expérience corporelle et spirituelle obtenue par l'intermédiaire de la parole. Ainsi, un mot prononcé à haute voix ou intérieurement constitue une formulation des pensées, la résurrection encore et encore des vives émotions du passé, dotées de l'intensité antérieure des émotions et des réactions corporelles.

Lorsque les patients racontaient leurs problèmes, soucis et situations de leur vie, nous avons observé qu'ils choisissaient sans cesse des notions précises, des mots clés, des expressions et cernaient ainsi tel ou tel autre problème. Nous avons proposé de réfléchir à la question suivante : « veulent-ils entendre ce mot » ou « cela vous coûte-t-il d'entendre ce mot ?». Quel flux de pensées a assailli le patient…

Le mot active dans le cerveau un programme modulaire complexe qui comporte les impulsions correspondantes pour la création d'un état physique et mental déterminé. À cause d'un mot, on peut se sentir mal ; un mot peut être la cause d'une surexcitation ou d'une faiblesse, d'une mauvaise humeur. Les sentiments désagréables suscitent des réactions désagréables de l'organisme qui sont indissociablement liés au programme modulaire initié par les mots et les pensées.

La peur suscitée par un problème exerce une profonde influence sur les vives émotions. Mais sur un simple mot prédit et présenté par le cerveau, le corps répond par une faible résistance.

Un mot spécifique en termes de propriétés peut symboliser sa signification. Conformément à ce principe, l'image ouvre la voie à travers le cerveau à des cellules nerveuses particulières qui intègrent « les réactions correspondantes » de l'organisme et les sentiments. Le mot fait simultanément partie intégrante et est « le déclencheur » du programme modulaire déterminé.

Bien que cela semble paradoxal, les personnes qui ont un « moi » fort, pensent extraordinairement peu à elle-même. Leur conscience stable leur procure une confiance tranquille dans le fait qu'elles n'ont pas particulièrement besoin de se préoccuper d'elles-mêmes, puisque tout est en ordre dans leur passé. L'estime de soi est bien entendu de courte durée puisque dès que les circonstances extérieures changent, l'incertitude revient.

Le renforcement de son « Moi » permet d'acquérir un équilibre spirituel ainsi que la tranquillité.

La notion de « Moi » revêt sur le plan émotionnel la même valeur positive que le mot.

Le conditionnement social - l'attitude – implique une aptitude. Ce conditionnement social nous a bien servi dans l'étude des facteurs qui modifient les pensées. L'attitude a joué un rôle explicatif concernant l'orientation émotionnelle interne qui nous a permis d'expliquer certaines actions des patients. Pour cela, plusieurs composantes ont du s'exécuter :

Composantes de cognition :

Elles nous ont permis de découvrir : les convictions, les opinions qu'avaient les patients.

Composantes émotionnelles :

La tonalité émotionnelle, les sentiments

Composantes évaluatives :

Les jugements positifs et négatifs

Cognitives ou comportementales :

Nous avons pu déterminer la prédisposition à l'action.

L'aspect cognitif de l'expérience commence à agir émotionnellement en modifiant les processus de perfection.

Le processus de modification peut être facilement évité au moyen de l'amoindrissement ou du refus des interactions dans lesquelles l'individu s'accepte complètement tel qu'il est.

La phase de fonctionnement cognitif, qui commence dès la naissance et se poursuit jusqu'à l'âge adulte, bénéficiait d'une permanence des objets et marquait le début de la pensée symbolique.

L’étude des sensations s'est avérée importante pour les facteurs de modification de la pensée.

Les sensations perçues par les récepteurs situés dans les organes internes,

Les sensations au niveau de la distension, la contraction, du changement de températures et des différentes substances chimiques.

Dans le cadre des recherches, nous avons accordé une attention particulière à la rigidité, c’est-à-dire aux difficultés rencontrés face à la nécessité de changer l'activité des patients.

Pour ce faire, nous avons proposé d’utiliser la défense psychologique qui a offert aux patients la possibilité de modifier les pensées en faveur d'une stabilisation de la personnalité, organisée autour d’un « garde-fou » de la conscience contre les vives émotions négatives traumatisant les patients.

Un modèle « de comportement défensif » pour assurer une protection contre la connaissance de ce qui suscite l’angoisse.

En étudiant le « comportement » défensif, nous sommes parvenus à la conclusion que : il s’agit d’un modèle d’action ou même d’un système de réflexion ou de sensation au moyen desquels on ignore, ou par le biais de la modification de la pensée, on évite la sensation d'inquiétude ou de menace.

Nous avons identifié le fait que le « comportement » était le signe masqué d'un processus psychique que les patients considéraient comme un mécanisme particulièrement défensif.

Les actions provoquées par une motivation inconsciente sont inconsciemment assimilées et développées pour protéger le « Moi » ou le « Lui » des désagréments de nature diverse.

Les facteurs qui modifient la pensée sont la musique fonctionnelle que nous avons utilisée dans le travail correctif. Dans les actions, les pensées et les sentiments, il existe inévitablement un rythme naturellement « constitutif ». Lorsque les différents rythmes des vibrations de l'organisme correspondent de manière harmonieuse les uns avec les autres, la personnalité est capable d’agir comme un tout intègre. Cette intégrité renforce la puissance de la personnalité. Si les rythmes du corps et de l’esprit ne sont plus synchronisés, la coordination du système de l’organisme se détruit et ses fonctions deviennent inefficaces.

À partir des observations, nous sommes parvenus à la conclusion que les rythmes musicaux sont capables, d'une manière déterminée, d'intégrer les vibrations des systèmes de l'organisme et de les renforcer au moyen de la résonnance.

Ainsi, l'interaction musicale consiste en une modification des états de l'individu, et dans certains cas, nous avons observé la guérison de maladies liées à des perturbations relevant du domaine psycho-émotionnel.

Les émotions positives lorsque l'on écoute de la musique sont le produit d'une activité complexe du psychisme, suite à laquelle des affects désagréables et parfois pénibles sont soumis à une certaine décharge, à une destruction et transformés en émotions contraires.

En termes de compréhension physique, la couleur et le son ne sont que des ondes d'énergies de longueurs différentes. À l'instar de la musique, la couleur est également un facteur de modifications des pensées.

La couleur agit sur les pensées et les sentiments, stimule l'imagination, accroît l'énergie vitale. C'est pourquoi nous avons utilisé le test de Lüscher.
La profondeur, les tons, la saturation des couleurs sont capables d'exercer une profonde influence sur le psychisme de l'individu.
Pour modifier les pensées en période d'anxiété, nous avons utilisé les exemples d'éducation rationnelle ou de psychothérapie usuelle. Tout cela nous a permis de garantir la capacité des patients à renforcer leur contrôle sur l'état d'anxiété, à apprendre à maîtriser avec succès la situation. Pour ce faire, nous avons fait des recommandations conformément au style individuel de personnalité du patient :
- Sphère motivationnelle
- Particularités émotionnelles
- Style cognitif
- Propriétés communicatives.

Nous avons utilisé la motivation comme une force stimulante, reposant à la base des ambitions et des actions du patient. La sphère émotionnelle nous a aidés à garantir l'intensité et l'orientation de l'activité des patients.

À travers les observations scientifiques, nous avons constaté que chez les personnes dotées d'importantes « réserves » hyper asthéniques, ce qui prédominait, c'était la détermination à réussir, à s'auto réaliser et à satisfaire des besoins égoïstes.

Chez les personnes dotées de faibles « réserves » hyper-asthéniques, ce qui prédominait, c'était la motivation à éviter l'échec, les conflits avec l'entourage. Les tendances égoïstes étaient largement contenues ; on a pu observer des conditionnements

consistant à répondre aux attentes de l'entourage social, ce qui revêtait une grande importance pour la modification des pensées.

Chez les sujets émotifs, anxieux et extravertis, ce qui prévalait, c'est une motivation orientée en faveur d'un engagement émotionnel, en faveur de l'auto-dégénérescence.

Chez les patients à stature rigide, la motivation était axée sur la défense de leurs propres opinions et la protection des intérêts socio-économiques. La motivation est liée à l'apprentissage et détermine les objectifs des formes intellectuelles du comportement.

4 HYPOTHÈSE

Un certain nombre de chercheurs soulignent le fait que grâce à la bonne organisation des pensées, l'homme peut construire et préserver sa santé. (V.D. Topolianskiy 1986, D.N. Issaev 1996). Compte tenu du rôle des processus de la pensée dans la vie de l'être humain et un grand nombre de recherches qui confirment de façon indirecte l'influence de la pensée sur la formation de la maladie, nous pouvons supposer que la pensée est l'architecte de la santé.

C'est cette conclusion qui a servi de base dans la formulation de l'hypothèse expérimentale :

L'état de la santé est principalement influencé par la bonne organisation des pensées, celle-ci rassurante la formation des orientations socio-psychologiques qui déterminent l'attitude de la personne envers sa santé, et qui aide à comprendre l'importance des pensées qui apparaissent et leur lien avec le déclanchement et le cours de la maladie.

Le but de ce travail est la recherche et la systématisation des faits scientifiques, qui confirment l'hypothèse que nous avons émise et suppose l'étude de la naissance et la formation des pensées, leurs particularités d'influence sur la santé et aussi l'élaboration au moyen des théories contemporaines des mesures de correction qui aident dans la lutte contre les maladies.

Dans la partie théorique :

Nous avons analysé la littérature scientifique qui porte sur les processus de la pensée dans le cadre de la construction de la santé. Nous avons trouvé dans ces ouvrages que l'activité psychique est un produit de l'activité cérébrale. Le cerveau de

l'homme dirige toutes les fonctions, le travail des organes, l'activité musculaire, le psychisme. L'activité psychique peut renforcer ou affaiblir le système immunitaire, les fonctions de défense de l'organisme et aussi déterminer les émotions de l'homme, ses actes, ses intentions et son comportement.

Nous avons examiné dans les travaux d'E.Berne, M. Yarochevskiy et de beaucoup d'autres les aspects psychiques des maladies et la force de la pensée dans la lutte contre les maladies.

En se basant sur les points susmentionnés, et les ouvrages étudiés, nous avons formulé notre l'hypothèse sur la possibilité de former et de gérer ses pensées dans le but de construire et de préserver sa santé.

Nous avons choisi pour notre analyse des employés des chemins de fer. Nous nous sommes fixés l'objectif dans les chapitres suivants : déterminer de quelle manière la personne construit ses pensées, définit, structure et interprète son expérience, détermine son humeur. Nous avons eu pour but d'examiner le rapport de nos sujets à leur propre santé et également quelles pensées naissaient chez nos sujets par rapport à leur santé professionnelle.

Les études et les travaux correctifs ont été menés au moyen du système psycho diagnostique universel SPD dans le laboratoire psychophysiologique.

L'objet de cette recherche est la relation de l'individu à sa santé et à la formation de ses pensées.

