

BIRCHAM INTERNATIONAL UNIVERSITY

Student Name: GAGGINI JEAN-PIERRE
Degree Program: Doctor of Philosophy
Specialization: Clinical Psychology
Minor:
Region: EUROPE France

International Evaluation Form

March 27, 2022



INTERNATIONAL ASSESSMENT FORM - IA Form

EVALUATION COMMENTS

Comments are mandatory for any grade lower than 3.0

- * Be helpful and constructive.
- * Remark what needs to be improved.
- * Write comments in a separate paper, or here if there is space:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Student Work for Evaluation - Course, Report, Project or Thesis:

TRAITÉ DE NEUROPSYCHOLOGIE CLINIQUE.....
 BERNARD LECHEVALIER, FRANCIS EUSTACHE.....
 DE BOECK // ISBN-13: 978-2804156787.....
 (UN RAPPORT DE 20 À 35 PAGES POUR CE LIVRE).....

Each 33%	EVALUATOR'S GRADE	SUPERVISOR'S GRADE	Minimum grade: E (2.0 - 50%)
Format	4.0- Excellent	4.0- Excellent	GRADING SYSTEM 4.0- Excellent 91-99% /A 3.5- Very Good 81-90% /B 3.0- Good 71-80% /C 2.5- Satisfactory 61-70% /D 2.0- Sufficient 51-60% /E 1.5- Fail <50% /F
Content	4.0- Excellent	4.0- Excellent	
PQT	4.0- Excellent	4.0- Excellent	

EVALUATOR NAME & SIGNATURE
March 27, 2022

ELENA LORENTE RODRÍGUE

I swear that this work has been duly reviewed and evaluated according to the BIU pedagogy and it deserves the grading specified.

SUPERVISOR NAME & SIGNATURE
March 27, 2022

LORENA CANO

EVALUATION CRITERIA & Grading Support Chart:

Assign 0 to 0.5 points for each criteria detailed:

33% Format: The organization and presentation of the information.
 Evaluation of the format accounts for data organization, hierarchy, interrelationships, and clarity of presentation.

<input type="checkbox"/>	Affidavit	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Index	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Font size and spacing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Content breakdown (parts, chapters...)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Detailed index (Pages numbered...)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Data organization	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Clarity (Orthography)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Aesthetics	<input type="checkbox"/>

33% Content: Reflects how much the report matches the bibliography.
 Evaluation of the content is based on the comprehension of the material as well as the student's synthesis skills and concept interaction. Report contents are valued only as 33% of the final grade because the textbook is available for the student throughout report elaboration.

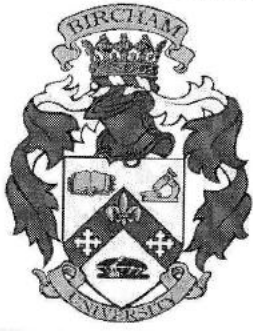
<input type="checkbox"/>	Minimum length	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Subject key points	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Concept interaction	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Topic adequacy	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Maximum length	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Topic analysis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Synthesis skills	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Comprehension level	<input type="checkbox"/>

33% PQT- Personal Quality Thinking:
 Shows how the subject is mastered through case studies, personal comments, and the ability to apply the information learned to problem-solving. Evaluation of the PQT shows the student's analysis criteria and critical thinking, as reflected in the writing and presentation style.

<input type="checkbox"/>	Fluent Writing	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Charts, illustrations...	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Original work (no copy/paste)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Communication efficacy	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Personal writing style	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Case analysis (or arguments)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Case resolution (or topic conclusion)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Critical thinking (Opinion)	<input type="checkbox"/>

For more information read the BIU study guide.

FINAL GRADE WILL SHOW IN THE TRANSCRIPT



BIRCHAM INTERNATIONAL UNIVERSITY

Student Name: **GAGGINI JEAN-PIERRE**
 Degree Program: **Doctor of Philosophy**
 Specialization: **Clinical Psychology**
 Minor:
 Region: **EUROPE**

France

International Evaluation Form

February 17, 2022

INTERNATIONAL ASSESSMENT FORM - IA Form

EVALUATION COMMENTS

Comments are mandatory for any grade lower than 3.0

- * Be helpful and constructive.
- * Remark what needs to be improved.
- * Write comments in a separate paper, or here if there is space:

Student Work for Evaluation - Course, Report, Project or Thesis:

TRAITÉ DE NEUROPSYCHOLOGIE CLINIQUE
 BERNARD LECHEVALIER, FRANCIS EUSTACHE
 DE BOECK / ISBN-13: 978-2804156787
 (UN RAPPORT DE 20 A 35 PAGES POUR CE LIVRE)

Each 33%	EVALUATOR'S GRADE	SUPERVISOR'S GRADE	Minimum grade: E (2.0 - 50%)
Format	4.0 - EXCELLENT		GRADING SYSTEM 4.0- Excellent 91-99% / A 3.5- Very Good 81-90% / B 3.0- Good 71-80% / C 2.5- Satisfactory 61-70% / D 2.0- Sufficient 51-60% / E 1.5- Fail <50% / F
Content	4.0 - EXCELLENT		
PQT	4.0 - EXCELLENT		

EVALUATOR NAME & SIGNATURE
 February 17, 2022

ELENA LORENTE RODRÍGUE

I swear that this work has been duly reviewed and evaluated according to the BIU pedagogy and it deserves the grading specified.

SUPERVISOR NAME & SIGNATURE
 February 17, 2022

LORENA CANO

EVALUATION CRITERIA & Grading Support Chart:

Assign 0 to 0.5 points for each criteria detailed:

33% Format: The organization and presentation of the information. Evaluation of the format accounts for data organization, hierarchy, interrelationships, and clarity of presentation.

33% FORMAT

- Affidavit
- Index
- Font size and spacing
- Content breakdown (parts, chapters...)
- Detailed index (Pages numbered...)
- Data organization
- Clarity (Orthography)
- Aesthetics

33% Content: Reflects how much the report matches the bibliography. Evaluation of the content is based on the comprehension of the material as well as the student's synthesis skills and concept interaction. Report contents are valued only as 33% of the final grade because the textbook is available for the student throughout report elaboration.

33% CONTENT

- Minimum length
- Subject key points
- Concept interaction
- Topic adequacy
- Maximum length
- Topic analysis
- Synthesis skills
- Comprehension level

33% PQT- Personal Quality Thinking:

Shows how the subject is mastered through case studies, personal comments, and the ability to apply the information learned to problem-solving. Evaluation of the PQT shows the student's analysis criteria and critical thinking, as reflected in the writing and presentation style.

33% PQT

- Fluent Writing
- Charts, illustrations...
- Original work (no copy/paste)
- Communication efficacy
- Personal writing style
- Case analysis (or arguments)
- Case resolution (or topic conclusion)
- Critical thinking (Opinion)

For more information read the BIU study guide.

FINAL GRADE WILL SHOW IN THE TRANSCRIPT

COMMENTAIRES SUR LE RAPPORT

Élève: Jean-Pierre Gaggini

Livre: "Neuropsychologie Clinique Treatment » – B. Lechevalier et F. Eustache

FORMAT DE TRAVAIL

Le rapport conserve les critères de présentation avec page de titre, serment et signature, y compris un index paginé et avec une structure bien définie, mettant en évidence les chapitres et leurs sous-sections, divisés en blocs thématiques. La hiérarchie des idées est présente et le texte est facile à suivre, avec une écriture et un vocabulaire excellents. C'est Correct. Les phrases sont bien formées et claires, un fait qui est positif pour l'explication des concepts et pour la traduction. Les sujets ont été résumés correctement, en leur donnant un équilibre en longueur et en importance. L'effort de résumer un texte aussi complexe est apprécié.

CONTENU DU RAPPORT

Le texte est très long, mais il est regroupé en blocs thématiques. Sujets abordés, excellentement, commencer par les principes, l'histoire et les courants de la neuropsychologie, poursuivre par l'organisation fonctionnelle du cerveau et des outils d'exploration, et se termine par les fonctions psychologiques et leurs altérations. le contenu est bien organisé et présenté de manière cohérente sans omettre d'informations importantes.

OPINION PERSONNELLE

Une préface est incluse afin de réfléchir sur leurs connaissances antérieures de la discipline, le rôle des La neuropsychologie et son importance. Tout au long du sujet, des cas pratiques sont exposés pour illustrer le contenu, ce liés au contenu : Korsakoff, la dépression et la maladie de Parkinson. Des cas de praxis sont exposés professionnel, avec son évaluation, son développement et sa résolution. À la fin, un cas de trouble anxieux est décrit. pour compléter les sujets dans une vue plus pratique.

Mes félicitations à l'élève pour ce travail.



Elena Lorente Rodriguez
neuropsychologue
Berlin, Allemagne)

Deuxième rapport



Jean-Pierre P. Gaggini

Etudiant – Docto Ph.D. in Clinical Psychology

Livre : Traité de Neuropsychologie clinique

Date : 15/02/2022

« Je jure que je suis l’auteur unique de ce rapport et que son contenu est la conséquence de mon travail sur le livre assigné »

X 

Jean-Pierre P. Gaggini

Signature :

Concepts – index – exposant - addenda

pages



Avant-propos

4 à 5

Partie 1 - Principes, histoire et grands courants de la neuropsychologie

5

Chapitre 1 : Le domaine neuro psychologique

5

Chapitre 2 : Les prémices d'une nouvelle science

5

Chapitre 3 : Localisationnisme et associationnisme21/02/2022

5

Chapitre 4 : Courant globaliste, hier et aujourd'hui

5 à 6

Chapitre 5 : Renaissance de l'associationnisme

7

Chapitre 6 : Emergence, apogée et fragilité du cognitivisme

7

Chapitre 7 : Le connexionnisme

7

Chapitre 8 : Les modèles intégrés

7

Partie 2 - Organisation fonctionnelle du cerveau et ses outils d'exploration

7

Chapitres 9 à 16 : Synthèse

7 à 9

Partie 3 - Grandes fonctions psychologiques et leurs perturbations

9

Chapitre 17.1 : La conscience

10

Chapitre 18 : L'attention

10

Chapitre 20 : Mémoire et fonction exécutives

10

Etude d'un cas (1) Syndrome de Korsakoff

10 à 11

Chapitre 21 : La temporalité

12

Chapitre 22 : Emotion, humeur et motivation

12 à 13

Etude d'un cas (2) Dépression

13 à 14



Chapitre 23 : Théorie de l'esprit

14 à 15

Chapitre 24 : Langage et parole

15 à 16

Chapitre 25 : Acalculie

16

Chapitre 26 : Hémisphère droit, hémisphère gauche et cognition

16

Chapitre 27 : Espace, geste, action

16 à 17

Chapitre 28 : Les agnosies

17 à 18

Chapitre 29 : Intelligence et démences

118

Etude d'un cas (3) Parkinson

18 à 19

Chapitre 30 : Les fonctions instinctuelles

19 à 20

Conclusion

20 à 21

Exposant

21 à 27

Addenda

27 à 29

Epilogue du traité étudié

29 à 30

Avant-propos

Ce traité de plus de mille seize pages qu'il faut résumer en une trentaine de pages, un défi qui semble irréaliste. En tout cas cela reste un challenge gigantesque à la lumière des sujets présentés dans cet ouvrage. Tout comme le volume sur la psychobiologie, il me faudra faire des choix selon ce qu'il me semble approprié pour moi.