Afin de réaliser nos objectifs fixés, les dimensions suivantes ont été explorées :

essentielles qualités professionnelles
disposition aux actions extrêmes
détournement de l'attention
stabilité émotionnelle
résistance au stress

Nous avons utilisé les méthodes suivantes :

Test de Leray
Test d'Eisen
Test de Lüscher
Test psycho-géométrique
Test Locus de contrôle
Le questionnaire « Objectifs et valeurs de la vie »
Du questionnaire sur l'attitude envers la sante

5 CHAPITRE IV
Méthodologie

Afin de tester notre hypothèse nous avons procédé à une étude comparative. L'étude est en partie transversale et en partie longitudinale : l'ensemble des sujets ont été évalués à un moment donné, et un groupe a été évalué à nouveau à la fin d'un training.

5.1 Population

Le choix de la population étudiée a répondu à plusieurs critères. Nous avons fixé notre attention sur les hommes. La recherche a porté sur 227 employés de transport de chemin de fer, notamment sur les conducteurs de train et les aides-conducteurs. Les tranches d'âges se répartissent de la manière suivante :

23- 30 ans	72 personnes
30- 40 ans	105 personnes
40- 50 ans	30 personnes
50-55 ans	20 personnes

Les études ont été effectuées dans un cabinet de psycho-diagnostic, en service hospitalier. Elles consistaient en analyse des dossiers médicaux, observation, questionnaires, méthodes de méditation, exercices psychotechniques, exercices de relaxation. Des fiches individuelles étaient établies et tenues à jour. Nous avons employé les questionnaires et tests suivants :

Questionnaires : « Ta relation à la santé », « Buts et valeurs de la vie »,

Tests : test des couleurs de Lüscher, locus de contrôle, test d'Eysenck, test psycho-géométrique, test Leray.

5.2 Outils

Nous présentons brièvement ci-dessous la forme des différents tests qui nous ont permis de définir le profil de la population examinée.

5.2.1 Le test des couleurs de Lüscher (1948)

Max Lüscher est un psychologue suisse qui a exploré l'hypothèse d'une correspondance entre les couleurs et les caractéristiques de la personnalité. Il postulait que l'attirance pour les couleurs étant fondée sur des processus inconscients, le test montrerait comment la personne est en réalité, par opposition à comment elle pourrait être, s'imaginer ou comment elle voudrait être. Nous nous sommes servie de son test pour évaluer l'état psycho-physiologique de la personne, sa capacité à gérer le stress, son activité et ses compétences de communication.

Le test consiste à ordonner des cartons de couleur de la plus aimée à la moins aimée des couleurs. Il existe deux variantes de ce test, la complète et la courte. C'est la courte, proposant 8 couleurs, que nous avons utilisée. L'interprétation des couleurs est la suivante :

Bleu-foncé : sujet concentré sur ses propres problèmes internes, passif, sensible et dépendant des influences extérieures, s'attachant facilement ; son émotion est de tonalité calme.

Bleu-vert : élasticité de la volonté, rigidité, inertie, passivité, tendances défensives à la réserve, concentricité. Le sujet présente les aspects affectifs suivants ; persévérance, confiance en soi, opiniâtreté, respect de soi.

Rouge-orange : force de volonté orientée vers l'extérieur ; agressivité offensive, individus actifs, autonomes ; concurrent opérationnel, irritable et autoritaire.

Jaune : expansivité non contenue, émancipation.

Violet : personne aux désirs irréalistes, irresponsable, physiologiquement instable.

Marron : fondement sensuel, sentiment de perte des racines, de perte du foyer domestique ainsi qu'un rejet du besoin de détente et de satisfaction.

Noir : sentiment de révolte contre l'état des choses existant, tendance à agir de manière inconsidérée et imprudente.

Gris : personnalité détachée, dissociée / libre des obligations : capable de se protéger des causes et des influences extérieures.

5.2.2 Le Locus de contrôle

Ce concept qui, en psychologie, caractérise la tendance d'une personne à attribuer sa réussite ou son échec à des facteurs internes ou externes, a été introduit par le psychologue social américain Julian Rotter en 1954. La tendance à attribuer les résultats de l'activité à des facteurs externes (le locus de contrôle externe) est dénommée « Externalité » ; la tendance à attribuer les résultats de l'activité à des

facteurs internes (le locus de contrôle interne) est appelée « Internalité ». Pour déterminer le locus de contrôle des personnes examinées nous avons utilisé le questionnaire de Rotter « NCS » – à savoir le niveau de contrôle subjectif. Cet outil nous a permis d'évaluer le niveau de responsabilité personnelle des individus testés dans la réalisation de leurs objectifs concrets, le niveau de la perception de leur responsabilité des événements et leurs conséquences. Il est basé sur la différence entre les deux locus de contrôle, interne et externe.

Dans nos études utilisant les NCS, nous avons proposé 44 affirmations concernant les différents aspects de la vie et l'attitude envers elles. Chacune des personnes examinées a évalué son accord ou son désaccord avec les affirmations.

Les résultats sont exprimés sous forme de sept sous-échelles :

Échelle de l'internalité principale
Échelle de l'internalité dans le domaine de la réussite
Echelle de l'internalité dans le domaine de la malchance
Echelle de l'internalité dans les relations familiales
Échelle de l'internalité dans le domaine des relations professionnelles
Echelle de l'internalité dans le domaine des relations interpersonnelles
Echelle de l'internalité à l'égard de la santé et de la maladie.

5.2.3 Pour étudier les caractéristiques psychologiques des personnes examinées, nous avons utilisé la méthode du Test "Figures géométriques."

Le test Psycho-géométrique (1978) a été créé aux États-Unis, par Susan Dellinger, un expert dans la formation socio-psychologique du personnel d'encadrement. La psycho-géométrie est un système unique et pratique d'analyse de la personnalité, qui permet d'identifier instantanément le type de personnalité, de donner une description détaillée des qualités personnelles et les particularités de comportements des personnes examinées, d'établir le script de comportement de chaque forme de personnalité.

Le test est constitué de cinq figures : Carré, triangle, rectangle, cercle, zigzag.

Les personnes examinées sont invitées à choisir une forme qui les a attirées en premier, puis à classer les quatre autres figures par ordre de préférence. La figure placée en premier lieu, c'est la forme principale ou la forme subjective. Elle nous a donné la possibilité d'identifier les principaux traits de caractère dominants et les particularités de comportement. L'interprétation des formes géométriques est la suivante :

Carré : un travailleur infatigable, tenace, patient, l'analyse intellectuelle – point fort du carré, c'est la propreté, l'ordre, le respect des règles.

Triangle : symbolise le leadership, la capacité de se concentrer sur l'objectif principal. Ce sont des gens énergiques, exubérants, de fortes personnalités qui se fixent des objectifs clairs et habituellement les atteignent. Confiants en eux-mêmes, ils admettent avec beaucoup de difficultés leurs erreurs. Leur défaut est un fort égocentrisme, l'orientation vers soi-même.

Rectangle : ce sont des gens insatisfaits de leur train de vie et qui sont donc à la recherche d'une meilleure situation. L'état psychologique principal du rectangle est plus ou moins l'état conscient de confusion, l'embrouillement dans les problèmes et l'indétermination à leur égard à un moment donné. Ils sont caractérisés par l'incohérence, des changements brutaux et imprévisibles de comportement.

Cercle : la plus bienveillante des cinq formes. Ces gens sont très sensibles, empathiques, capables de compassion. Ils essayent de maintenir la paix et pour cela ils évitent parfois de prendre une position ferme et d'adopter des solutions impopulaires. Ils ne sont pas déterminés, mais fermes. Les principales caractéristiques du style de leur pensée sont l'orientation sur les facteurs subjectifs, la détermination des valeurs convoquées par les problèmes, les estimations, les sentiments.

Zigzag : symbolise la créativité, la création. La pensée du Zigzag fait des sauts désespérés. Le style de pensée dominant du Zigzag est le plus souvent le style synthétique. C'est le plus enthousiaste, le plus excitable des cinq figures. Propagateurs infatigables de leurs idées, ils sont capables de motiver tout le monde autour d'eux. Ils ne sont pas réservés et, au contraire, très expressifs.

5.2.4 Le questionnaire « objectifs et valeurs de la vie » (Petrovskya A.V.,1981)

Le questionnaire comprend 18 rubriques. Pour chacune d'entre elles la personne examinée doit indiquer quel est, de son point de vue, l'objectif le plus important. Ensuite, elle doit évaluer à quel point chacun des objectifs proposés a déjà été réalisé dans sa vie et le marquer par un chiffre en pourcentage. Les 18 rubriques sont les suivantes :

La vie active
La sagesse de la vie
La santé
Un travail intéressant
La beauté de la nature et de l'art

L’amour
La vie aisée et prospère
La présence de bons amis fidèles
La reconnaissance publique
La connaissance
La vie productive
Le développement
Les divertissements
La liberté
La vie de famille heureuse
Le bonheur des autres
La création
La confiance en soi

5.2.5 Le test de Timothy Leray, psychologue américain (1954)

La méthode consiste à révéler l’algorithme dominant de l'attitude envers les autres, ainsi que dans la définition du jugement de soi-même et de l’appréciation mutuelle. Selon T. Leray, ce sont ces deux facteurs qui définissent les orientations sociales. Ce test permet de comprendre le problème de la compatibilité psychologique de la personnalité en petits groupes. Et à identifier les zones de conflit de la personnalité dans le processus de communication. Le test est basé sur l'identification du type dominant de relations, déterminé par les échelles Dominance/Obéissance et Bienveillance/Hostilité.

Ce questionnaire contient 128 appréciations. La méthode est construite de telle manière que les appréciations sont axées sur l’éclaircissement de différents types de relations. Les appréciations ne sont pas disposées les unes après les autres, mais de façon particulière : regroupées par 4, elles se répètent après un nombre égal de définitions.

5.2.6 La méthode du « Questionnaire sur l’attitude envers la santé » : D. N. Savalichina (1991)

Le questionnaire sur l’attitude envers la santé nous fournit la possibilité de caractériser les qualités psychologiques dominantes et l’orientation de nos sujets, de déterminer le degré d’impact qu’ont les attitudes sociales basiques envers la santé sur la longévité professionnelle, et d’élargir le cercle des tâches visant le rétablissement de la

santé, l'importance de la pensée de santé et l'apprentissage d'une maîtrise des pensées de santé. Les questions permettent d'investiguer :

Les liens entre l'état psychosomatique et les maladies (t. 35)
Les réactions émotionnelles (t. 43, « éviter le conflit »)
L'état somatique (t. 35)
Les valeurs des sujets (t. 43, « prestige »)
Les orientations d'importance vitale (t. 43 « cognition »)
Les valeurs spirituelles et morales (t. 43, « utilitaires »)
Les buts clairs dans la vie (t. 43, « réalisation »)
L'absence de mauvais pressentiment (t. 36, l'angoisse, la peur)
La correspondance entre le modèle du reflet de la réalité et la réaction à ces modèles (t. 43, « cognition »)
La correspondance entre l'âge, le niveau de maturité et la sphère émotionnelle volontaire et cognitive (t. 43)
La réussite des contacts sociaux (t. 43)
La capacité de se fixer des buts précis à long terme et de les atteindre (t. 43 « réalisation »)

5.2.7 Le test d'Eysenck (1964)

Le test du psychologue britannique H. Eysenck est le plus répandu à ce jour dans certains pays pour évaluer les principales particularités de la personnalité. Il mesure trois dimensions : l'extraversion, l'introversion et la stabilité ou instabilité émotionnelles (neurotisme). Vingt-quatre des cinquante-sept questions permettent de déterminer la dominance extraversion/introversion.