Une première observation m'amène à relever la similarité entre la psychobiologie et les sujets traités dans cet ouvrage. Peut-être même une suite logique de mon premier rapport. Les liens entre le fonctionnement du cerveau et les comportements chez les humains c'est ce qui, me semble-t-il, définissent ce rapprochement entre la psychobiologie et la neuropsychologie.

Nous savons que les neurosciences regroupent toutes les recherches scientifiques sur le système nerveux, c'est-à-dire le cerveau, la moelle épinière et les nerfs. Les différentes échelles d'études sont à l'origine de champ de recherche différents, comme les neurosciences moléculaires, cellulaires, la neurophysiologie ou encore les neurosciences cognitives.

Mais alors où situer la psychologie clinique dans tout ça ? Il y a tellement de désaccords fondamentaux dans toutes ces doctrines, tous ces professionnels et les méthodologies, qui semblent souvent aussi incompatibles les unes d'avec les autres ? Peut-on connecter la psychologie clinique aux neurosciences ? La réponse est probablement oui, car comme formulé avant, si les neurosciences regroupent toutes les recherches sur le système nerveux, on pourrait parler de psychologies cliniques au pluriel. Pourquoi ?

Tout comme il existe plusieurs domaines de recherches qui sont interconnectés dans les neurosciences, il existe en psychologie clinique des méthodes spécifiques, des modèles explicatifs qui tirent leur origine de ces mêmes neurosciences. Le sujet ici n'est pas d'expliquer le rôle de la psychologie clinique mais il fallait la mentionner car elle s'intègre dans un seul grand tout. Le seul regret que je pourrais avoir c'est l'insistance des sciences à vouloir tellement « disséquer » l'homme au lieu de le considérer comme un « entier ». Mais cela reste un autre chapitre... !

Si la neuropsychologie permet de comprendre la plupart des désordres chez les personnes (patients), elle doit pouvoir également les prendre en charge. En explorant les mécanismes responsables des déterminants cognitifs, contextuels, affectifs et motivationnels du comportement, le spécialiste peut permettre la mise au point de marqueurs de prédiction ou d'évolution et de solutions thérapeutiques pour les maladies neurologiques et psychiatriques. Les neurosciences et neuropsychologies cognitives se concentrent sur de possibles liens causaux entre les structures et les fonctions cérébrales comme : perception, langage, motivation, raisonnement, émotions, créativité, mémoire, attention, conscience, qui sont tous à l'origine des comportements de l'homme.

Notre cerveau fait de nous ce que nous sommes ! Chacun de nous est un individu unique parce que chacun de nous possède un cerveau unique, mais pas seulement. Les chercheurs et les cliniciens s'attaquent à des défis qui vont du développement du cerveau, du fonctionnement de ses cellules, à la façon dont ses réseaux créent des comportements et des émotions et comment des maladies comme les tumeurs cérébrales, les maladies d'Alzheimer et de Parkinson, l'épilepsie ou encore la dépression, toutes débutent, se développent et pourraient être arrêtées. L'imagerie cérébrale, qui joue un rôle important de nos jours pour comprendre en détail le fonctionnement du cerveau et ses dysfonctionnements dans le cas des pathologies cérébrales, prend de plus en plus de place. Les dernières découvertes aussi stupéfiantes qu'elles soient ne font qu'ouvrir la porte à probablement un nouvel arsenal d'informations complexes dont on ne peut même pas imaginer qu'elles puissent exister. Cela risque bien de bouleverser certaines théories sur ce que l'on croyait être, avoir été ou sera.

Pour terminer cet avant-propos je dirais que ce traité de neuropsychologie, qui est organisé en trois grandes parties avec trente chapitres pousse à une grande réflexion pas seulement sur son histoire et son origine mais

sur les grands courants théoriques de la neuropsychologie. Il faudra donc une profonde humilité pour prétendre résumer un tel ouvrage. Mais voilà le défi à relever... !



Partie 1

Principes, histoire et grands courants de la neuropsychologie

Chapitre 1 - Le domaine neuropsychologique

1.4 Il est intéressant de voir l'évolution de la **neuropsychologie**¹. Je retiens dans ce premier chapitre l'essentiel qui présente deux évolutions marquantes de ces dernières années : 1) l'adoption des **théories cognitives**², 2) les méthodes d'imagerie cérébrale morphologique et fonctionnelle. Comme ces deux domaines étaient pendant longtemps cloisonnés ils ouvrent ensemble plusieurs modèles intégrés qui amènent à une certaine conciliation (localisations cérébrales et représentations distribuées).

Chapitre 2 - Les prémices d'une nouvelle science

2.1 - 2.6 Je ne m'attarderai pas trop sur ce chapitre. La neuropsychologie, son histoire, sa philosophie et son évolution à travers les âges est très intéressant. Qu'il me suffise de dire que toutes les nombreuses approches depuis leurs conceptions spéculatives, de l'Egypte ancienne à nos jours, prendront un chemin qui va les réunir pour constituer la neuropsychologie moderne. Comme elle repose sur trois piliers (son histoire, ses études anatomiques et ses descriptions cliniques), je peux comprendre le temps qu'il aura fallu pour arriver à une convergence. Plus de quatre mille ans.

Chapitre 3 - Localisationnisme et associationnisme

3.3 Il est assez clair que Carl Wernicke (1874) avait été inspiré concernant les deux types d'**aphasie corticale**³ (sensorielle et motrice). Le fait qu'il est été aussi associationniste apporte un éclairage plus adapté. Avoir utilisé dans ses premiers travaux les types corticaux, sous-corticaux et transcorticaux relève d'une inspiration dans ses recherches assez époustouflante.

3.4 Quand on pense aux réactions des uns et des autres dans les années 1908 sur l'**aphasie**⁴ on ne s'étonne pas de toutes ces divergences.

3.7 En effet, l'histoire de la neuropsychologie n'aura pas été un long fleuve tranquille, comme pour toutes les neurosciences, les thèses **localisationnistes**⁵, **associationnistes**⁶ et, comme nous le verrons plus loin, le fameux courant **globaliste**⁷ qui aura aussi sa part de critiques.

Chapitre 4 - Courant globaliste hier et aujourd'hui

La **gestalt-théorie**⁸ a pris naissance dans la même période en commençant par la psychologie de la Forme. Cette psychologie a plusieurs équivalences. Sa traduction en français est assez complexe. Ce que je retiens ici c'est que la psychologie de la Forme a popularisé les concepts d'invariance des objets et des couleurs.

La théorie de la Gestalt (« forme » en allemand) postule que le tout est différent de ses parties. Ces « lois de la Gestalt » ont donc une incidence majeure sur notre perception visuelle, elles soulignent la manière dont nous percevons les formes et leur attribuons un sens.

4.4 - 4.4.1 L'approche holistique du comportement qui consiste à prendre en compte la personne dans son entier et utilisée par Goldstein (1878-1965) est séduisante. Je reviens sur cette manie que les scientifiques ont souvent de vouloir disséquer les déficits en fonction des régions lésées. D'autant plus intéressant que Goldstein fait une distinction entre l'animal et l'humain. Plus remarquable encore son refus d'extrapoler les données animales à l'homme.

Pour autant, la question est : qu'est-ce qui peut bien conditionner la santé physique d'un individu et son état psychologique ?

Comment comprendre une approche holistique du comportement en faisant abstraction de certains facteurs génétiques ? Mais pas seulement ! J'observe que le facteur génétique peut générer des prédispositions sur le terrain biologique et psychologique d'une personne.

Il y a probablement d'autres facteurs qui interagissent qui pourraient influencer le terrain biologique héréditaire. On parle de la qualité du sommeil dans ce traité par exemple et de son rôle dans la récupération indispensable au bon fonctionnement de tout l'organisme. D'ailleurs cette partie devrait attirer notre attention sur le fait que le sommeil joue un rôle primordial sur plusieurs plans : physique, émotionnel et mental.

Puis je constate que dans cette approche holistique du comportement, un point qui ne semble pas trop inquiéter c'est la sphère psycho-affective et le système nerveux qui sont influencés par l'équilibre ou le déséquilibre de la qualité de vie d'un sujet.

4.6 Le globalisme

Des pensées puissamment synthétiques si je résume ce chapitre. De toute façon il semble que plusieurs courants se rejoignent (localisationniste – associationnisme – globaliste). Il n'en reste pas moins que Goldstein laisse un héritage auprès de la neuropsychologie contemporaine.

4.7 Le courant globaliste

Appréhender l'homme comme une entité et non plus comme un ensemble de fonctions semble intéressante. Il est surprenant que Carl Roger (1902-1987) ait pu être influencé par l'hypothèse de croissance et par le concept de l'actualisation de soi.

Comme psychologue humaniste, Rogers, que j'ai utilisé dans mes formations, a bien travaillé dans les champs de la psychologie clinique et psychothérapie de la relation d'aide que l'on appelle aujourd'hui le *counseling* qui, entre nous, est devenu tellement à la mode avec des pratiques plus ou moins farfelues.

Ce qui m'a séduit chez lui c'est sa relation entre le patient et son thérapeute. Cette approche est séduisante dans la pratique de soin thérapeutique. Cette fameuse congruence (correspondance exacte entre l'expérience et la prise de conscience).

Pour terminer avec Carl Rogers, je dirais que les psychologues en général feraient bien de s'inspirer de son approche car elle implique un savoir-faire et un savoir-être que le thérapeute moderne semble avoir un peu oublié.

En résumé, ce courant a été fortement attaqué mais il a permis au moins une discussion.

NB/ Comme nous pouvons le voir, tous ces courants depuis les années 1900 à nos jours sont sans cesse en évolution permanente. Certains disparaissent au profit d'autres découvertes ou de tendances. Comme un sable mouvant, il est important pour l'étudiant que je suis de ne pas rester focaliser sur tel ou tel courant de pensée. J'observe que, tout comme la plasticité du cerveau, il existe une forme de plasticité des sujets traités. Certes, il y a des acquis et qui ne sont pas négociables. Il y a de très nombreuses questions qui resteront encore pour longtemps sans réponses satisfaisantes. Il y a une certaine frustration pour le chercheur ou le scientifique. Il faut admettre que le *comment* demeure assez secondaire et que le *pourquoi* est primordial. En définitif, ce qui compte c'est bien le bonheur des êtres qui compte le plus, non ?