Les extravertis conformément à l'organisation de leurs processus nerveux, ont besoin de la stimulation permanente du monde extérieur. Le penchant pour les nouvelles sensations leur est propre ; ils ont besoin de compagnie, leurs comportement est décontracté, ils sont sociables et impulsifs, parfois même agressifs. Leurs sentiments et leurs émotions ne sont pas toujours contrôlables.

Les introvertis sont tournés vers l'intérieur. Ils n'ont pas besoin de stimulants extérieurs significatifs et cette propriété forme leur spécificité de comportement. Ils sont peu sociables, évitent la compagnie, sont lents, planifient sérieusement leurs actes et actions, contrôlent assez bien leurs émotions.

De fait, il n'existe pratiquement pas de purs extravertis ni de purs introvertis, l'écart de position peut être plus proche d'une zone ou de l'autre. Les autres (vingt-

quatre) questions révèlent l'instabilité vs stabilité émotionnelles. Les neuf questions restantes permettent d'évaluer à quel point la réponse était sincère.

5.3 Procédures

Les examens ont été réalisés dans un centre psycho-diagnostic composé d'un cabinet de relaxation, d'un cabinet de diagnostic psychologique et d'un cabinet de psychologue. Ces entretiens ont été menés par l'auteur et un médecin. Tous les participants à cette étude avaient donné leur accord au préalable. Chaque personne examinée a été analysée selon la même batterie de tests.

Un premier temps a été consacré à l'explication des méthodes utilisées, des objectifs de la recherche. Chaque examen durait entre deux heures et deux heures et demie, et comprenait trois parties. La première était une étude psycho-professionnelle. La deuxième comportait les tests et questionnaires. La troisième partie consistait en une intervention psychologique de forme éducative. C'est dans la troisième partie que la plus grande attention était portée à la formation de la pensée axée sur la santé. Les membres des familles ont été examinés à part, en fonction de leurs problèmes existants. Ils avaient également pris connaissance du déroulement de l'examen et avaient donné leur accord.

Nous présenterons d'abord la description psychologique initiale de l'ensemble des participants pour nous centrer ensuite sur les résultats avant / après training d'un groupe de 50 personnes.

6 CHAPITRE V
RESULTATS
Partie 1 : Profil psychosomatique et psychologique des 227 participants

6.1 « Questionnaire sur l'attitude envers la santé »

Répartition des plaintes somatiques dans la population (227).

Tableau 28. Répartition des plaintes somatiques

Perturbation du système cardio-vasculaire	56	personnes
De troubles uro-génitaux	12	personnes
De troubles respiratoires	66	personnes
De problèmes au niveau du système digestif	21	personnes
Des problèmes du système musculaire et moteur	55	personnes
Des troubles du système endocrinien	17	personnes

Les caractéristiques personnelles ont une influence significative sur les processus de sélection et d'utilisation de stratégie de maitrise de soi, par conséquent elles influencent le maintien de la santé. Notre observation et l'examen médical permettent de découvrir un lien très étroit entre l'état psychique et les maladies, montrant que les extravertis sont moins atteints par des maladies chroniques tandis que les introvertis en constituent un terrain beaucoup plus favorable. Ce résultat justifie un conseil individualisé des sujets afin de créer chez eux des pensées positives permettant de conserver la santé et prolonger longévité professionnelle.

En se basant sur « Les règlements principaux de la sélection professionnelle des employés des transports ferroviaires », nous avons retenu les qualités professionnelles les plus importantes des employés. Les résultats de cet examen complexe témoignent de ce que les importantes qualités prises en compte en matière de recrutement professionnel sont :

Le fait d'être prêt à agir immédiatement
La résistance au stress
Le volume d'attention

L'examen de cinquante personnes a produit des résultats qui nous ont aidées à découvrir un lien étroit entre l'état psychosomatique et les maladies et permis de révéler et généraliser la conformité de l'état de santé et de l'état fonctionnel de certains organes et systèmes.

Tableau 29. Le lien entre l'état psychique et l'état de santé

Etat psychique	Etat de santé	N
Augmentation tension	angoisse, peur, troubles du sommeil	18
Intensité des sautes d'humeur	troubles uro-génitaux, troubles de la respiration	9
Symptômes somatiques, dépression, stress	troubles gastro-intestinaux, problèmes du système musculaire et moteur	23

Nous avons réussi à partir de nos résultats à révéler la dynamique des orientations socio-psychologiques régissant la relation à la santé et la longévité professionnelle sous l'influence des mesures de training. Le schéma suivant, qui représente le contenu essentiel de ce qui concerne la santé, résume le résultat de nos recherches.

Tableau 30. Le schéma du contenu principal de la santé

FONCTIONNELLE	PSYCHIQUE	PROFESSIONNELLE
Héréditaire	Absence de perturbations psychiques manifestes	Longévité professionnelle
Particularités liées à l'âge	État des savoirs de la perception du monde environnant	Pathologie professionnelle
Troubles fonctionnels	Établissement de contacts sociaux	Fatigue chronique
Instabilité émotionnelle végétative		Surmenage
Dystonie neurovégétative		

6.2 Le test des couleurs

(On se reportera aux significations données supra quant à l'interprétation donnée des préférences pour les couleurs.)

Tableau 31. Résultats du test de Lüscher

Bleu foncé	Bleu-vert	Rouge-orange	Jaune	Violet	Marron	Noir	Gris	N

56	41	34	32	21	18	16	9	=227

6.3 Locus de contrôle

Une certaine partie des sujets, dans la majorité des situations rencontrées, ne se considéraient pas responsables ni d'eux-mêmes, ni de leurs actes, ni de leurs actions. Dans ce cas, nous avons eu affaire au locus externe. Nos recherches montrent que le jugement de la personne porté sur elle-même de dépend de son type du contrôle subjectif : nos sujets ayant un bas niveau général du contrôle subjectif (externes) se caractérisent comme des égoïstes, dépendants, indécis, injustes, agités, agressifs, irrités. Mais du fait qu'ils ont un haut niveau du contrôle subjectif (internes), ils se considèrent comme des gens bons, gentils, indépendants, décisifs, justes, amicaux, honnêtes, autonomes, imperturbables.

Tableau 32. Locus externe/interne

Externe	Interne	N
186 (79+107)	41 (20+21)	=227

On infère des réponses au questionnaire que :

79 sujets, au locus de contrôle externe prédominant, réagissent, la plupart du temps, à des situations imprévues avec peur et prudence.

107 personnes au locus externe moins développé s'accommodent à la situation en s'alignant sur le groupe et en tentant de satisfaire des besoins qui sont loin d'être les leurs.

20 sujets au locus interne plus développé ont pris cette situation de manière plus appropriée, souvent avec humour.

Les sujets au locus externe se référaient au passé. Les sujets au locus interne se référaient au futur. D'après les résultats des observations réalisées sur les sujets dans leur comportement en société, il apparaît que :

21 patients au locus de contrôle interne apprécient la situation avec plus de sang-froid, ne craignant pas d'exprimer leur point de vue et obtiennent souvent des résultats. Les sujets au locus interne sont attentifs au milieu environnant et à l'information. Ils agissent de l'extérieur et, grâce à cela, construisent plus justement leur comportement. Etant peu sensibles aux tentatives de pression exercées sur leur avis et sur leur comportement, ils sont capables de s'améliorer et d'améliorer leur cadre de vie.

6.4 Le test de Eysenck

Ces particularités de la structure de la personnalité sont génétiquement déterminées et leurs manifestations sont foncièrement individuelles.

Tableau 33. Mise en évidence de la résistance émotionnelle

Introversion	Extraversion	Neurotisme/Stabilité	N
71	89	47	=227

Interprétation :

71. Introversion : les sujets sont tournés vers l'intérieur, ils n'ont pas besoin de stimulus.
89. Extraversion : les sujets sont tournés vers l'extérieur, ils nécessitent toujours des stimulus du monde extérieur.
47. Neurotisme : stabilité /instabilité émotionnelles.

Du bilan de l'ensemble des observations peuvent être inférées l'orientation de l'individu vers le monde intérieur ainsi que la mise en évidence du niveau d'inquiétude (tension) de nos sujets, ce qui nous a permis de définir les méthodes de travail avec les sujets, car ces caractéristiques influent sur la conservation de la santé et l'accomplissement des obligations professionnelles.

6.5 Le test de Psycho- Géométrie

Tableau 34. Résultat au test de Psycho-géométrie

Carré	Triangle	Rectangle	Zigzag	Cercle	N
71	75	35	26	20	=227

Le Carré a été choisi par 71 sujets, choix qui les caractérise comme étant organisés, attentifs aux détails, travailleurs, dotés d'un esprit analytique, rationnels, persévérants, économes

Le Triangle a été choisi par 75 sujets, ce qui révèle leur caractère de leader absolu, leur détermination, leur capacité à se concentrer sur un objectif, leur ambition et leur dynamisme.

Le Rectangle a été choisi par 35 personnes, définissables comme étant curieux, sensibles, audacieux et non ambitieux.

Le Zigzag a été choisi par 26 personnes, ce qui révèle un caractère actif, créatif, une forme particulière de raisonnement, une bonne intuition, une aspiration à la nouveauté.

Le Cercle a été choisi par 20 sujets, caractérisables par conséquent par leur sens de l'harmonie, la stabilité, le goût des amis, la gentillesse, le désir de s'occuper d'autrui, la confiance, l'absence de conflictualité, la souplesse et la générosité.

6.6 « Buts et valeur de la vie »

Nous présentons ici les résultats du questionnaire concernant les buts et les valeurs de la vie. Les sujets sont priés de choisir l'objectif le plus important, et d'évaluer à quel point chaque objectif a déjà été réalisé dans sa vie, le marquant par un chiffre en pourcentage.

Tableau 35. Le choix de l'objectif significatif et des valeurs de la vie

Objectif	**N**	**%**
Une activité dans la vie	124	63
La santé	201	44
La beauté de la nature	109	70
La sagesse de la vie	168	37
Un travail intéressant	189	88
L'amour	156	59
Une vie aisée	171	60
La présence de bons amis	143	80
La reconnaissance sociale	185	61
La connaissance	180	87
Une vie productive	124	58
Le développement	168	76
Des loisirs	182	74
La liberté	200	62
Une vie de famille heureuse	187	73
Le bonheur des autres	159	75
La création en soi	184	58

6.7 Les résultats de la méthode du test de T. Leray

Les résultats montrent que les octants les plus hachurés correspondent au style prédominant de relation interpersonnelle d'un individu donné. Nos sujets manifestent quatre tendances importantes, selon deux facteurs principaux : (1) Dominance-Obéissance. (2) Bienveillance-Hostilité.

Tableau 36. Révélation de l'attitude envers l'entourage et définition de l'estime de soi et entre individus

1. Des leaders autoritaires, confiants en eux et avec des capacités organisationnelles	14
2. Indépendant et dominant	29
3. Sincère, intransigeant, agressif	20
4. Méfiant, sceptique	33
5. Timide, modeste	23
6. Dépendant, docile	21
7. Coopération, confidentiels	18
8. Responsable, magnanime	47

6.8 Description de la technique du training autogène, et résultats sur l'ensemble du groupe

La pensée jouit d'une grande énergie à travers l'autosuggestion. La méthode de l'autosuggestion, si elle s'accompagne de l'absorption ou de la création d'une nouvelle pensée, revêt une très grande importance. Pour étudier et gérer les résultats, nous avons établi une Carte des observations pour chaque sujet.