Chapitre 5 - Renaissance de l'associationnisme

5.1 Je retiens que les fonctions cérébrales peuvent être localisées dans certaines régions corticales et que ces régions peuvent être capables d'informer ou être informées. (Localisation). S'agissant de l'acquisition du langage, la thèse de Geschwind (1968) semble ne pas être absolue.

5.2 Si le néo-associationnisme a quelque peu évolué il en est de même pour l'approche quantitative. Le fait de savoir que la matière peut acquérir du savoir sans se modifier quantitativement est difficilement explicable à ce stade des recherches. Il faudra attendre les résultats des dernières découvertes sur la question par les résultats des techniques d'imagerie fonctionnelle.

Chapitre 6 - Émergence, apogée et fragilité du **cognitivism**⁹

6.1 - 6.2 Un rapide exposé du but général de la Neuropsychologie Cognitive Clinique est de décrire les systèmes cognitifs, leurs mécanismes de fonctionnement, ainsi que les structures cérébrales sollicitées pour leur fonctionnement. Toutefois tous ces systèmes restent très complexes.

6.3 Dans le traité de psychobiologie le sujet de la mémoire sensorielle, mémoire à court terme et mémoire à long terme a été longuement expliqué. Même si les méthodes d'investigations paraissent encourageantes, il n'en reste pas moins que les modèles proposés pour la pratique clinique dans l'examen de la personne (patients) et les prises en charge rééducatives sont encore au stade des présupposés.

6.4 Quels sont les liens entre le niveau d'explication cognitif et le niveau d'explication cérébral ? J'observe qu'il existe plusieurs niveaux en fait. Les facteurs que je retiens et qui sont aussi importants d'inclure dans ces niveaux ce sont les facteurs sociaux et affectifs qui sont souvent laissés en marge.

Chapitre 7 - Le connexionnisme

7.1 L'objectif principal qui est retenu c'est la façon de faire le pont entre le fonctionnement du cerveau et celui de l'esprit. Ce modèle de pont est particulièrement prometteur.

7.4 Trois modèles : Si les modèles **connexionnistes**¹⁰ peuvent présenter un intérêt, il est de toute façon probable qu'ils ne soient pas si réalistes. Les structures neuronales ainsi que les activités cognitives sont si complexes que cette épistémologie reste vraiment expérimentale. Pour l'instant en tout cas.

Chapitre 8 - Les modèles intégrés

8.3 Les formes de cognition entre les primates et l'humain sont très difficiles à concevoir en l'état des connaissances. Il faudrait pouvoir comprendre comment la transmission et son évolution se sont bien succédées de l'un à l'autre. Comme la référence anatomique demeure et que la neuropsychologie insiste sur le fait qu'elle doit rester une référence, je constate qu'elle est incomplète.

Partie 2

Organisation fonctionnelle du cerveau et ses outils d'exploration

Chapitres 9 à 16 – Synthèse

L'échelon neuronal. Dans cette branche (la cytologie), étudiée en partie dans le traité de psychobiologie, l'étude morphologique des cellules isolées va du normal au pathologique. Je retiens que dans les compartiments cellulaires et plus spécialement dans les cellules humaines, le cytoplasme désigne la région qui est comprise entre la membrane plasmique et le noyau. Spécifiquement, cette disposition définit bien une cellule eucaryote par opposition aux cellules procaryotes qui, elles sont constituées uniquement de cytoplasme. On peut mentionner aussi que le cytoplasme contient plusieurs organites cytoplasmiques comme le réticulum plasmique, des vacuoles et des mitochondries.

J'observe que même si l'essentiel du matériel génétique est contenu dans le noyau, les mitochondries possèdent leur propre ADN.

Dans cette étude, le neurone ne se divise pas sauf exception. Dans le traité de psychobiologie une grande partie de cette cytologie est expliquée. Toutefois, dans son fonctionnement, le neurone a un ensemble de compartiments cellulaires qui définissent le corps cellulaire du neurone.

Je ne m'attarde pas trop sur les prolongements (dendrites, axone) ni sur le rôle des synapses. Je renvoie le lecteur au traité de psychobiologie déjà étudié. Ce sont les récepteurs synaptiques et leur innombrable variété qui attire l'attention, ce réseau complexe de connexions puisqu'un neurone peut avoir jusqu'à 100 000 synapses. Pour résumer, la transmission de signaux d'information est incroyablement complexe. Je retiens que les neurones ne divisent plus tout au long de la vie mais altèrent leur forme. Cependant, comme étudié dans le traité de psychobiologie, certains neurones peuvent se *reconstituer*.

J'observe aussi le rôle important de la sérotonine.

Qu'il me suffise de comprendre que dans le cerveau humain, cinq grands réseaux neurocognitifs sont à distinguer : 1) le réseau du langage, 2) le réseau attentionnel, 3) le réseau temporel, 4) le système limbique, 5) le réseau frontal. Que toute lésion en un point de ce réseau provoque un trouble aphasique caractéristique de la spécialisation fonctionnelle de la région atteinte. Les points de convergence de chacun de ces réseaux sont connectés entre eux d'une manière propre à rendre possible un traitement parallèle distribué de l'information.

La structure du cerveau et les phénomènes cognitifs doivent encore faire l'objet d'autres études puisque les modèles proposés concernant le support cérébral de la cognition ne sont pas totalement ne sont pas très clairs.

D'autres voies associatives comme le rôle du diaschisis dans les troubles neuropsychologiques et qui sont liés aux pathologies non vasculaires sont intéressantes. Mais elles demandent encore un peu de temps pour qu'elles prennent place en neuropsychologie des affections neuro dégénératives.

Transmission synaptique : J'observe que le transfert de l'information d'un neurone à un autre se fait au niveau de sites de contacts spécifiques appelés synapses. Que l'introduction de substances pharmacologiques exogènes affecteront les comportements, les fonctions intellectuelles ou la vie affective. La synthétisation des neurotransmetteurs, leur emmagasinage dans des vésicules, puis le déversement du contenu dans l'espace synaptique.

En ce qui concerne les récepteurs : Ils sont constitués de 4 à 5 protéines organisées. Ils transmettent rapidement l'information présynaptique à l'élément post-synaptique.

Applications fonctionnelles des neurotransmetteurs : Surtout l'acétylcholine chez l'humain et ses fonctions cognitives. Certaines substances cholinergiques ou anti ont un effet sur la mémoire mais il y a des conditions que Warburton, 1983 explique, seulement lorsqu'elles sont administrées immédiatement avant ou après la période d'acquisition de l'information. Je constate simplement que l'injection de la scopolamine reste assez douteuse quant aux résultats aussi bien sur la mémoire que dans la MA.

Il y a d'autres classes de transmetteurs (dopamine, adrénaline, noradrénaline). Plusieurs substances pharmacologiques influencent la synthèse en catécholamines la L-dopa pour la maladie de Parkinson. Il est dommage que Robert (voir étude du cas 3), n'en est pas bénéficié.

Je ne suis pas un adepte de l'administration des catécholamines chez des sujets sains pour tester la mémoire de travail, le rôle de la noradrénaline dans le process attentionnel s'il est bien illustré dans le syndrome de troubles attentionnels avec ou sans hyperactivité chez l'enfant même en restant concluant, chez les sujets sains cela semble plus contestable.

Quant à la sérotonine elle est plus intéressante dans la diminution de sa concentration cérébrale dans nombre de maladie psychiatriques et dans leurs dysfonctionnements dans la dépression majeure, les troubles affectifs bipolaires et certains désordres obsessionnels compulsifs ou encore les troubles de l'anxiété généralisée.

Il y a de nombreuses études en cours qui apporteront d'autres appréciations sur ce chapitre, rien ne semble figé dans ce domaine.

N'étant pas *neuropsychologue clinicien*, je dirais cependant que la neuropsychopharmacologie semble s'emballer pour effectuer toutes les mesures comportementales ou cognitives. Est mieux que la neuropsychologie

classique ? Est-ce un atout pour les neurosciences modernes ? Vouloir désirer maîtriser certains processus cognitifs par une manipulation spécifique des mécanismes neurochimiques sous-jacents peut se comprendre mais la précision semble avoir ses limites et une ligne rouge.

Je ne m'attarde pas trop non plus sur l'imagerie morphologique et neuropsychologique. Les découvertes récentes apportent une lumière complémentaire. (J'en avait parlé dans mon premier rapport). Il en va de même pour l'imagerie fonctionnelle qui révolutionne la neuropsychologie et qui favorise certaines prises en charge rééducative ou pharmacologique. À l'heure où je rédige ce rapport de nouvelles découvertes en imagerie fonctionnelle. Mais il y a aussi certains inconvénients qu'il faut prendre en compte.

Je retrouve des éléments du traité de psychobiologie avec cependant un approfondissement de l'étude neuronale. Je dirais pour simplifier ces chapitres que les neurosciences cognitives permettent de définir ce qu'est la motivation d'un point de vue scientifique et ce que sont les deux dimensions plaisir et déplaisir. Le cerveau peut se nourrir du changement (plasticité). En fait tout ce qui pourrait se terminer par « ine » peuvent être des poisons. Cocaïne, héroïne...mais aussi routine. L'humain devrait être remis dans les process de toutes sortes plutôt que le contraire. Le cerveau ne fait pas que capter l'information, il la traite et la diffuse. À ce stade, les neurosciences sont importantes pour au moins cinq raisons : 1) elles nous aident à définir ce qu'est en réalité l'humain, 2) que sont ses **appétences**¹¹, 3) les conditions qui contribuent à le détruire « réduire sa motivation », 4) comprendre qu'il y a des intelligences collectives, 5) ce sont les principes, réciprocité/équité que l'on trouve dans le fonctionnement du cerveau. Par exemple, le cerveau projectif qui devrait être un module dans le cerveau qui pourrait permettre de voir et de voir plus loin (mémoire). C'est aussi la partie du cerveau qui nous amène vers le futur Une sorte de présentiel ordonné de l'échange de l'action dans le réel. Prenons le rôle de la **dopamine**¹²/**sérotonine**¹³ : un comportement compulsif vient parce que je trouve du plaisir tout de suite. Attention, je veux tout, tout de suite et maintenant. Le sujet domine son comportement que pour sa quête du plaisir, cela entraîne donc un **comportement compulsif**¹⁴. Nous voyons donc que le cerveau projectif c'est la partie du cerveau qui amène le sujet vers le futur, ses actions présentes sont déclenchées à l'aune des conséquences que le sujet a stimulé mentalement est donc bien le désir « l'espoir en théologie et désir en neuroscience ». Nous savons que dans le cerveau le plaisir c'est la dopamine et que dans le désir c'est la sérotonine.