Carte observation
Nom_____
Prénom_____
Âge_____
Fonction_____
Date : Méthode de suggestion : Processus : Résultat

La méthode adoptée vise à changer le recours coutumier à des pensées passives et, à travers ces dernières, à des modes d'action qui dépendent de cette disposition de caractère, afin de neutraliser les pensées négatives et d'instaurer des représentations mentales nouvelles, constructives. Pour ce faire, nous avons suggéré à nos patients de constamment se répéter qu'ils avaient de nouvelles habitudes de processus de pensée visant à rétablir et conserver la santé jusqu'à ce que les sujets s'approprient ces habitudes comme s'il s'agissait de leurs propres pensées. La force de l'énergie se manifeste dans le moyen d'engloutir la pensée elle-même et, par la suite, ce moyen a consisté pour les sujets à se plonger dans un état absolument passif, mais fermement concentré sur la conviction qu'il existait une nouvelle habitude de pensée, ce à quoi l'on parvient grâce à l'énergie psychique et mentale et à l'élimination de pensées annexes.

Pour ce faire, il a été suggéré à 143 sujets de concentrer fermement, calmement et obstinément leur pensée uniquement sur un mot, une qualité ou bien un objet qu'ils avaient envie d'avoir.

Tableau 37. 14 niveaux de passage de la force d'énergie de la pensée

1. début de la pensée
2. transformer la pensée dans la conscience en mot, en objet ou en qualité
3. retenir la pensée, état de passivité complète
4. se concentrer fermement sur la pensée qu'il existe une nouvelle activité de pensée
5. se livrer à la pensée entièrement
6. affirmer « Je suis capable de le faire »
7. faire revenir la pensée à chaque fois qu'elle s'écarte
8. penser à la patience
9. affirmer « Je suis capable de le faire »
10. avec la pensée sur la patience commence à apparaitre en parallèle une impulsion d'irritation
11. une manifestation extérieure de la patience arrête l'irritation
12. l'impulsion d'irritation devient plus faible
13. l'irritation disparait entièrement, les pensées dérivatives sont supprimées
14. l'attitude de patience devient une norme, des pensées positives sur la santé sont formées

Nous avons par la suite observé que, grâce au processus de passage de l'énergie de la pensée à travers l'autosuggestion de la nécessité d'avoir une bonne santé, les fonctions passives ont disparu chez 143 sujets. Du fait que, selon nous, la maitrise de la pensée peut dépendre de la position de son propre corps dans l'espace, il a été proposé aux sujets de réaliser les processus de pensées dans diverses positions :

- couché
- debout
- en effectuant des mouvements

Une carte individuelle a été établie pour chaque sujet et les données relatives aux résultats des observations ainsi que l'ensemble du processus qui se produisait y ont été enregistrés.

Tableau 38. Observation des changements de pensées lors de la modification de positions des corps

Parmi les 121 sujets :
22 personnes ont constaté une modification de la pensée en étant debout
54 sujets ont ressenti une modification de la pensée en étant couché
45 sujets ont ressenti une modification de la pensée en effectuant des mouvements.

Sensation de perception et travail de la pensée : les sujets qui ressentaient un équilibre psychique permanent et une quiétude sont parvenus à une certitude et ont obtenu une réaction adéquate. Résultats : les pensées orientées vers un but précis chez les sujets partaient de l'essentiel : « comment ils voulaient réagir intérieurement », « qu'est-ce que le corps doit faire avec cette maladie : capituler ou gagner » ? La santé et les systèmes de défense prenaient le dessus si les pensées étaient orientées vers un but précis et les réactions destinées à recouvrer la santé étaient d'une puissance renforcée.

7 Partie 2 : Comparaison avant et après pour un groupe de 50 personnes.

Nous allons maintenant présenter l'évolution d'un groupe de 50 personnes, en comparant leurs résultats avant et après le training. Il s'agit de 50 conducteurs, dont 25 sont expérimentés et 25 sont assistants.

Groupe 1 : 25 personnes conducteurs. Groupe 2 : 25 personnes assistants conducteurs

Le groupe 1 était composé de conducteurs avant une expérience du travail, issus de la catégorie professionnelle supérieure. Leur estime pour la santé et pour l'importance de la pensée est faible, d'autant plus pour la maitrise de la pensée visant à conserver la santé. Ils considèrent leur travail comme important et utile. Il n'a pas été constaté de lien entre santé, pensée et importance de la maitrise des pensées pour l'établissement d'une relation correcte à l'égard de la santé, ni d'ailleurs d'intérêt exprimé pour la connaissance des pensées de santé ; ils remplissaient bien leurs obligations et préféraient conserver à tout prix leur situation et éviter les conflits.

Le groupe 2 se composait de conducteurs. On y a diagnostiqué un autre type de relation à l'égard de la santé et des pensées de santé : la faible estime de la profession va de pair avec une faible estime de son importance et de l'état de santé. Cet échantillon se caractérise par une tendance élevée au conflit. La comparaison des résultats des deux mesures indiquées dans le tableau ci-dessus (tableau 43) montre que, suite au training auquel nous les avons soumis, les indicateurs favorables à la santé marquent une hausse – autrement dit, le niveau de l'orientation sociale en faveur de la conservation de la santé a augmenté.

Tableau 39. La relation des sujets à la santé

Groupe		Cognition	éviter le conflit	réalisation	prestige	utilitaires
1	Avant	61,05	72,8	63,97	66,01	68,35
	Après	74,54	77,7	69,73	69,02	70,05
2	Avant	56,47	49,87	65,78	58,48	44,89
	Après	60,7	57,47	73,89	60,09	45,67

Cognition le niveau des représentations positives de la santé augmenté :
groupe 1, on passe de 1 à 3
groupe 2, on passe de 0 à 4

Eviter le conflit sachant que le stress, l'angoisse et les sautes d'humeur sont corrélés aux troubles somatiques (cf. supra, tableau 36), la capacité à éviter les conflits est favorable au maintien de la santé. La hausse suivante a été constatée :
groupe 1, on passe de 0 à 5
groupe 2, on passe de 0 à 8

Réalisation la volonté de réaliser, de mettre en œuvre, le succès dans cette entreprise connaît également une augmentation :
groupe 1, on passe de 0 à 6
groupe, on passe de 0 à 8

Prestige croissance de l'autorité, de la capacité de séduction :
groupe 1, on passe de 0 à 3
groupe 2, on passe de 0 à 2

Utilitaires attitude relativement à ce qui apporte une utilité ou un avantage
groupe 1, on passe de 0 à 2
groupe 2, on passe de 0 à 1

Tableau 40. Tableau comparatif des choix du groupe des sujets des deux professions

Légende du tableau 40

Lüscher	Locus	Eysenck	Géom	Santé
bleu-foncé 1	E-externe	E- Extra	Le Carré A	de cognition 1
bleu-vert 2	I-interne	N-Neuroticisme	Le Triangle B	éviter le conflit 2
rouge-orange 3		I- intérieur	Le Rectangle C	réalisation 3
jaune 4			Le Zigzag D	prestige 4
violet 5			Le Cercle E	utilitaires 5
brun 6				
noir 7				
gris 8				

Buts : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
Leray : 1 2 3 4 5 6 7 8
N = 50 personnes : groupe 1 = conducteurs = 25 personnes groupe 2 = assistants conducteurs = 25 personnes

Groupe 1								
ID		**Lüscher**	**Locus**	**Eysenck**	**Géom.**	**Buts**	**Leray**	**Santé**
1	avant	2	E	E	A	5	1	5
	après	2	I	E	D	2	2	4
2	avant	3	E	E	C	11	7	4
	après	4	E	E	D	5	6	1
3	avant	4	I	N	D	4	7	5
	après	5	E	N	E	1	4	1
4	avant	8	E	N	D	5	8	3
	après	2	I	N	C	2	6	3
5	avant	7	I	N	A	9	6	4
	après	7	E	N	B	9	6	2
6	avant	6	I	E	B	10	7	2
	après	6	I	E	B	1	8	2
7	avant	3	E	E	A	7	7	2
	après	5	I	E	D	7	7	1
8	avant	7	E	E	D	5	6	1
	après	7	E	E	A	1	6	2
9	avant	3	E	N	A	4	7	3
	après	4	N	N	A	2	4	3
10	avant	2	E	E	A	7	2	2
	après	2	E	E	A	2	2	2
11	avant	7	I	N	D	8	8	4
	après	1	I	E	A	6	11	4
12	avant	5	I	N	C	7	8	2
	après	5	I	N	D	2	11	3
13	avant	3	E	N	D	15	7	4
	après	2	E	N	C	4	2	1
14	avant	3	E	N	A	7	7	2
	après	3	E	N	A	2	6	2
15	avant	5	E	N	D	8	4	4
	après	5	I	N	A	2	5	6
16	avant	3	I	E	C	5	7	3
	après	3	I	N	C	2	6	2
17	avant	5	I	N	A	2	6	2
	après	5	I	N	C	2	5	2
18	avant	3	I	E	D	2	8	2
	après	4	I	N	D	2	8	2
19	avant	8	I	N	B	7	2	1
	après	8	I	N	D	2	2	2
20	avant	6	E	E	D	15	6	3
	après	6	I	E	A	2	2	2
21	avant	3	E	E	C	11	4	3
	après	2	E	E	C	2	6	2
22	avant	5	E	N	C	10	8	1
	après	4	E	N	C	2	4	2
23	avant	3	E	N	C	2	7	2
	après	3	E	N	C	2	5	2
24	avant	1	I	E	D	11	5	2
	après	2	I	N	B	2	7	2
25	avant	4	I	E	B	4	8	2
	après	4	I	N	A	2	4	2

Groupe 2								
ID		**Lüscher**	**Locus**	**Eysenck**	**Géom.**	**Buts**	**Leray**	**Santé**
26	avant	3	E	N	A	7	6	3
	après	2	E	E	D	2	5	2
27	avant	1	I	N	A	7	1	1
	après	1	I	N	A	3	7	3
28	avant	8	E	N	D	7	6	4
	après	8	I	N	C	7	2	3
29	avant	7	I	N	A	12	4	1
	après	7	I	N	D	2	5	5
30	avant	6	I	N	A	15	2	3
	après	6	I	N	A	14	2	2
31	avant	3	E	E	B	7	4	3
	après	2	E	E	A	2	12	4
32	avant	7	I	N	C	7	4	5
	après	7	I	N	C	2	7	1
33	avant	6	I	E	E	9	5	4
	après	6	I	N	E	4	6	2
34	avant	2	E	E	E	11	6	3
	après	2	E	E	E	2	2	1
35	avant	7	I	N	E	4	5	2
	après	7	I	N	E	2	3	1
36	avant	5	E	N	B	8	2	2
	après	2	E	N	A	2	7	2
37	avant	1	I	E	A	1	6	4
	après	1	I	E	A	2	6	3
38	avant	2	I	N	B	2	8	2
	après	2	I	N	B	2	8	2
39	avant	1	I	N	A	4	4	1
	après	1	I	N	A	2	4	2
40	avant	1	E	E	A	14	7	1
	après	1	E	E	B	2	4	7
41	avant	1	I	N	D	10	6	1
	après	2	I	E	D	2	10	3
42	avant	2	I	E	A	7	7	5
	après	2	I	E	B	2	2	3
43	avant	3	E	E	C	7	2	4
	après	3	E	E	C	2	2	3
44	avant	6	A	D	A	4	5	1
	après	6	I	E	C	4	2	3
45	avant	7	E	E	B	5	8	1
	après	7	E	E	A	2	8	2
46	avant	2	C	A	A	7	6	1
	après	2	E	N	E	2	6	2
47	avant	7	E	D	A	4	5	3
	après	7	E	N	E	2	5	3
48	avant	5	I	N	E	15	7	2
	après	4	I	E	D	2	7	2
49	avant	2	I	N	B	5	5	6
	après	2	I	N	A	2	5	3
50	avant	1	E	E	C	5	6	5
	après	2	E	E	C	2	6	2

Tableau 41. Synthèse des résultats du tableau 40

N	TEST				
		Groupe 1		**Groupe 2**	
	Test/retest	Sans changement	Avec changement	Sans changement	Avec changement
50	Lüscher	14	11	20	5
50	Locus de contrôle	17	8	24	1
50	Eysenck	20	5	22	3
50	Psycho-Géométrique	9	16	17	8
50	« Buts de vie »	5	20	2	23
50	Leray	5	20	11	14
50	« Santé »	11	14	3	22

En guise de bilan général concernant le résultat des changements observés dans le groupe des 50 conducteurs : les indicateurs les plus stables, qui ont donc peu changé à la suite du training sont, par ordre décroissant,

le test d'Eysenck,
le locus de contrôle,
le test de Lüscher.

En revanche des modifications importantes sont observées dans les résultats aux questionnaires « buts de la vie », Leray et « attitudes envers la santé ».

Hypothèse d'interprétation : les tests d'Eysenck et de Lüscher sont des tests de personnalité, celle-ci se formant chez tout un chacun au cours du développement infantile. La personnalité étant une donnée fondamentale qui se fixe à l'adolescence, il est logique qu'elle ne se laisse pas aisément modifier. Le locus de contrôle quant à lui fait l'objet d'une controverse : est-il un trait stable de la personnalité, ou une réponse locale à une situation environnementale particulière ? Nos résultats vont dans le sens de la stabilité.

Evaluation des résultats : les modifications majeures observées à la suite de la passation des questionnaires témoignent de deux choses : d'une part que le training a eu une efficacité certaine, et d'autre part que les questionnaires mesurent bien les attitudes cognitives qui sont accessibles, et modifiables, par des techniques psychologiques appropriées.

8 CHAPITRE VI
Discussion

8.1 Pensée et action

La problématique de l'interaction de la pensée et de l'action fait l'objet de nombreux travaux de A. Andronikof, dont « Le passage à l'acte comme réalisation d'un scénario privé » en 2001. Ses conclusions constituent une synthèse de type constructif et définissent notamment des principes régis par des lois et des règles de formation de la pensée, de son développement, de son cours et de sa maîtrise.

PENSÉE - ACTION
Génétique - éducation – caractère – tempérament – instruction - culture
Conscience --- transformation ---- corps
Niveau mental -- pensées
Astral - sentiments, humeur
Physiologique - corps

Il existe des conditions qui favorisent la maîtrise de ses pensées, et qui concernent la position du corps et son milieu ambiant, d'une part, et une volonté de concentration d'autre part :

MAÎTRISE DES PENSÉES
Couché avec une musique de fond
Assis dans l'obscurité
Debout avec les yeux ouverts avec les yeux fermés
Souvenir de quelque chose de positif, de beau, de gentil, d'heureux, de constructif
Remplir --- l'esprit -------- l'âme ------ le corps
Mentalement mettre en avant ------- le bon ----- chasser -------- le mauvais

Les observations auxquelles nous avons procédé et telles que nous les avons interprétées, ainsi que de nos échanges avec les sujets confirment ces résultats, et nous permettent personnellement d'affirmer en outre que :

- la pensée détermine notre vie
- la pensée est notre discours intérieur (adressé à nous-même) et extérieur (définissant notre comportement dans le monde)
- la pensée est notre reflet (la représentation que nous avons et que nous donnons de nous-même)
- la pensée peut être une maladie (si les représentations de soi et d'autrui qu'elle véhicule sont erronées et/ou négatives)

la pensée est une forme universelle d'énergie (en tant qu'elle régit les comportements de tous les êtres et leurs interrelations)
la pensée n'est pas seulement de l'ordre du conceptuel : c'est une activité à but précis et un comportement.

Il est possible pour chacun d'agir sur le fonctionnement et le déroulement de sa pensée d'une part, ou de faire prendre conscience à chacun qu'il peut les modifier (et y aider) :

Apparition de la pensée --mouvement --mécanismes --activité de recherche --fonctions développement d'élimination défensives de la pensée de substitution.

Tableau 42. Les principaux facteurs exerçant une influence sur la formation des pensées

Facteurs de la vie courante, familiaux	183 personnes
Influence psychologique négative ou conséquence ininterrompue subie pendant plusieurs années ayant renforcé l'influence pathogène	166 personnes
Vulnérabilité psychologique favorisant la diminution ou l'exacerbation de la sensibilité des sujets au stress	128 personnes

Le facteur prédominant observé au sein du groupe témoin est que les représentations et les compréhensions individuelles du réel sont formées par le milieu social dans lequel prend place l'activité vitale du sujet et se définit la conformité de son « Moi » au milieu environnant. Dans tous les cas étudiés le jugement porté sur soi-même est soit élevé, soit diminué selon son environnement et l'idée qu'il s'en fait.

Tableau 43. Des modèles de convictions à l'égard de notre santé

1. Un potentiel complet chez une personne, sur le plan physique, implique la possibilité d'avoir un corps sain, dans lequel tous les organes et les systèmes primaires fonctionnent normalement en harmonie les uns avec les autres.
2. La santé mentale constitue le soutien de la santé psychique ce qui permet de vivre dans un corps sain.
3. L'utilisation de leur potentiel complet a permis aux sujets de
   - Penser
   - Parler
   - Agir
4. La pensée, la parole et l'action ont constitué des moyens permettant de révéler pour chaque sujet
   - Son état intérieur
   - Ses communications interindividuelles
   - La gymnastique éducative de son esprit

La résolution des problèmes psychologiques à travers le travail avec le corps, tels que les problèmes de personnalité, se reflètent dans le corps, sous la forme de crispations et de blocages, s'opère par des exercices mettant en jeu des mouvements naturels comme chez les enfants en bas âge, par exemple :

- « ancres » dans les endroits de crispations, de pincements
- gymnastique de l'esprit pour éliminer le stress, en faisant travailler les deux hémisphères du cerveau afin de rétablir la conductibilité des signaux entre le cerveau et les différentes parties du corps (la gymnastique de l'esprit, c'est la connaissance de sa perception, ses sensations concernant la position de son corps dans l'espace).

L'apparition de la pensée est favorisée par un processus complexe, un ensemble de facteurs parmi lesquels les plus importants sont les traits socio-psychologiques, selon la recherche conduite par A. Beschastnova (2010) –le tableau ci-dessous résume les apports de cette recherche pertinents à notre propos.

Tableau 43. Les traits socio-psychologiques et constitutionnels des sujets

<table>
<tr><td colspan="2">La motivation de départ</td><td colspan="1">La dominance d'un motif déterminé</td><td colspan="1">La motivation des forces significatives dépensées</td></tr>
<tr><td colspan="4">L'orientation sociale - L'orientation conceptuelle - L'orientation cible - L'orientation opérationnelle
La représentation préalable de la tâche</td></tr>
<tr><td>L'évaluation du sens</td><td>L'évaluation de la nécessité</td><td>La représentation de son propre but</td><td>La réalisation des actions imaginées,
le processus de la pensée</td></tr>
<tr><td>L'évaluation des conditions objectives d'accomplissement</td><td>L'évaluation de ses propres forces</td><td>L'image du résultat final, le moyen de réalisation,
l'enchainement des actions</td><td>La référence à l'expérience passée, aux connaissances</td></tr>
</table>

Tableau 44. Les particularités importantes de la pensée (Barker R., 1963)

L'interprétation La transformation des pensées	La réflexion L'investissement La sensation de l'impulsion des pensées Les aspects des rêves	Le processus de pensée L'extraction des pensées L'interruption des pensées La thérapie radio émotive Le modèle de la pensée

8.2 Aspects scientifique novateurs du thème de la présente thèse

L'apport scientifique de notre travail consiste dans le fait que nous avons développé la théorie sur la dépendance entre pensée et santé et contribué à démontrer la relation entre la maîtrise de la pensée pour construire et conserver la santé et cette

dernière. Nous avons innové en élaborant un moyen d'évaluation de la sélection psychologique, ce qui a permis d'obtenir de nouvelles caractéristiques.

Nous avons en outre démontré l'efficacité du savoir-faire en matière de gestion de la pensée, ce savoir-faire amenant à la modification considérable de la conception habituelle que l'on a de la pensée. Pratiquement, la valeur pratique de cette démonstration consiste en ce que ses résultats permettent :

- de garantir l'étude de la pensée, du savoir-faire en matière de sa maîtrise et de sa correction,
- d'augmenter l'efficacité du psycho-diagnostic et du recrutement professionnel,
- d'affiner les évaluations de l'état de santé psychique et physique,
- d'organiser la rééducation et la correction psychologique,
- de proposer des méthodes qui déterminent, précisent et permettent de clarifier l'état psycho-émotionnel, l'adaptation sociale, les différentes caractéristiques de la personnalité.

La valeur pratique et la nouveauté de notre étude sont confirmées par le fait que, sur la base des méthodes proposées, des modules sont élaborés qui permettent de modifier la relation du sujet à ses modes de pensée en ce qui concerne la santé.

Cette étude repose sur une approche complexe de la santé professionnelle : l'octroi d'un soutien émotionnel collectif et l'action psychologique orientée au moyen d'une rétroaction mise en place au sein du groupe agissent avant tout sur ce bloc émotionnel et affectif. Grâce à cela, il s'est produit une stabilisation et une correction positive de l'auto-jugement ; le respect de soi s'est amélioré et une transformation constructive du contenu de la rétroaction est possible. Par-là, les sujets ont reçu des informations concernant les réactions émotionnelles qui influent sur le comportement, sur l'état de la pensée, sur la mesure dans laquelle le comportement favorise la réalisation des buts et la conservation de la santé grâce à une pensée saine. Les modifications qui se produisaient chez les sujets ont été renforcées dans le groupe ; ce dernier a ressenti qu'il était capable de transformer de manière créative la situation problématique et de parvenir à un effet significatif, en utilisant une gamme plus large de stratégies de pensée et comportementales. L'action sur les composantes émotionnelles et intellectuelles de la perception sociale était assurée grâce au travail effectué, avec enregistrement vidéo, de diagnostic et d'auto-diagnostic des particularités de la personnalité des sujets, grâce à la rétroaction de la part du groupe et grâce au travail correctif du psychologue de « choc informationnel » (consistant en l'appropriation d'un important volume d'informations concernant la conservation de la santé) .