L'équilibre serait d'avoir le désir à la hauteur du plaisir. Les choix sont des options qui sont alors biaisées car quand le sujet à un choix entre A,B,C,D, il choisira ce qui lui apporte le plus de plaisir. S'il y a un déséquilibre entre plaisir et désir il y aura frustration et probablement « **Burn-Out**¹⁵ ». Dans la reconnaissance sociale, le désir est une stimulation mentale de la récompense à venir.

D'ailleurs de nombreuses maladies psychiatriques impliquent une dysfonction de la transmission sérotoninergique ou des récepteurs à sérotonine. (Dépression majeure, troubles affectifs bipolaires, désordres obsessionnels compulsifs, anxiété généralisée et bien d'autres). Un domaine à explorer serait l'implication de la sérotonine dans les fonctions cognitives.

Je passe rapidement sur l'imagerie fonctionnelle, les nouvelles découvertes exposées dans mon premier rapport en fait mention et nous en sommes qu'au début de la découverte.

Partie 3

Grandes fonctions psychologiques et leurs perturbations

Chapitre 17.2 - La conscience

Il est très important de lui donner sa juste place selon ce que la neuroscience, la psychologie et la philosophie expriment. Comme le sujet ici traité reste du domaine de la neuropsychologie clinique, il m'incombe de rester sur ce chemin.

Prendre conscience, cette relation intériorisée immédiate qui permet à une personne d'établir ou de consolider cette relation.

17.2.3 Les troubles de la conscience

- A) Le fameux « **délirium**¹⁶ » qui se remarque dans certaines **encéphalopathies**¹⁷ toxiques et de **sevrage**¹⁸
- B) La stupeur qui se caractérise par un dysfonctionnement cérébral diffus mais qui reste de nature organique
- C) Le coma, état transitoire qui peut évoluer (récupération, état végétatif ou mort)
- D) La mort cérébrale, **EEG**¹⁹ plat. Il faudra aller plus loin pour ce sujet qui reste encore à découvrir
- E) L'état végétatif avec l'alternance veille/sommeil
- F) Le mutisme **akinétique**²⁰ que je serais tenté de mettre dans la catégorie de **l'état végétatif**²¹

Quant au « **locked-in syndrome**²² », je ne suis pas certain de suivre Plum et Posner, 1982.

Chapitre 18 - L'attention

Il y a tant de divergences sur ce trouble que l'étudiant reste perplexe. Cependant, une chose reste certaine, les mécanismes, les composants et les soubassements cérébraux de l'attention sont vérifiés. Les autres pathologies, comme le **TDHA**²³ par exemple, font partie de ces déficits spécifiques. Trop d'incertitudes demeurent actuellement sur ce sujet.

Chapitre 20 - Mémoire et fonctions exécutives

20.2.2 Le syndrome de **Korsakoff**

Étude d'un cas : (1)

Anamnèse :

*Thomas, âgé de 45 ans, est arrivé dans l'EMS (établissement médico-social) en 2007. Atteint du syndrome de Korsakoff. Placé en institution par ordre de son médecin traitant. Il vivait chez ses parents et était employé dans une usine de traitement des eaux en Suisse. Il a commencé à boire de l'alcool vers l'âge de 18 ans. Vers l'âge de 39 ans, Thomas présente des signes d'incapacité au travail et s'absente de plus en plus souvent. Son employeur déclare qu'il arrive le matin en état de légère ébriété. Son comportement change et devient de plus en plus agressif avec ses collègues. Il refuse plusieurs cures de désintoxication. Finalement son employeur est obligé de se séparer de son collaborateur. La prise en charge est faite à domicile et ses parents se consacrent pour l'aider mais très vite la situation se dégrade. Thomas est de plus en plus alcoolisé et devient très agressif envers ses parents qui ne savent plus comment le gérer. Ses comportements se dégradent. Il ne se souvient plus de certains événements qui l'a vécu la veille. Il ne se fixe plus de but et est dans l'incapacité d'organiser une stratégie à court terme pour l'organisation de sa vie. Il refuse systématiquement toute aide médicale de son médecin et nie avoir un problème. Il commence à perdre lentement la faculté de s'exprimer d'une façon cohérente. Il est suggéré un placement d'office dans une structure médicosociale avec un suivi thérapeutique contraignant. Il rentre en **EMS**²⁴ à l'âge de 45 ans en 2007 et est toujours vivant à ce jour (2022).*

Discussion :

*Institutionnalisé depuis 2007, Thomas est dans un état plus que dégradé. Un traitement médicamenteux est proposé mais sans grand succès, l'état de Thomas s'est fortement dégradé. En plus de son **amnésie**²⁵, le traitement à la **thiamine**²⁶ ne donne plus satisfaction. Malgré les bilans cognitifs la prise en charge neuropsychologique de ses troubles mnésiques qui permet une amélioration de sa qualité de vie ne donne pas satisfaction. Les tentatives de réhabilitation n'apportent plus chez Thomas ce niveau espéré d'indépendance.*

Même la réorientation et la simplification de son environnement ne donne pas les effets escomptés. Thomas est dans une chambre individuelle. Ses gestes sont imprécis et saccadés, il marche difficilement il ne peut plus s'exprimer et ses mots deviennent incompréhensibles. Il se souvient cependant de son nom qu'il n'arrive pas à verbaliser. Il mange difficilement et est souvent aidé par les aides-soignantes. Le matin lors de la douche, il se rebiffe et devient très agressif envers le personnel soignant. Au contraire, il y a des moments de rémission dans cette agressivité selon les activités proposées. Au début le corps médical l'avait attaché sur une chaise mais par la suite il a été décidé de le laisser libre de se lever. Quoi que susceptible de tomber à tout moment il fait l'objet d'une surveillance particulière. Sa mémoire se dégrade au fur et à mesure des années. À ce jour il reste assis dans une chaise et a de plus en plus de mal à se mouvoir. Il ne parle pratiquement plus et ne se nourrit plus seul.

Conclusion :

*On observe aussi une impossibilité pour Thomas de déglutir, des troubles de la coordination motrice (**ataxie**²⁷), une confusion, une somnolence et une perte de la mémoire à court terme.*

*Le **syndrome confusionnel**²⁸ s'est installé il y a longtemps chez Thomas. Le début aura été marqué par l'apparition d'un trouble comportemental traduisant une rupture avec l'état antérieur ; Thomas a été envahi d'un sentiment d'étrangeté, d'une perplexité anxieuse, il est devenu irritable assez tôt.*

*Il y a des éléments essentiels d'un trouble de la vigilance, de troubles perceptifs, d'une désorientation temporo-spatiale et d'une altération globale des fonctions cognitives. Thomas est incapable d'appréhender pleinement l'environnement (**obnubilation**²⁹) ; ses troubles de l'attention lui interdisent d'intégrer correctement les perceptions sensorielles ; il en résulte une distorsion et un obscurcissement de la réalité, avec apparition de productions délirantes à type d'illusions sans hallucinations et d'un vécu **onirique**³⁰. Thomas adhère totalement à cette production mal systématisée, intense et génératrice concernant son anxiété et sa peur.*

*Des comportements inadaptés, et dangereux pour Thomas et son entourage se sont vérifiés, ce qui a permis le placement. La présentation est toujours incohérente et le comportement inadapté ; Thomas est devenu prostré, hébété, apathique, pas forcément **aboulique**³¹, somnolent lors des examens, indifférent vis-à-vis de son état et de son entourage, agité, anxieux.*

Aucune amélioration n'a été observée à ce jour pour Thomas qui semble se diriger vers une issue fatale.

(Les dernières nouvelles enregistrées par l'EMS font état du décès de Thomas il y a quelques semaines. Informations reçues d'une aide-soignante le 14 février 2022)

21.1 Deux hypothèses

La première, biologique et la deuxième, cognitive. (Je n'écris pas « seconde » car cela suggère qu'il n'y a plus rien après).

Concernant la fameuse « horloge biologique », elle peut exister à certaines conditions. La notion de « temps » semble ne pas être comprise. Si l'on considère que le temps est divisé en « périodes » cela pourrait stipuler qu'une période est une séquence qui sépare un événement d'un autre événement observable. Les mécanismes biologiques qui gèrent les temps biologiques sont-ils ordonnés d'une façon définitive ? Cette partie semble ne pas être très bien expliquée car cette notion n'a pas été encore découverte.

L'autre hypothèse semble être plus familière car elle ne nécessite pas une grande compréhension, elle pourrait aller de soi. L'estimation du temps dans ce contexte cognitif concerne la durée.

Chapitre 22 - Émotion, humeur et motivation

Si les affects sont un ensemble de manifestations subjectives qui accompagnent les sensations, les sentiments, les émotions et certaines pensées, il me semble que la frontière entre **émotion**³² et **motivation**³³ devrait être au contraire plus claire. J'observe qu'il n'y a pas toujours un comportement approche/évitement. Pourquoi ? Parce que l'émotion, si elle est associée à la motivation elle n'en est pas la cause. Elle devrait être indépendante et non pas comme le suggère Darwin comme un vestige d'actes antérieurs. Comment expliquer que l'émotion chez les animaux soit similaire à l'émotion des êtres humains ?

Il est vrai que nos émotions peuvent influencer sur notre quotidien et possèdent un impact sur notre environnement social ainsi que nous même. En règle générale, les émotions modifient et régulent notre comportement avec les autres. Elles ont donné lieu à deux conceptions théoriques importantes : les théories «cognitivo-comportementales, motivationnelles-relationnelles», les théories «expressivo-motrices».

Nous ne devons pas oublier qu'il existe des barrières à la définition de l'émotion : la barrière culturelle. Effectivement, la différence culturelle montre une différence dans le fait de montrer ses émotions selon la culture, la religion, le système éducatif, l'histoire.

22.3.1 L'humeur et ses désordres

Je retiens que les troubles de l'humeur, sur le plan psychopathologique naissent lorsque certaines fluctuations de celles-ci deviennent durablement excessives. Quand ces excès se dirigent vers le bas nous rentrons dans le compartiment des **troubles dépressifs**³⁴ et vers le haut dans le champ de **la manie**³⁵ comme les **troubles bipolaires**³⁶. Mais comme l'humeur reste une disposition affective qui peut fluctuer chez chaque individu, elle possède une tonalité spéciale à un moment donné. La gaieté, la tristesse ou tout simplement le manque d'émotivité.

22.3.2 Les troubles anxieux (*présentation d'un cas en page 25*)

A. Rien que dans le DSM V, nous trouvons au moins 16 troubles anxieux. Qu'il me suffise de dire que les manifestations de ce trouble sont physiques, psychiques et comportementales. En ce qui concerne **l'éthiopathogénie**³⁷ de ce trouble il faudrait noter que certains facteurs de vulnérabilité sont sans doute présents qui pourraient regrouper des facteurs environnementaux, des facteurs de contextes comme certains traumatismes et des facteurs biologiques comme le **stress**³⁸. Nous pourrions ajouter des facteurs de personnalité comme **l'angoisse de séparation**³⁹ ou autre trouble de **l'affirmation de soi**⁴⁰, mais je suis plus réservé sur cette question de la personnalité. L'esprit d'abandon chez un enfant n'est pas un **trouble de l'anxiété**⁴¹, il répond à d'autres critères que nous pourrions voir dans les études futures.