Les travaux ici soumis reposent donc sur un ensemble constitué de méthodes d’analyse de documents, d’observations, de sondages, d'entretiens à caractère psychologique, de méthodes psychologiques ainsi que de méthodes d’apprentissage actif, de trainings et d'exercices psychologiques.

9 CONCLUSIONS
SYNTHÈSE, APPLICATION PRATIQUE

La pratique de l'application des modules de training réalisée dans les laboratoires de prestation de services psychophysiologiques des transports ferroviaires constitue l'essentiel des conclusions de cette recherche de thèse. La technique de training élaborée fait partie intégrante d'un système unique de mesures psycho-correctives et de psycho-réhabilitation destinées à soutenir psychologiquement les travailleurs. Le personnel passe chaque année une visite professionnelle psychophysiologique, en fonction du résultat de laquelle les personnes aux aptitudes professionnelles réduites sont réparties dans un groupe appelé « groupe à risque ». La correction psychologique et la psycho-rééducation s'effectuent selon 5 axes :

- formation de pensées positives pour construire et conserver la santé
- formation de pensées en faveur d'une longévité professionnelle
- apprentissage de la maîtrise des pensées
- formation de savoir-faire de communication efficace
- formation de la résistance au stress

Nous avons élaboré des recommandations sur la base des résultats des recherches effectuées en matière d'assistance psychologique pratique.

1. Au moment de la naissance (ou de l'apparition) de la pensée, mettre en marche immédiatement des stimulateurs actifs complémentaires :

   une bonne musique
   un bon livre, un bon journal
   le visionnage des photographies préférées
   la lecture de belles lettres, de cartes postales, de vers

2. Lorsque l'on est seul, mettre plus souvent de l'ordre dans ses pensées
3. Se définir des exigences personnelles qui n'oppressent pas / n'oppriment pas mais au contraire réjouissent et créent un modèle de vie sain.
4. Effectuer des trainings concernant

   la relation à la vie
   la relation à l'égard de soi
   le sens de la vie.

Il se crée alors progressivement un cercle aux couleurs de l'arc-en-ciel qui plonge le sujet qui s'y trouve baigné dans un état de douce plénitude.

Selon nous, l'avantage des tests que nous avons choisis parmi d'autres tests de personnalité est qu'ils sont dépourvus de fondements culturels et ethniques et ne provoquent pas de réactions à caractère défensif. Il en va ainsi, par exemple, du test des couleurs de Lüscher : la vision des couleurs est liée à un niveau égal de perception de chaque couleur concrète, que ce soit à travers le prisme de l'expérience subjective indirecte, ou à travers la réaction du « vieux cerveau », c'est-à-dire la partie diencéphalique, qui est le chef d'orchestre de l'ensemble complexe des systèmes autonomes de l'organisme.

Le résultat est que, chez les sujets, le choix de la série de couleurs dépend de l'assortiment des caractéristiques constantes de la personnalité et de l'état actuel déterminé par la situation concrète. La méthodologie a permis de mettre en évidence un seuil de tolérance du dispositif d'évaluation visuel du sujet, et ce seuil, dans une large mesure, est déterminé par la prépondérance des tripot opes (aspiration à la tranquillité) et des ergo tropes (aspiration à l'activité).

Les données obtenues démontrent un lien entre les particularités constitutionnellement établies et le type de réaction face aux actions exercées par le milieu, un degré de soumission ou d'opposition à ces actions à l'aide des moyens de comportement dont dispose un individu donné – ce que reflètent les travaux de L.N. Sobtchik (1990) « Méthode de sélections des couleurs ».

À partir de ces résultats, nous avons observé le processus d'information entre le sujet et le monde extérieur, c'est-à-dire de quelle manière les sujets perçoivent, transforment et traitent les informations. Notre mission consistait à apprendre à nos sujets à corriger leur comportement, à organiser correctement leurs pensées. Nous sommes parvenue à la conclusion que les différences psychologiques entre les sujets et, d'une manière générale, entre les gens, tiennent aux différents moyens de perception, de transformation et de traitement de l'information. Sur la base des résultats issus de notre recherche, nous tirons les conclusions que :

Le lien précis mis en évidence entre les pensées, la santé et la faculté de maîtriser les pensées démontre que la santé peut se construire et se conserver.

Il existe une corrélation précise entre la qualification du travailleur, ses données psychophysiologiques et sa longévité professionnelle.

Outre le potentiel neuropsychique de l'individu, il existe le potentiel de sa personnalité qui peut construire correctement les pensées dans le but de conserver la santé parce que cette dernière est un gage de la capacité de travail qui garantit une issue à la crise. Par exemple, si vous vous sentez comme un « être incandescent », il faut élaborer une stratégie de survie, c'est-à-dire construire des pensées et les maîtriser pour votre propre construction. L'espoir d'y parvenir s'élabore en formant des pensées qui indiquent qu'il existe une possibilité de changer l'état défavorable des choses.

Ainsi, il convient (et il est possible) de choisir une stratégie constructive de comportement de manière à orienter le cours de ses pensées sur la résolution du problème ; si la situation n'est pas contrôlable, il y a lieu de procéder à la reconstruction de toutes les pensées qui vont façonner le comportement approprié et toutes les actions, et pour ce faire de :

Faire en sorte de modifier sa relation au problème.
Relier ses attentes à la situation.
Se détacher de la situation pour mieux l'appréhender / la maîtriser.
Dans le même esprit, cesser de s'identifier à la situation afin de ne pas se polariser sur le problème.
Ainsi se donner les moyens de trouver une alternative pratique.
Contrôler ses pensées, ses sentiments, ses actions en les présentant sous des formes socialement acceptables.

La fiabilité professionnelle est garantie par un grand nombre de facteurs :

- La formation
- L'aptitude psychophysiologique
- L'état de santé psychique et physique
- Les qualités psychiques et de la personnalité

Une attention toute particulière est accordée à un indicateur très important :

- La capacité à surmonter l'action berçante des stimuli monotones
- Le contrôle de soi, le niveau de conscience

L'apport de la présente recherche doctorale est d'élaborer un ensemble de concepts scientifiques se rapportant à la notion de « maîtrise des pensées », et de proposer une classification des méthodes de modification et de maîtrise des pensées afin de déterminer comment les orienter pour une action maximalement bénéfique du sujet sur sa santé, comment intégrer par la pensée une conception de la santé vue comme un bien principal de la personnalité.

BIBLIOGRAPHIE

Abolin, L.M. (1987). Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. [Mécanismes psychologiques de la stabilité émotionnelle]. Kazan : Emotion. 264

Aksaxov, I.A. (1992). Отношение человека к здоровью. [Attitude de l'homme à l'égard de la Santé]. Pêchers sociologiques, Bulletin, p.p. 102-103

Alexander, F. (2000). Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. [La médecine psychosomatique. Principes et Application]. Moscou : Pressa.

Alexandrov, M.D. (1974). Проблемы социальной и психологической геронтологии. [Les questions psychologiques et sociales de la gérontologie]. Leningrad : Pressa.

Ananiev, B.G. (2000).Человек, как предмет познания. [L'homme comme objet de connaissance]. Moscou : Nayka.

Andronikof, A. (2000). Le passage à l'acte comme réalisation d'un scenario privé. [Переход к действию, как реализация частного (личного) сценария]. L'Evolution Psychiatrique, 66, 632-639.

Antsyferova, L.I. (1993). Психология повседневности : жизненный мир личности и ее бытия. [Psychologie de la vie quotidienne : le monde et la vie de la personnalité]. Journal de psychologie, 2

Arina G. (2009). Психосоматические симптомы,как феномен культуры.[Symptômes psychosomatiques comme un phénomène culturel]. Moscou : Sciens.

Bamdas, B.S. (1961). Астения. [Asthenia]. Moscou : Medgiz.

Barker, R. G. (1963). Связь отношений между средой и поведением. [On the nature of the environment]. Journal of Social.

Beck, A.T. (1967).Когнитивная депрессия.[La dépression cognitive]. Moscou : Nayka.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International Universities Press

Bern, E (1991). Introduction à la psychiatrie, à la psychanalyse pour les non- initiés. Moscou : AST.

Bern, E. (1992). Трансакционный анализ и психотерапия. [Transactionnel analyses et psychothérapie.] Saint-Petersburg : Peter.

Bolotov, B.V. (2006). Шаги к долголетию. [Etapes à suivre pour la longévité]. Saint-Pétersbourg : Peter.

Bolotov, B.V. (2010). La médecine et la santé du point de vue de la variété. Moscou. Nayka.

Chedrine, A.(1989). Онтогонез и теория здоровья. [Ontogenèse et théorie de la santé]. Moscou : Nayka.

Chepa, N.A. (1984). Проблемы инженерной психологии. Структура психологического состояния человека-оператора. [Les problèmes de la psychologie de l'ingénieur. La structure de l'état psychologique de l'opérateur.]. Leningrad : 2, 234-245.

Chizhevsky, A.L. (1959).Структурный анализ движущей крови. [Analyse structurale du sang circulant]. Moscou: La pensée.

Chizhevsky, A.L. (1964). Об одном виде специфически биактивного Z- измерения солнца. [Une forme spécifique de mesure du Z biactif du soleil]. Moscou : Editions : La pensée, p.342-372.

Chyan, A.A. (1965). Manuel des technologues sociales. Technologies sociales et typologies la personnalité selon Eysenck. Moscou : Progrès.

Chyan, A.A. (2001). Manuel des technologues sociales. Technologies sociales et typologies la personnalité selon Jung. Moscou : Progrès.

Deribere, M. (1995). Цвет в жизни и деятельности человека. [La couleur dans la vie et les activités humaines]. Moscou : Progrès.

Dikya, L.G. (1986). Особенности регуляции функциональных состояний оператора в процессе адаптации к особым условиям. Психологические проблемы деятельности в особых условиях. [Particularités de la régulation de l'état de l'opérateur dans le processus d'adaptation à des conditions particulières. Les problèmes psychologiques dans des conditions particulières]. Moscou : Nayka.

Dikya, L.G. (1991). Регулирующая роль образа функциональных состояний в экстрементальных условиях деятельности. [Rôle régulateur des états fonctionnels dans des conditions extrêmes d'activité]. Revue Psychologue, 12, 55-65.

Dikya, L.G., Semkin,V.V. (1994). Оценка индивидуального стиля саморегуляции состояния человека. [Evaluation du style individuel d'autorégulation de l'état d'une personne]. Moscou : 100-119.

Epictète. (1904). Quelle est notre intérêt ? Traduit par Tchirikov. Moscou : Nayka.

Epictète. (1975). Entretiens texte traduits. Moscou : Nayka.

Eysenck, H. (1972). Vérifiez vos capacités. Moscou : Monde.

Eysenck, H. (1999). La structure de la personne. Saint-Pétersbourg : Juventas.

Freud, S. (1989). Психология бессознательного. [Psychologie de l'inconscient]. Moscou : Progrès.

Freud, S. (1993). Психология «Я» и защитные механизмы. [Psychologie du Moi et mécanismes de défense]. Moscou : Progrès.

Ganyuchkin, A.D. (1972). Исследования состояний психической готовности человека к деятельности в экстремальных условиях. [Etude de l'état de préparation mentale de l'homme à l'action dans des conditions extrêmes]. Leningrad : Siens.

Ganyuchkin, P.B. (1964). Selekted Works. Moscou : Editions Médicine.

Genkin, N.N. (1973). Прогнозирование психических состояний. [Pronostiquer les états psychiques]. Leningrad : Siens.

Homskaya, E.D. (1972). Мозг и активизация. [Le cerveau et l'activation]. Moscou : Presse.

Jung, C. (1994). Психологические типы.[Types psychologiques]. Moscou : Nayka.

Kant, I. (1982). О характере, как образе мыслей. [Du caractère comme figure de pensée]. Moscou : Psychologie Personnalité. Textes.

Kogan, A.B. (1988). Нейрофизиологические механизмы мышления человека. [Mécanismes neurophysiologies de la pensée humaine]. Moscou : Ecole Supérieure.

Kon, W. (1932). The Wisdom of the Body .Moscow: Politzdat.7

Kon, W. (1978). Открытие «Я». [Ouverture du Moi]. Moscou : Politzdat.

Kulagin, B.V. (1984). Основы профессиональной психодиагностики. [Les fondements du psychodiagnostic professionnel]. Leningrad : Siense.

Lebedinsky, M.S., Myasichev, V.N. (1961). Введение в медицинскую психологию. [Introduction à la psychologie médicale]. Leningrad.

Lebedinsky, M.S., Myasichev, V.N. (1966). Связь болезни с личностью. [Lien entre la maladie et la personnalité]. Moscou : MGY, Ecole supérieure.

Levitov, N.D. (1969). Психология характера. [La psychologie du caractère]. Moscou : Académie.

Merlin, V.S. (1972). Лекции по психологии мотивов человека. [Conférences sur la psychologie de la motivation humaine]. Perm :Psychologue.

Merlin, V.S. (1988). Личность, как предмет исследования. [La personnalité comme sujet de recherche]. Perm : Psychologue.

Merzlyakov, A. (1994). Путь к долголетию. [Le chemin vers la longévité]. Encyclopédie de la récupération. Minsk. P.P.K. Belfaks.

Moslov, A. (2008). Мотивация и личность. [La motivation et la personnalité]. Saint-Pétersbourg : Peter.

Pavlov, I.P. (1939). Oeuvres complètes. Leningrad : 3.

Pavlov, I.P. (1951-1952). Полное собрание сочинения,том 1. [Œuvres complètes, tome 1]. Moscou, Leningrad.

Pavlov.I.P. (1951-1952). Полное собрание сочинений,том 2. [Œuvres complètes, tome 2]. Moscou, Leningrad.

Platonov, K.K. (1986). Структура и развитие личности. [Structure et développement de la personnalité]. Moscou : Science.

Platonov, K.K., Golybev, G.G. (1977). Совокупность душевных, психических процессов и явлений: эмоции, чувства, воля, мышление. [Agrégation des processus psychiques et mentaux et apparition de l'émotion, des sentiments, de la volonté, de la pensée]. Moscou : Ecole supérieure.

Rogers, C. (1994). Regard sur la psychothérapie. Devenir une personne. Moscou : Vlados.

Sallustius, C. (86 av. J-C). Aphorismes, citations, proverbes. Moscou : MGY.

Selye, H. (1979). Стресс без стресса. [Stress sans stress]. Moscou : Education.

Sobchik, L.M. (1990). Стандартизованный многофакторный опросник исследования личности. [Questionnaire multifactoriel standardisé de personnalité]. Moscou : Science.

Sobchik, L.M. (1993). Характер и судьба. [Caractère et destin]. Moscou : Science.

Sobchik, L.M. (2000). Метод цветого выбора. [La méthode du choix des couleurs.] Moscou : Institut de la Psychologie Appliquée.

Stangl, A. (1992). Язык тела. Познание людей в профессиональной и обыденной жизни. [Le langage du corps. Connaissance des personnes dans la vie professionnelle et la vie de tous les jours]. Moscou : Science.

Subetto, A. (2002). Qualimetry (text) S.P. : Asterion Publisling House, 288.

Turchet, Ph. (2009). Le langage du corps. Montréal : Edition de l'Homme univ.

Vakounine, V.A. (1980). О связи пихических состояний и свойств личности. [Sur la relation entre les états mentaux et les caractéristiques de la personnalité]. Leningrad : LGY, 17-23.

Volynkina, G.U., Souvorov, N.F (1981). Нейрофизиологическая структура эмоциональных состояний человека. [Structure neurophysiologique des états émotionnels de l'homme]. Leningrad : Sciens.

Autres documents consultés

Adler, A. (1997). Понять природу человека. [Comprendre la nature humaine]. Saint-Pétersbourg : Académique.

Albuhova, D., Slaskya, K.A. (1991).Стратегия жизни. [Stratégie de la vie]. Moscou : Pense.

Alexandrovskyi, N. (1993). Réponse désadaptée de l'organisme à l'influence excessive du milieu. Moscou : Nayka.

Allport, C. W. (1924). Concepts Trait and Personnalité. Bulletin, 24, 284-293

Allport. C. W. (1940). The Psychologist. Frame of Reference. Bulletin, 37, 1-28.

Ansbacher, X. (2001).Стиль жизни и социальный интерес по Адлеру. [Le style de vie et les intérêts sociaux d'après Adler]. Moscou : Informa.

Aristote. (1976). О душе. [De l'âme]. Travaux, 4,1.

Asmolov, A.C. (1990). Психология личности. [Psychologie de la personnalité]. Moscou : MGY .

Aysdorfer, C. (1930). Исследование старения. [Santé et Longévité. Analyse de L'impact et psychologique du moment social pour le processus de vieillissement]. Revue annuelle de gérontologie et de gériatrie.

Babansky, V.K. (1983).Основные факторы, влияющие на развитие человека. [Les principaux facteurs influençant le développement de l'homme]. Moscou: Education, Lumières.

Banchikov, V. M. Gusikov,V.S. (1967). Мышление, виды мышления, мыслительные операции. [Pensée, modes pensée, opération mentales]. Moscou: Médecine psychologique.

Batarchev, A.V. (2007). Diagnostic du tempérament et du caractère selon Hippocrate. Moscou: Sciences.

Batourin, N.A. (2004). Успех и неудача, как механизм междеятельной регуляции. [La réussite et l'échec comme mécanisme de la régulation de l'action].Moscou: Vlados.

Batuev, A.S. (1991). Высшая нервная деятельность. [L'activité nerveuse supérieure]. Moscou: Ecole Supérieurs.

Bechterev, W.M. (1999). Избранные труды по психологии личности. [Sélection d'articles sur la psychologie de la personnalité]. Saint-Pétersbourg : Aleheia.

Besser, K. Zigmund, K. (1996). Магические слова. [Les mots magiques] .Saint-Pétersbourg : Peter.

Bodalev, A.L. (1998). Вершина в развитии взрослого человека: характеристики и условия достижения. [Le sommet du développement d'un adulte : les caractéristiques et les conditions pour l'atteindre]. Moscou : Science.

Bodalev, A.L. (1983). Личность и общение. [Personnalité et communication]. Moscou : Pédagogique.

Bozovic, L.I. (1995). Проблемы формирования личности. [Les problèmes de la formation de la personnalité]. Moscou : Institut de Psychologie Appliquée.

Bragg, P. (2001). Истории жизни Брега. Биография. [Biographie de Paul Bragg]. Moscou : Wikipédia.

Breac, P.S. (1994). La formule de la perfection. Moscou : Nayka.

Brok, P. (1861).О принципах мозговой локализации.[Des principes de la localisation cérébrale]. Bulletin de la Société d'Anthropologue. Moscou : 2, 190-204.

Burlachuk, L. F., Korzhova, E. (1998). Психология жизненных ситуаций. [Psychologie des situations de vie]. Moscou : L'agence pédagogique.

Chardin, P. (1955). Phénomène humain. Moscou : Nayka.

Chevardin, N.I. (2001). Психодиагностика, изменения, развитие. [Psychodiagnostic, changement et développement personnel]. Moscou : VLLYOS.

Conon, W. (1932). Мудрость свободного тела. [The Wisdom of the free Body]. Moscou : Nayka.

Dolina, N.G. (1999) По страницам «Война и мир» Толстого. [Au fil des pages de Guerre et paix de Tolstoï]. Saint-Pétersbourg : Lizei.

Erikson, E. (1996). Детство и общество. [Enfance et société]. Fondation pour L'Université. Book. Saint- Pétersbourg.

Fraisse, P., Piaget, J. (1978). Эксперементальная психология. [Psychologie expérimentale]. Moscou : Progrès.

Frank, V. (1990). Человек в поисках смысла. [Man's Search for Meaning]. Moscou : Progrès.

Fromm, E. (1992). Душа человека. [L'âme de l'homme]. Moscou : République.

Fromm, E. (2004). Анатомия человеческой диструктивности. [Anatomie de la destructivité humaine]. Moscou : AST.

Ganychkin, P.B. (1984). Особенности эмоционально-волевой сферы при психопатиях. [Particularités de la sphère émotivo-volitionnelle dans les psychopathies]. Moscou : MGY.

Geschwindd, N., Levitsky, M. (1968). Asymétrie cérébrale et son influence sur actualité professionnelle. Moscou : Médicine.

Grichin, N.V. (1997). Психология социальных ситуаций. [Psychologie des situations sociales]. Revue problèmes de psychologie, 1, 121-132. .

Hekhauzen, X. (2003). Мотивация и активизация. [Motivation et activation]. Saint-Pétersbourg : 2, Peter.

Héraclite. (1989). Fragments des premiers philosophes grecs. Moscou : Nayka,vol. 22.

Houdé, O. (2004). La psychologie de l'enfant. Paris : Presses Universitaires de France.

Hume, D. (1965). Исследование человеческого разума. [Une étude de l'esprit humain]. Moscou : Académie, 1.

Ilyina, M.N. (1980). Общность механизмов развития состояний монотонии и психи-пресышения при разных видах деятельности. [Communauté de mécanismes de la monotonie et des états mentaux de satiété dans différentes formes d'activité]. Leningrad : Etat mental.

Irigaray, L. (1993). Importance du genre dans la constitution de la subjectivité et de l'intersubjectivité. Langages. Vol. 27. n-111 :12-23.

James, W. (1991). Психология. [Psychologie]. Moscou : Pédagogie.

Juravleva, I. (1993). Отношение к здоровью, как элемент самосохранительного поведения. Отношение населения к здоровью. [Relation de l'homme à sa santé comme comportement d'auto conservation. La relation de la population à la santé]. Moscou : RAN.

Kamenetsku, D.A. (2005). Neurologie et psychothérapie, 2 étiopathogénèse des névroses. Moscou : Supérieure.

Karvarsky, B. (1977). Клиническая психология. [Psychologique clinique]. Moscou : Médicine.

Klimov, E.A. (1969). Индивидуальный стиль деятельности в зависимости от типологи ческих свойств нервной системы. [Style individuel de l'activité en fonction des propriétés typologiques du système nerveux]. Kazan : Monde.