B. TOC, (trouble obsessionnel compulsif). Le DSM réduit la névrose obsessionnelle en trouble (TOC) et en personnalité obsessionnelle compulsive. Elle se caractérise par des **obsessions**⁴² et des **compulsions**⁴³. Elle peut être associée à un **syndrome dépressif**⁴⁴, des **attaques de panique**⁴⁵ ou de **phobie sociale**⁴⁶.

Un peu d'humour à ce stade concernant les rituels du lavage des mains. Depuis ces deux dernières années, le rituel du lavage des mains fréquent à cause de la Covid 19 ressemble un peu à cette pathologie. Mais c'était juste une observation humoristique.

C. En ce qui concerne les **phobies**⁴⁷, quelles soient sociales ou spécifiques, elles sont confondues parfois avec le TOC. Nombre de collègues psychologues ont du mal à poser un diagnostic.

D. Trouble panique. Je me suis demandé si ce trouble ne devrait pas être reconsidéré. Il se déclenche par une réaction de peur à un événement, une circonstance ou autre. Je me suis demandé s'il n'était pas sain. Il pourrait protéger la vie de l'individu. Il serait inné et non pas acquis. Même l'attaque de panique pourrait être salutaire.

E. ESPT ou état de **stress post traumatique**⁴⁸. Nous vivons une époque où l'ESPT est quasi permanent dans la population. Les attentats, les guerres, les conditions climatiques et bien d'autres génèrent dans la population l'ESPT d'une façon récurrente.

22.3.3 Les troubles de l'humeur

A. Les troubles dépressifs. Dans la population il y a souvent confusion entre **l'état dépressif**⁴⁹ et la **dépression**⁵⁰ chronique. Même les psychologues ont du mal à faire la différence et prescrivent une thérapeutique inadaptée. L'état de tristesse et de mélancolie, que l'on appelle la « déprime » ne ressemble en rien à l'état d'une personne atteinte de dépression. Nous connaissons les critères objectifs de ces états et le DSM est bien là pour nous le rappeler.

Dépression

Étude d'un cas : (2)

Historique :

Fabienne, âgée de 60 ans à ce jour, mariée et mère de deux enfants, elle a épousé dans sa jeunesse un homme au caractère très rigoureux et affirmé. Très tôt dans sa vie de couple, elle présente quelques symptômes comme de la tristesse et un spectre d'anhédonie. En public, son mari est déplaisant et Fabienne se sent humiliée. Cela durera jusqu'à ce jour (2022). À plusieurs reprises son mari parle de divorce mais il ne prend pas de décision à cause de l'argent qu'il devrait partager avec son épouse. Fabienne, lors de ses crises d'angoisse reste dans son lit une bonne partie de la journée. Elle ne communique plus et délaisse son foyer. Son mari n'est pas aimant et la dévalorise. Même les enfants sont choqués par l'attitude du père. D'ailleurs, la relation avec leur père n'est pas bonne, il faudra attendre leur majorité, ils se marient à leur tour et quittent le foyer des parents. Fabienne s'enfonce dans des comportements qui ressemblent à des troubles de l'humeur. Tout semble reposer essentiellement sur une régulation anormale des sentiments de tristesse et de bonheur. Ce n'est que lorsque des personnes viennent la visiter que Fabienne reprend espoir. Son conjoint est extrêmement soigneux et méticuleux d'une façon excessive. Fabienne doit obéir à la volonté de son conjoint qui présente des habitudes qui frisent le ridicule. Par exemple Fabienne doit cuisiner d'une certaine façon et doit faire attention à ne pas rayer la boiserie de la cuisine. Sa vie devient cauchemardesque. Après consultation chez son médecin traitant Fabienne reçoit une ordonnance avec antidépresseurs. Il y a des périodes de rémissions, de nombreuses activités se font en couple, il semble que ce sont les seuls moments où Fabienne va pouvoir respirer. Ses relations sexuelles sont frustrées avec son conjoint et elle perd sa capacité à éprouver du plaisir. Vient se greffer un manque d'intérêt. Une grande fatigue s'installe et qui va devenir permanente. Perte de l'estime de soi, manque de confiance en elle, Fabienne n'arrive plus à se maquiller. Quand elle s'exprime, elle manifeste un sentiment profond de culpabilité et croit qu'elle n'a pas été à la hauteur de sa vie de mère et d'épouse. Il faut dire que son conjoint la souvent culpabilisée en lui donnant le sentiment que tout était de sa faute. Dévalorisée et indignée, Fabienne qui vit encore aujourd'hui semble avoir abandonné tout espoir de guérison. Elle a commencé des cures de médecine douce mais cela ne semble pas atténuer sa souffrance. Je rencontre Fabienne quelques fois par an. Elle est toujours en consultation avec son médecin.

Discussion :

Nous voyons bien ici tous les critères diagnostiques et spécifiques de la dépression. Fabienne a un sommeil très perturbé parfois même par une hypersomnie. Consciente de son état elle a des idées qui restent très pessimistes. Il y a des troubles associés qui apparaissent comme son envie de ne pas s'alimenter malgré la richesse abondante de ses réserves en nourriture puisque le couple a pour une année de réserve alimentaire. Elle a tenté de se suicider à plusieurs reprises à cause de sa souffrance morale. J'avais noté ce fameux repli sur soi, ses actes de la vie quotidienne et une certaine apathie. Sur le plan cognitif, il y a une certaine dégradation. Fabienne est sujette à des douleurs chroniques, articulaires et digestives. Elle se contamine souvent si bien qu'elle ne peut pas manger ce qu'elle veut, suis un régime alimentaire strict et contraignant. Elle s'est installée dans un isolement social fortement prononcé, voit ses enfants rarement. On n'observe pas à ce stade des éléments d'une pathologie démentielle particulière ni des symptômes d'Alzheimer. Les professionnels de la santé mentale qu'elle a consultée ont cru à un moment observer une dysthymie. Mais la sévérité des différents épisodes reste insuffisante pour justifier ce diagnostic. Fabienne a fait l'objet d'une accumulation de stress que l'on peut relier à des problèmes existentiels. J'observe que les facteurs saisonniers ne peuvent pas tout expliquer. Chez Fabienne, qu'il fasse beau ou pas, que ce soit l'été ou l'hiver, son état reste à peu près similaire toute l'année. Sa situation psychologique conflictuelle reste récurrente. Il lui arrive parfois de penser que ce sont les autres qui sont la cause de sa maladie. Ses appels lors des manifestations somatiques et même quand elle parle de suicide semble être une volonté de mobiliser son entourage. Sa dépression psychogène semble aussi être le résultat de toutes ces années de culpabilisation à ne rien représenter, que son mari lui a fait croire. Vivant dans un stress quasi permanent, cette perte de l'estime de soi est devenue comme un fait irréversible. Il ya une difficulté pour Fabienne à conserver une qualité du soutien qu'elle reçoit de ses relations interpersonnelles. Elle a peu ou perdu bon nombre de ses amis.

Conclusion :

J'ai vu Fabienne pour la dernière fois en décembre 2021. Elle venait avec son mari pour une soirée organisée par sa communauté. Seule assise dans son coin, saluant les personnes qui passaient devant elle, prostrée et peu enclin à sourire. Elle reste calme et fait preuve de gentillesse mais sans trop de désir à participer aux présentations. Elle a pris son repas en choisissant scrupuleusement les aliments qui étaient dans son assiette et a laissé tout le reste. Dans la tentative d'une conversation improvisée, elle ne pouvait répondre que par des signes de la tête et prononcer quelques mots. Au contraire, son mari était très impliqué dans cette soirée et passé d'une table à une autre pour se vanter de ses réussites professionnelles avant de prendre sa retraite. Fabienne vit toujours à ce jour dans sa maison dans une routine qui semble s'être figée pour longtemps. Elle n'est plus suivie par des médecins. Pourquoi est-elle restée si longtemps avec son mari ? Pourquoi n'a-t-elle pas mis fin à ses jours ? Je crois avoir décelé la raison. Tous deux sont membres d'une communauté religieuse qui semble influencer certains choix selon leur croyance. Fabienne risque de terminer sa vie sans grand espoir d'une rémission.

Chapitre 23 - Théorie de l'esprit

Il semble peu probable que la science puisse expliquer d'une façon rationnelle ce qu'est cette théorie. Il faudrait pour cela comprendre les mécanismes de l'esprit et comment il s'intègre dans l'évolution d'une personne depuis sa conception jusqu'à sa mort. En fait nous ne savons pas grand-chose sur l'esprit en relation avec le corps et principalement avec le cerveau. Ma théorie serait qu'il y a un cerveau biologique et un cerveau de l'esprit. Le cerveau biologique serait un gant et le cerveau serait la main qui entre dans le gant pour l'activer. Mais cette théorie reste encore du domaine de la supposition.

Cette expression *théorie de l'esprit* est une capacité cognitive qui permet de se représenter les états mentaux d'autres individus et d'utiliser ces représentations afin d'expliquer ou de prédire leur

comportement. Cette capacité est inférentielle par nature puisque les états mentaux (croyances, désirs, émotions...) des autres individus ne sont pas observables directement, mais doivent donc être inférés à partir de l'observation de leur comportement (choix, réactions émotionnelles, etc.). Elle semble cependant ne pas être adaptée. Se représenter un état mental d'un autre individu semble téméraire. Cependant, on ne peut pas l'exclure ou la balayer d'un revers de main.

Toutefois, dans la psychologie du développement l'expérience suivante d'une personne démontre certaines lacunes : *Joséphine, est attendue à une conférence après une soirée chez son ami ; elle demande l'heure à son ami Christophe. Celui-ci lui répond « On a le temps de finir de discuter. » Ici, Christophe ne répond pas directement à la question de Joséphine car il a compris qu'elle souhaitait savoir s'ils avaient le temps de terminer leur soirée, et non pas l'heure qu'il était. Christophe a attribué un état mental à Joséphine. Des états mentaux peuvent aussi être attribués en communication non verbale. Par exemple, Joséphine entre dans la cuisine et voit Christophe en train de chercher dans les tiroirs. Elle raisonne alors de manière inférentielle à partir de ce qu'elle voit pour comprendre que Christophe veut commencer à préparer une boisson et qu'il cherche une carafe pour le mélange. On peut donc affirmer que Christophe et Joséphine ont chacun une théorie de l'esprit, car ils arrivent à attribuer des états mentaux l'un à l'autre.*

Il y a quelque chose de gênant dans cet exemple, est-ce que Christophe savait que Joséphine devrait le quitter pour se rendre à une conférence ? Il faudrait connaître ce qui s'est passé avant le rendez-vous avec Christophe.

Je propose une autre approche dans cette théorie de l'esprit, la faculté de prédire un comportement en fonction des connaissances nécessite des compétences déductives spécifiques, et notamment celle de distinguer le vrai du faux. Mais pas que... ! Dans un autre domaine dans d'autres sciences on pourrait expliquer plus clairement cette théorie. Mais restons sur le chemin étroit de la neuropsychologie.

Chapitre 24 – Langage et parole

24.1 L'aphasie⁵¹ : Je retiens de ce très long chapitre quelques éléments essentiels qui, me semble-t-il, sont en apparence des plus pertinents. Il y a tellement de types d'aphasie. Comme c'est un trouble du langage on peut comprendre qu'il se répand entre le fait de trouver ses mots et l'impossibilité à pouvoir s'exprimer. Les aphasies de Broca et de Wernicke sont les plus citées. Que ce trouble apparaisse à la suite d'une lésion cérébrale de certaines zones qui sont impliquées dans le langage, le résultat en est la perte de la capacité à communiquer, cette perte peut être totale ou partielle. J'observe qu'il y a souvent des troubles associés, avec la lecture et l'écriture. Ce que je retiens c'est que ce trouble affecte la vie sociale, familiale et professionnelle de la personne qui en est victime.

J'observe aussi que les symptômes de l'aphasie sont de plusieurs formes, on parle alors de production du langage et la diminution de la **fluence verbale**⁵². Dans les troubles plus sévères j'observe ce qui caractérise les **anomies**⁵³. Je relève l'**aphasie motrice**⁵⁴ (Aphasie de **Broca**⁵⁵) mais qui n'affecte pas trop la **compréhension**⁵⁶. Au contraire de l'aphasie de **Wernicke**⁵⁷ qui semble décrire des troubles plus importants de la compréhension. Cette fameuse fluence reste préservée.

Il reste le domaine de la proportionnalité de ce symptôme puisque la recherche indique qu'il pourrait y avoir d'autres formes d'aphasies comme l'**aphasie de conduction**⁵⁸, l'**aphasie globale**⁵⁹ et dans ce type d'aphasie il y a celle qui progresse lentement et qui semble être **neurodégénérative**⁶⁰ : l'**aphasie primaire progressive**⁶¹.

Enfin, pour en finir avec l'aphasie, j'observe que les causes peuvent être multiples. Cela va de l'**AVC**⁶² au traumatisme crânien en passant par l'infection cérébrale comme l'**encéphalite**⁶³, la **tumeur cérébrale**⁶⁴ et certaines maladies neurodégénératives.

Un dernier mot sur l'aphasie. Si, comme le dit le traité, l'aphasie de demain saura probablement mieux intégrer des différents domaines de la cognition j'aimerais ajouter un élément : En 1975 le film réalisé par Milos Forman, **Vol au-dessus d'un nid de coucou**, un passage a attiré mon attention ; *le jeune Billy qui avait un trouble du langage passe la nuit avec une femme que l'acteur principale a fait venir. Le matin, le jeune Billy s'exprime normalement, son trouble a disparu. L'infirmière cheffe arrive et parvient à faire culpabiliser le jeune Billy qui se remet à ne plus pouvoir s'exprimer.*

La question qui se pose ici est la suivante : Parmi les multiples causes observées se pourrait-il qu'il y en ait une qui ne rentre pas dans la catégorie de la **lésion cérébrale** ? La réponse est probablement oui... !

Chapitre 25 – Acalculie

Comme il y a différents types d'**acalculies**⁶⁵, je retiens tout d'abord que c'est un trouble cognitif qui se caractérise par un déficit affectant le traitement des nombres et une difficulté à réaliser des calculs. Au contraire, la **dyscalculie**⁶⁶, qui est un trouble développemental qui peut survenir en l'absence de retard intellectuel ou d'une atteinte neurologique acquise. Ce serait une sorte d'acalculie primaire.

Je retiens quelques sous-catégories, l'acalculie **aphasique**⁶⁷, **alexique**⁶⁸, **graphique**⁶⁹, **frontale**⁷⁰ et **sémantique**⁷¹. Le lobe frontal est le chef d'orchestre du cerveau. Si celui-ci présente des déficits, il sera plus compliqué de disposer l'information d'une manière à favoriser la résolution d'un problème.

J'observe aussi que les avancées en matière de technologie apportent des outils informatiques et des applications qui représentent un espoir pour les patients.

Chapitre 26 – Hémisphère droit, hémisphère gauche et cognition

Si j'ai bien compris ce chapitre il me semble bien retenir que la notion de **latéralité**⁷² est importante avant de traiter de la neuro-anatomie fonctionnelle de la cognition.

En grandissant, l'enfant développe une préférence plus marquée pour une de ses mains, qui s'observe principalement lors des manipulations d'objets. La dominance manuelle est la plus évidente et la plus étudiée car elle est déterminante dans les apprentissages (constructions, écriture...). C'est aussi la plus soumise à la pression socioculturelle. Nous retrouvons également des dominances au niveau de l'œil et du pied. L'ensemble de ces préférences spontanées d'un hémicorps par rapport à l'autre fait état de la latéralité d'un individu.

Ces dominances fonctionnelles sont le reflet d'un postulat neurologique : la répartition asymétrique des fonctions des hémisphères cérébraux. Du fait du croisement des voies neurologiques concernées, la mise en action d'une main est régie par la partie du cerveau opposée. De façon simplifiée, l'hémisphère cérébral droit est le siège de la motricité volontaire et d'une majeure partie des perceptions sensorielles concernant la partie gauche du corps et inversement. Ainsi, une main dominante renvoie à un hémisphère cérébral dominant (l'hémisphère gauche chez la majorité des droitiers)

Quoi qu'il en soit, comme il est expliqué dans le traité, l'organisation fonctionnelle du cerveau, et son caractère asymétrique, complémentaire et coopératif, reste un défi à la lumière de ce que les nouvelles découvertes vont apporter sur cette question. Il semble que tout reste encore assez théorique sur l'organisation coopérative entre les deux hémisphères. Quant à la position et l'orientation fœtales du **baby**, je reste perplexe. De toute façon il faudra attendre d'autres études car l'inconstance du lien entre asymétrie anatomique et latéralisation du langage témoigne de la complexité des facteurs en cause.

Chapitre 27 – Espace, geste, action

Quelques mots sur l'**apraxie**⁷³. Je comprends que l'apraxie est l'incapacité d'exécuter des mouvements intentionnels précédemment appris malgré une volonté et une capacité motrice conservées, du fait d'une

lésion cérébrale. Le diagnostic est clinique, souvent complété par des examens complémentaires neuropsychologiques, associés à l'imagerie cérébrale (p. ex., TDM, IRM) pour identifier la cause. Le pronostic dépend de la cause et de l'étendue de la lésion, ainsi que de l'âge du patient. Il n'existe pas de traitement spécifique, mais la kinésithérapie et l'ergothérapie peuvent modestement améliorer la fonctionnalité. Il existe plusieurs courants d'apraxie : **apraxie idéatoire**⁷⁴, **idéomotrice**⁷⁵, **conceptuelle**⁷⁶, **structurelle**⁷⁷.

Le syndrome de Balint ou **paralysie psychique du regard**⁷⁸, associe trois éléments sémiologiques cumulatifs :

- *l'apraxie optique (paralysie dite psychique du regard : difficulté à fixer une cible et à se concentrer) ;*
- *l'ataxie optique (trouble de la coordination visuomanuelle, prédominant en périphérie du champ visuel) ;*
- *la simultagnosie ou déficit de l'attention visuelle (incapacité de percevoir deux objets en même temps).*

Somatognosie⁷⁹ ou connaissance de son corps. Un individu a des relations avec différentes parties de son corps. Cette relation permet de voir la position, du mouvement et de la localisation de notre corps dans l'espace. Mais ceci n'est valable que sur la terre car dans l'espace où il n'y a ni haut, ni bas, ni droite, ni gauche le cerveau réagit autrement.

Les **troubles somatognostiques**⁸⁰ décrivent plusieurs syndromes comme **l'agnosie somatosensorielle**⁸¹, **l'hémiasomatognosie**⁸², **le syndrome de Gertsmann**⁸³ (les découvertes récentes précisent mieux certains tableaux), **l'autotopagnosie**⁸⁴, et le fameux membre *fantôme* des personnes qui ont perdu un membre.

Tous ces modèles de l'organisation gestuelle utilisés en neuropsychologie sont toujours en évolution.

Chapitre 28 – Les agnosies

Généralités : Pour résumé, il est reconnu que l'agnosie est une forme d'incapacité à reconnaître certains stimuli en l'absence de déficits sensoriels qualifiés de *primaire*, la cécité ou la surdité en font partie. Il semble qu'elle ne soit pas un trouble de la conception du langage.

Dans le domaine des agnosies visuelles, j'observe deux principaux types d'agnosies visuelles : **aperceptive**⁸⁵ et **associative**⁸⁶. S'ajoute l'incapacité à reconnaître les visages, la **prosopagnosie**⁸⁷, l'incapacité à associer une couleur, **l'agnosie associative**⁸⁶, **l'alexie agnosique**⁸⁸.

Je note que le type d'agnosie qualifié de **simultagnosie**⁸⁹ est vivement contesté.

Je ne peux pas ici refaire toute la liste des agnosies. Je porte mon choix sur le sujet des **hallucinations**⁹⁰.

Hallucination : Elle est classée dans la rubrique de l'agnosie et on peut se demander pourquoi ? Dès lors qu'elle est classifiée comme hallucination psychosensorielle elle rejoint le panel visuel et auditif. Mais elle peut aussi être **tactile**⁹¹, **olfactive**⁹² et **gustative**⁹³.

Dans l'hallucination cénesthésique on la retrouve donc dans le schéma corporel comme le *membre fantôme* expliqué ci-dessus (voir la somatognosie).

Une remarque sur cette question du sentiment d'une personne à se voir hors de son corps. Il ne faut pas confondre l'EMI (expérience de mort imminente) avec **l'autoscopie interne**⁹⁴. Devrions nous inclure cette hallucination dans le corpus agnostique ? Il y a des controverses sur cette question et je crois que le temps n'est pas encore à l'acceptation de cette façon de voir.

Quant à l'approche cognitive elle propose aussi plusieurs modèles, dont la défaillance d'une fonction d'auto-surveillance de la distinction entre soi et l'extérieur, aussi bien au niveau de la perception qu'au niveau de l'attribution. Le sujet n'est plus en mesure de percevoir et juger qu'un énoncé interne vient de lui : l'origine est

attribuée à l'espace extérieur, en dehors de lui. Même dans le cas où il est vécu en dedans, le phénomène est ressenti comme extérieur et étranger à soi.