Kretschmer, E. (2001).Строение тела и характер. [La structure du corps et le caractère]. Moscou : Penguin Books Press.

Kvakina, E., Kouzmenko, T. (1979). Селье, стресс без стресса.[Selye, Le stress sans stress].Moscou : Progrès, 123.

Le Guen, A. (1998). De mères en filles imagos de la féminité. Presses Universitaires. De France .Paris.

Le Roy, E. (1922). L'origine et l'évolution de l'esprit humain. Moscou : Nayka.

Le Roy, E. (1922). La biosphère et la stratosphère. Moscou, Leningrad : Etat mental.

Le Roy, E. (1922). La pensée intuitive, V.1-2 Paris.

Le Roy, E. (1927). L'exigence idéaliste et le fait l'évaluation. Paris.

Leohard, K. (1989). Акцентуированные личности. [Les personnalités fortes]. Kiev : Psychologique.

Leontiev, U.N. (1977). Деятельность. Сознание. Личность. [Activité. Conscience. Personnalité].Moscou : Académie.

Licko, A.E. (1979). Подростковая психиатрия. [Psychiatre de l'adolescent]. Leningrad : Siense.

Licko, A.E. (1982). Психопатия и акцентуация характера. [La psychopathie et l'accentuation du caractère]. Moscou : Académie.

Lopatine, V.C., Solotov, I.V. (1987). La science de la volonté. Moscou : Etudia. Voenizdat.

Maddi, S., Freud, S. (2003). Теория личности. [Théorie de la personnalité]. Moscou : Science.

Maklanov, A.G. (2001). Мышление. [La pensée]. Saint-Pétersbourg : Peter.

Myasichev, V.N. (1960). Личность и неврозы. [Personnalité et névroses]. Leningrad : LGY.

Myasichev,V. N. (1960).Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека. [Problèmes fondamentaux et état actuel de la psychologie, des relations humaines]. Moscou : Psychologique Science en URSS.

Obouhov, S.G. (1987). Дезадаптивный ответ организма на чрезмерное влияние среды. [Réponse désadaptée de l'organisme à l'influence excessive du milieu]. Moscou : Nayka.

Perov, A.K. (1957). Развитие черт характера из психических процессов и временных состояний человека. [Le développement de traits de caractère à partir des processus psychiques et des états transitoires de l'homme]. Moscou : Actes de la Conférence sur la psychologie.

Rabkin, E.B. (1964). Цвет вокруг нас. [La couleur autour de nous]. Moscou : Vlados.

Raspopov, P.P. (1958). О фазовых состояниях возбудимости мозговой коры. [Sur les états de phase de l'excitabilité du cortex cérébral]. Moscou : Journal « Questions de la psychologie », 2, 23-27.

Ribot, T. (1900). Воля в ее нормальном и болезненном состоянии. [La volonté dans son état normal et de maladie]. Saint-Pétersbourg : SPb

Satir, V. (1992). Как строить себя и свою семью? [Comment se construire soi-même et sa famille ?] Moscou : Education-Près.

Savier, L. (2003). Des sœurs, des Frères. Paris : Hachette Littératures..

Sbaab, D. (2013). Мы –это наш мозг. [Nous sommes notre cerveau]. Saint-Pétersbourg : Ivan Limbekh.

Semikin, V.V. (1989). Цветовой тест Люшера в диагностике работоспособности человека-оператора. [Test des couleurs de Lüscher pour le diagnostic de l'aptitude au travail de l'opérateur humain]. Moscou : Psychologue, 61-71.

Shipoch, K. (1980). Значение аутогенной трренировки и биоуправления с обратной электрической активностью мозга в терапии мозга. [Valeur du training autogène et du biofeedbak de l'activité électrique du cerveau dans le traitement du cerveau]. Leningrad : Dis .Cand. med. Science.

Shneider, L.V. (2000). Психология семейных отношений. [Psychologie des relations familiales]. Cours de conférences. Moscou : Avril-presse, Eksmo, Université – presse, 7.

Shumsky, N.G. (2001). La vie et la maladie. Saint-Pétersbourg : Académique.Projet

Sokolova, E.T. (1976). Мотивация и восприятие в норме и потологии. [La motivation et la perception de la santé et de la maladie]. Moscou : Nayka.

Sorokina, T. (2008). Antécédents médicaux. Moscou : Académie.

Tison- le-Guernica, B. (2007). Généalogies. Secrets de famille et psycho généalogie. Paris : Editions Autrement.

Tixomirov, O.K. (1984). Психология мышления. [Psychologue de la pensée]. Moscou : Académie Science.

Trelaùn, B. (2003). Conflits dans la famille Manuel pour sortir des querelles. Lyon : Chronique Sociale.

Troubnikov, N.N. (1968). О категориях: цель, средство, результаты. [Sur les catégories : objectif, moyen, résultats. Moscou : MGY.

Varochevsky, M .G.(1996). История психологии от античности до середины XX в. [Histoire de la psychologue de l'antiquité au milieu du XX siècle]. Moscou : Académie.

Vasilieva, V.A., Lubinckai C.M. (1984). Резервы здоровья. [Les réserves de la santé]. Moscou : Médicine.

Vasilyuk, F.E. (1984). Психология переживаний. Анализ преодоления критических ситуаций. [La psychologie du ressenti. Analyse de la négociation des situations critiques]. Moscou : MGY

Vavorskya, G.H. (1990). Эмоциональный настрой, как фактор профессиональной готовности. Диагностика и регуляция эмоциональных состояний. [L'ajustement émotionnel comme facteur de préparation professionnelle. Diagnostic et régulation des états émotionnels]. Moscou : 2, 120-122.

Vernadsky, V.I. (1934). Биосфера и стратосфера. [Biosphère et stratosphère]. Moscou,

Vernadsky, V.I. (1967). Биосфера. [Biosphère]. Moscou : Pensée.

Vernadsky, V.I. (1987). Химическое строение биосферы земли и ее окружения. [La structuration chimique de la biosphère de la Terre et son environnement]. Moscou : Pensée.

Vurchenko, V. N. (1980). Исследование психических состояний человека в процессе производственной деятельности. [Etude des états psychiques d'une personne dans une activité de production]. Leningrad : Cand. Dis.

Vuriev, A.I., Hansen, V.A. (1987).Системное описание психических состояний, возникающих в процессе восприятия информации. [Description systématique

des états psychiques dans le processus de perception de l'information]. Leningrad : Vestn, Univ, 6, 1, 50-59.

Vygotsky, L.S. (1983). Les problèmes de développement mental. Moscou : Académie La pédagogie sciences.

Yakovlev, E. K, Zachepitsky, R.A. (1960). Роль неправильного воспитания в патогенезе неврозов. Le rôle de la mauvaise éducation dans la pathogénèse des névroses]. Moscou : Pédagogue.

Zakharova, A.I. (1986). Как предупредить отклонения в поведении ребенка. [Comment prévenir les écarts dans le comportement des enfants]. Moscou : Pédagogie.

Zeigarnik, B. V. (1971). Личность и патология деятельности. [La personnalité et la pathologie de l'action]. Moscou : MGY.

Zeigarnik, B.V. (1981). Теория личности в зарубежной литературе. [La théorie de la personnalité dans la littérature étrangère]. Moscou : MGY.

Zinchenko, E.A. (1983). Метод экспертного визуального определения эмоциональных состояний на производстве. [La méthode d'identification visuelle experte des états émotionnels dans le travail de production]. Moscou : Revue Science, 4, 59-63.

TABLEAUX

Tableau 1. Les sept règles de communication avec les parents d'un âge avancé (Alexandrov, M. 1974) 9
Tableau 2. Les facteurs d'une pathologie psychopathique (Genkin 1973)..... 12
Tableau 3. « Schéma de la maladie »..... 12
Tableau 4. Fondements de la Santé (Vasileva, 1984)..... 13
Tableau 5. Les cinq règles de conservation de la longévité (Merzlyakov, A. 1994)..... 16
Tableau 6. Les onze principaux facteurs de la longévité (Albuhanova-Slaskya)..... 16
Tableau 7. Les symptômes d'épuisement du système nerveux. (Vuriev & Hansen) 18
Tableau 8. Changements de l'activité psychique (Genkin, op. cit.) 19
Tableau 9. Les symptômes psychosomatiques (Arina, 2009) 20
Tableau 10. Les symptômes organiques. (Aleksander, F. 2000)..... 20
Tableau 11. Les symptômes organiques. (Aleksander, F. 2000)..... 21
Tableau 12. Différentes crises (Babansnsky 1983) 21
Tableau 13. La nécessité de l'auto-action psychique (Dikya & Semkin, 1994)..... 27
Tableau 14. Changer la pensée à l'égard de ce que l'on croit devoir faire (Tikhomirov, 1984) 28
Tableau 15. La force de la pensée (Kogan, 1988) 32
Tableau 16. Sept types de personnalites (Vakounine, 1980)..... 33
Tableau 17. Quatre modalités de fixation du contenu des objectifs psychologiques (Ananiev, 2000) 35
Tableau 18. Caractéristique temporelle de l'individu (Merlin, op.cit.) 38
Tableau 19. Les particularités de l'obtention de l'information psychologique (Sobchik 1990) 38
Tableau 20. Une note sur l'échelle des résultats possibles (Sobchik, 1990) 43
Tableau 21. Typologies de l'individu (Eysenck, 1999)..... 44
Tableau 22. Des capacités naturelles particulières (Kulagin, 1984)..... 56
Tableau 23. Modèle de comportement dans les situations extrêmes (Ganyuchkin, 1972) 56
Tableau 24. Les résultats importants de stabilité psychique. Beschastnova. (2001) 57
Tableau 25. Le système comprenant des conditionnements de protection contre le stress élaborés par nos soins (Abolin, 1987) 58
Tableau 26. Adaptés de réalisation des aspirations sémantiques. Bestchasnova (2001) 59
Tableau 27. Règles destinées à améliorer l'humeur. Antsyferova L. (1993) 59
Tableau 28. Répartition des plaintes somatiques..... 79
Tableau 29. Le lien entre l'état psychique et l'état de santé..... 80
Tableau 30. Le schéma du contenu principal de la santé..... 80
Tableau 31. Résultats du test de Lüscher..... 80
Tableau 32. Locus externe/interne..... 81
Tableau 33. Mise en évidence de la résistance émotionnelle 82

Tableau 34. Résultat au test de Psycho-géométrie 82
Tableau 35. Le choix de l'objectif significatif et des valeurs de la vie 83
Tableau 36. Révélation de l'attitude envers l'entourage et définition de l'estime de soi et entre individus..... 84
Tableau 37. 14 niveaux de passage de la force d'énergie de la pensée 85
Tableau 38. Observation des changements de pensées lors de la modification de positions des corps 85
Tableau 39. La relation des sujets à la santé 87
Tableau 40. Tableau comparatif des choix du groupe des sujets des deux professions . 88
Tableau 41. Synthèse des résultats du tableau 40 91
Tableau 42. Les principaux facteurs exerçant une influence sur la formation des pensées 93
Tableau 43. Des modèles de convictions à l'égard de notre santé 93
Tableau 44. Les particularités importantes de la pensée (Barker R., 1963) 94