Pour conclure sur ce chapitre, je dirais qu'avec toutes ces théories, finalement on ne connaît pas avec certitude le véritable mécanisme de l'hallucination. Même les théories neuropsychologiques qui font le lien entre l'activité hallucinatoire et les mécanismes connus du fonctionnement cérébral sont encore au stade de la recherche. Il n'y donc pas un modèle global explicatif unique. Les découvertes prochaines apporteront plus de précisions et de réponses si tant soit peu qu'elles puissent y parvenir.

Chapitre 29 - Intelligence et démences

29.4 Est-ce que la **maladie de Parkinson**⁹⁵ devrait être cantonnée dans la rubrique des démences ? Je ne crois pas au regard de cette affection qui semble de plus en plus fréquente et qui est caractérisée par un **syndrome extrapyramidal**⁹⁶ et qui associe **akinésie**⁹⁷, **rigidité**⁹⁸, tremblements et **troubles posturaux**⁹⁹. Je suis toujours un peu gêné par ce mot « **démence**¹⁰⁰ », je préfère le mot « trouble ou défaillance ».

Étude d'un cas (3)

Historique :

Robert, aujourd'hui décédé, était un homme d'une grande taille, marié avec une Suisse-allemande, père de 5 enfants. Couple et famille stable avec une certaine rigueur dans l'éducation des enfants toutefois sans excès. Capitaine dans l'armée suisse, il exerçait de grandes responsabilités dans le civil et son entreprise. J'ai accompagné Robert dans certaines de ses activités, comme observateur. Je connais Robert depuis l'âge de 16 ans. Arrivé à Genève lorsque j'étais jeune marié dans les années 1973. Le début de sa maladie (MP) a commencé en 1994. Lors d'un discours devant une assemblée Robert semble être atteint d'une forme de dysarthrie mais très légère. Il a repris son discours avec les notes qu'il avait pris. L'altération de la compréhension des phrases est venue plus tard avec l'évolution de la maladie. Sa MP aura duré presque 20 ans. Certaines perturbations sont apparues mais pas au début et ses capacités visuo-spatiales n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic. Robert s'est rendu compte que quelque chose n'allait plus. Sa mémoire présentait quelques défaillances et il a dû se restreindre à changer d'emploi. Un autre élément source est apparu, son état dépressif. Malgré son aisance matérielle et financière, Robert et sa famille ont acheté une maison individuelle à Genève, il y avait des moments dans la journée où il se sentait mal, triste. Comme une perte de motivation pour ce qui l'animait autrefois. Après consultation chez son spécialiste, le diagnostic tombe, il est atteint de MP. Dès ce jour il prend des dispositions devant la dégradation en cours. Il sera hospitalisé dans les derniers mois. Il décédera par la suite.

Discussion :

*Le neurologue qui a suivi Robert durant tout le reste de sa vie a posé son diagnostic sur les symptômes apparents et l'examen clinique. Sur le plan purement psychologique, j'ai suivi Robert pendant plusieurs mois comme soutien sachant que je ne pourrais rien faire de plus que de constater ce qui était irréversible à cette époque. Il n'y a pas eu d'examen par IRM pour Robert. Malgré la mise en place d'un protocole médicamenteux, l'évolution de sa MP a été constante. Des complications motrices sont apparues progressivement (tremblements), une akinésie manifeste et une certaine **hypertonie**¹⁰¹ allant en s'aggravant. Puis avec le temps et l'évolution des troubles, des **dyskinésies**¹⁰² ont vu le jour. Robert est pris en charge par l'**AI**¹⁰³ et quitte définitivement le milieu professionnel et la vie active. En restant chez lui, il est gêné par ses mouvements qui varient selon des circonstances imprévues tout au long de la journée. Ce qui a poussé son médecin à adapter son traitement. Ce que l'on appelle l'effet **In/Off**¹⁰⁴ est manifeste. Des douleurs musculaires et neurologiques apparaissent. Des troubles cognitifs se font de plus en plus sentir. De grandes difficultés dans les tâches cognitives sont venues renforcer ses troubles et Robert devenait de plus en*

plus agressif avec ses proches. Son état et la complexité de sa maladie ont obligé son épouse à demander le placement de Robert en soin à l'hôpital, la prise en charge à la maison n'était plus possible. Il y restera jusqu'à son décès.

Conclusion :

S'il s'agit bien d'une maladie chronique qui s'aggrave d'une façon progressive, je constate que son évolution reste très longue. Pour Robert ça a duré au moins 20 ans. Son espérance de vie a été diminuée car à cette époque la recherche sur la maladie n'avait pas encore tous les outils pour y arriver. Outre son infection pulmonaire, ses chutes resteront une des causes de son hospitalisation.

Quelques mots concernant le traitement curatif de la MP. Il faut noter que de nos jours encore, les traitements médicamenteux semblent rester assez symptomatiques (ils agissent sur les symptômes). Dans les années 1994 les traitements n'étaient pas aussi puissants que ceux des années 2000 pour améliorer les symptômes principaux qui, d'ailleurs ne pouvaient pas permettre de stopper la progression de la maladie.

On a observé que sous l'influence de certains médicaments les symptômes pouvaient se modifier. Chez Robert, ses mouvements anormaux (dyskinésies) étaient très impressionnants. Une sorte de mouvement parasites très variés de certains mouvements volontaires comme la fermeture-ouverture des yeux, des grimaces, des mouvements de la langue, la rotation de la tête ou l'ascension de son épaule. Je n'ai jamais observé Robert qui enroulé son bras ou sa jambe.

À la fin des années 1990, il y a eu une piste potentiellement prometteuse face à une utilisation prudente et ciblée, placée sous strict contrôle médical, d'une substance censément illégale et davantage réservée à un usage récréatif potentiellement délétère, l'ecstasy. Cela aurait pu permettre la réduction sensible des effets de la iatrogénèse. Je ne sais pas ce qu'il en est aujourd'hui de ce projet.

*Toutes recherches de nouveaux traitements arrivent lentement. Les thérapies géniques, les cellules souches, stimulation de moelle épinière, l'immunothérapie, injection de venin d'abeille, chélateur de fer, voie sérotoninergique, voie cholinergique, inhibiteur de neurotoxicité de l'**a-synucléine**¹⁰⁵ et bien d'autres n'ont pas permis à Robert de vivre plus longtemps. Il faudra attendre les nouvelles avancées de la recherche dans les années futures pour mieux soigner les personnes atteintes de MP.*

Remarques :

*En observant Robert au début de sa maladie, j'ai observé qu'il avait de plus en plus de difficulté à s'exprimer. Il pouvait penser normalement mais c'était au niveau du langage que Robert en premier arrivait difficilement à verbaliser. Lors d'un discours où il devait prendre la parole, les participants avaient du mal à comprendre ce qu'il disait. Il continuait à s'exprimer conscient de ce qu'il disait. La question ici que je pose c'est comment avec un trouble cognitif on peut dire qu'il n'y a pas de trouble du langage ? Il y avait bien chez Robert une difficulté dans la construction des phrases mais cette chute des **fluences sémantiques**¹⁰⁶ qui altéraient son discours ne l'empêchaient pas de terminer son discours jusqu'à la fin. La question est : en observant ses troubles cognitifs au début de sa maladie sa **bradyphrénie**¹⁰⁷ ne semblait pas être associée à des troubles de l'attention et de la concentration ? Se pourrait-il alors que la bradyphrénie ne fasse pas référence à une lenteur mentale ? Il semble que ce ne soit pas claire à ce jour.*

Chapitre 30 - Les fonctions instinctuelles

30.4.1 L'émotion qui se déclenche à cause d'une situation qui pourrait menacer l'intégrité d'un individu provoque deux réactions : la fuite ou l'agressivité.

30.4.2 L'agressivité en psychiatrie ne peut pas tout expliquer. Lors d'un stage en psychiatrie j'ai observé que certains patients qui ne souffraient pas de lésions du cerveau devenaient agressifs envers le personnel soignant à cause de facteurs de stress sans perturbations des conduites. Je me suis demandé comment cela

était possible ? Un patient en particulier qui était interné pour avoir eu un comportement inapproprié dans un magasin et qui revendiquait ses droits (une femme a pris sa place en le bousculant). La police et la justice ont exigé une expertise psychiatrique dont les conclusions ont été l'internement pour une période en milieu psychiatrique. Cet homme de 55 ans qui voulait rentrer chez lui s'est retrouvé avec d'autres patients qui eux, avaient des troubles du comportement. Chaque fois que l'infirmier distribuait « la potion magique », il devenait agressif car il ne voulait pas prendre ses médicaments. Cette agressivité légitime ne peut pas être comptée comme une conduite antisociale. Mais comme il se mettait de plus en plus en colère, les doses ont augmenté et il est tombé dans la classification du DSM comme trouble mental et du comportement. Je ne l'ai jamais plus revu.

30.5 Que des désordres du comportement sexuel soient décrits dans différentes maladie est un fait prouvé. Mais les facteurs psychologiques autres doivent aussi être recherchés car dans ces désordres il n'y a pas de protocole scientifique démontrable à ce stade et c'est bien dommage. En effet, l'**American Psychological Association**¹⁰⁸ a refusé de la considérer comme une addiction, malgré de nombreux débats au sein de la communauté scientifique.

Un désordre pourrait être aussi une forme d'addiction sexuelle qui pourrait être perçue comme étant associée à un trouble obsessionnel compulsif (TOC), ou à un trouble de la **personnalité narcissique**¹⁰⁹ et même à un **trouble bipolaire**¹¹⁰.

La dépendance sexuelle reste une véritable maladie du système de récompense. Si elle peut être soignée par la psychothérapie ou des groupes de soutien, elle trahit d'autres problèmes plus profonds qui serait urgent et important de traiter en psychothérapie ou en psychanalyse lorsque la personne admet qu'elle est dépendante au sexe et qu'elle ne pourra pas s'en sortir toute seule.

Lorsque j'animais des groupes de soutien dans les années 2000 j'avais observé que les personnes manifestaient d'autres troubles associés. Il serait peut-être judicieux, qu'un jour, on se décide à inclure dans le DSM ce trouble comme *trouble associé* dès lors qu'il est caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions.

En ce qui concerne la *défaillance d'Alzheimer* nommée aussi démence, j'avais observé cette diminution de la libido chez une patiente. Je m'étais posé la question de savoir si ses nombreuses années de veuvage y étaient pour quelque chose et que tout naturellement cette diminution de sa libido n'était pas le fruit de sa maladie !

Les désordres du comportement sexuel qui sont décrits aussi dans l'épilepsie ne sont pas toujours observés chez tous les épileptiques. Je connais deux personnes atteintes d'épilepsie, certes à un degré moindre mais qui ne présentent pas de symptômes comportementaux de nature sexuelle.

Il est fait mention de l'intervention de facteurs psychologiques ou d'un état dépressif que l'on nous demande de rechercher.

Reste que la liste étiologique semble plus longue que ce que l'on pense. Le syndrome de Klüver-Bucy fait état d'au moins treize items, ce qui laisse supposer qu'il y en a beaucoup d'autres.

Conclusion

Comme la psychobiologie, la neuropsychologie clinique est un volume de 1016 pages qu'il faut synthétiser en au moins en 30 pages. Comme pour mon premier devoir j'ai fait des choix qui me semblaient les plus pertinents. Je remarque qu'il fait suite au premier volume de psychobiologie car on y retrouve un certain nombre de sujets traités mais d'une façon plus explicite. Le fonctionnement du cerveau et le comportement

ont un lien évident mais comme toute recherche, le présent traité est un témoin donné à un instant précis. Il va sans doute attendre d'autres découvertes qui viendront affirmer ou modifier certaines théories. Toutefois, certains principes de tous ces courants théoriques resteront longtemps en vigueur.

Une chose est certaine, l'origine de la vie ou des êtres vivants, le « comment » tout ceci est arrivé et

« pourquoi » c'est arrivé de cette façon, la science ne peut pas répondre à l'heure actuelle. L'associationnisme, le connexionnisme, l'évolutionnisme, et en fait tous les « nnismes » restent du domaine de la spéculation ou de la théorie.

Que peut-on espérer des neurosciences ? Beaucoup, à la lumière de ce qui nous attend dans les décennies à venir. Nous avons disséqué l'homme à un point inégalable à ce jour. Peut-être devrions nous faire une pause et réfléchir sur certaines questions fondamentales comme : « Pourquoi tout ceci, pour quelle raison et dans quel but ? ».

Ce qui est certain, c'est que les sciences ont permis d'acquérir de nouvelles connaissances, elles ont permis de faire des rencontres et de mieux soigner.

Enfin, les recherches actuelles sur la longévité de la vie sont en cours, les dernières nouvelles de la Silicon Valley avec ce programme de 3 Milliards de dollars. L'immortalité, ça n'a pas de prix ou plutôt si, ça coûte cher, très cher. Cryogénisation, transfusions sanguines, ou encore, conservation de son esprit sur une clé USB... les techniques très sérieuses pour prolonger sa vie éternellement sont de plus en plus nombreuses et de plus en plus abouties. Pourquoi pas ? Mais je reste assez prudent sur ce sujet... !

Je ne peux que remercier les auteurs et les chercheurs de cet ouvrage passionnant.

Exposant

- 1 Spécialité de la médecine qui se consacre à l'étude des fonctions mentales et du système nerveux
- 2 La théorie cognitive consiste à montrer que la perception qu'ont les individus sur les évènements constitue ce qui pèse le plus sur leurs comportements, démontrant ainsi que les constructions mentales influent sur les conduites des individus
- 3 L'aphasie est un trouble du langage dont l'origine est une pathologie du système nerveux central
- 4 Le mot « aphasie » vient du grec a- (préfix privatif) + « phasis » (parole) et signifie « sans parole »
- 5 Broca reprend donc l'hypothèse localisationniste du cerveau, lequel posséderait des régions fonctionnellement distinctes, mais au niveau des fonctions cognitives supérieures telles que langage et mémoire, et non des aspects comme ceux que décrivait précédemment Gall, dans une approche que se basaient davantage sur un cadre sociétal que sur un cadre biologique ou fonctionnel
- 6 L'associationnisme (qui s'écrit parfois aussi : **associationisme**) est une thèse philosophique concernant l'esprit et la connaissance. Fortement liée à l'empirisme, elle prétend expliquer par l'association des idées toutes les opérations intellectuelles, tous les principes de la raison et même tout l'ensemble de la vie mentale
- 7 Le globalisme correspond à la façon de percevoir. Celle-ci se caractérise par la prédominance de l'ensemble. L'identification, comme la différenciation, repose uniquement sur la forme générale d'un objet. Par ailleurs, le globalisme et le syncrétisme ont souvent été confondus
- 8 La Gestalt-théorie, Le terme « gestalt » est un terme allemand qui signifie littéralement « forme », mais, au sens large, peut également être traduit par « représentation »

- 9 Le cognitivisme est le courant de recherche scientifique endossant l'hypothèse selon laquelle la pensée est analogue à un processus de traitement de l'information, cadre théorique qui s'est opposé, dans les années 1950, au béhaviorisme
- 10 Le connexionnisme est une approche utilisée en sciences cognitives, neurosciences, psychologie et philosophie de l'esprit. Le connexionnisme modélise les phénomènes mentaux ou comportementaux comme des processus émergents de réseaux d'unités simples interconnectées
- 11 Dans la perspective objectiviste, le comportement instinctif comprend : 1 Un comportement d'appétence dû à la motivation, comportement d'exploration ou de recherche de l'objet capable de satisfaire la *tendance*
- 12 La dopamine est émise par certains neurones dans les synapses, espaces situés entre les neurones. Elle se lie à des récepteurs situés sur d'autres neurones, permettant ainsi la transmission de l'information d'un neurone à l'autre
- 13 La sérotonine, encore appelée 5-hydroxytryptamine (5-HT), est une monoamine de la famille des indolamines. C'est un neurotransmetteur dans le système nerveux central et dans les plexus intramuraux du tube digestif, ainsi qu'un autacôïde (hormone locale) libéré par les cellules entérochromaffines
- 14 Les comportements compulsifs sont des actions qu'une personne se sent poussée ou obligée de faire à plusieurs reprises
- 15 Le Burn-out peut se définir comme une situation de mal être physique et mental lié au quotidien professionnel. Il ne doit pas être confondu avec la dépression ou le surmenage
- 16 Une complication grave du sevrage alcoolique impliquant des changements soudains et sévères du système mental ou nerveux
- 17 Terme médical utilisé pour décrire une maladie qui affecte la structure ou la fonction cérébrale
- 18 Le sevrage peut se référer à toute sorte de privation, mais est plus communément utilisé pour décrire ses effets, à savoir les symptômes qui surviennent lors d'un arrêt progressif ou brutal de consommation de substances, par exemple alcool, médicaments ou drogues ; ou entre deux prises il se produit alors une période de manque, surtout avec des substances à demi-vie courte
- 19 Un test pour surveiller la sensibilité électrique du cerveau et ainsi détecter les troubles s'il y en a, grâce à des électrodes
- 20 Relatif à l'akinésie, c'est-à-dire l'incapacité à effectuer des mouvements volontaires. Ceci est généralement dû à des anomalies dans le fonctionnement de certaines zones cérébrales
- 21 L'activité cérébrale restante permet la persistance des fonctions vitales de base (respiration, thermorégulation, activité cardiaque, digestion, élimination...). Cependant la personne n'est plus en mesure d'interagir avec l'environnement et de mener des activités réflexives
- 22 Le syndrome d'enfermement (en anglais locked-in syndrome), également connu sous le nom de syndrome de désafférentation motrice ou syndrome de verrouillage, est un état neurologique rare dans lequel le patient est éveillé et totalement conscient — il voit tout, il entend tout — mais ne peut ni bouger ni parler, en raison d'une paralysie complète excepté le mouvement des paupières
- 23 Selon Barkley (2006), le TDAH est un trouble multifactoriel qui entraîne plusieurs phénotypes différents en raison de la variété des symptômes qui perdurent dans le temps et qui présentent une forte association avec d'autres troubles. Le terme symptôme réfère aux comportements ou aux attitudes qui représentent une dimension du trouble mental
- 24 Etablissement médicosocial
- 25 L'amnésie (du grec ἀμνησία, *amnesia*) est une perte partielle ou totale de la mémoire. État pathologique permanent ou transitoire, congénital ou acquis, il peut être d'origine organique [résultant de lésions cérébrales comme une tumeur, le syndrome de Korsakoff, un traumatisme crânien, un épisode anoxique ou ischémique, une maladie neurologique, l'absorption de certains produits ou médicaments (type drogues de soumission)], fonctionnel (troubles psychologiques comme le stress post-traumatique, une maladie psychiatrique) ou considéré en psychanalyse comme un mécanisme de défense contre l'anxiété ou contre l'angoisse de souvenirs douloureux
- 26 La thiamine est la forme active de la vitamine B1
- 27 En médecine, l'ataxie (du grec *taxai*, signifiant « désordre ») ou danse des tendons est une maladie neuromusculaire qui consiste en un manque de coordination fine des mouvements volontaires. Elle est liée à une atteinte du système nerveux. Le trouble de la coordination est partiellement corrigé par le contrôle visuel
- 28 La confusion mentale est un syndrome clinique fréquent caractérisé par désorganisation aiguë de l'ensemble des fonctions cognitives et comportementales, mais n'étant pas due à des lésions structurelles du cerveau

- 29 Définition L'obnubilation est un trouble de la conscience, durant lequel la capacité de vigilance est diminuée. La personne présente un état léthargique, sans réaction face aux stimulations extérieures (bruits, changement brutal de luminosité, etc.) et ne répond pas ou très difficilement aux questions qu'on lui pose
- 30 En médecine et psychiatrie, l'onirisme est une activité mentale pathologique, faite de visions de scènes animées semblables au rêve. L'onirisme entre alors dans le cadre des hallucinations visuelles, souvent associées à des états de confusion mentale
- 31 L'aboulie est un trouble de la motivation. Le mot aboulie veut dire privé de volonté. Ce terme désigne un trouble psychique : la personne qui en souffre veut faire des choses mais ne peut pas passer à l'acte
- 32 En psychologie, il est communément admis que les émotions sont l'une des facettes centrales de la psyché (Gross et Feldman-Barett 2011)
- 33 La motivation est, dans un organisme vivant, la composante ou le processus qui règle son engagement pour une activité précise. Elle en détermine le déclenchement dans une certaine direction avec l'intensité souhaitée et en assure la prolongation jusqu'à l'aboutissement ou l'interruption
- 34 Les troubles dépressifs sont caractérisés par une tristesse suffisamment sévère ou persistante pour perturber le fonctionnement quotidien et souvent par une diminution de l'intérêt ou du plaisir procurés par les activités (anhédonie)
- 35 La manie (du grec ancien μανία / manīa « folie, démence, état de fureur ») est un état mental caractérisé par des degrés d'humeur, d'irritation ou d'énergie anormalement élevés. Elle appartient comme la dépression aux troubles de l'humeur
- 36 Un trouble bipolaire (anciennement maladie ou psychose maniaco-dépressive) est en psychiatrie un « trouble de l'humeur » caractérisé par une succession d'épisodes maniaques (ou hypomaniaques) et dépressifs
- 37 En médecine, étude du mécanisme causal d'une maladie, concept qui est déjà entièrement sous-entendu dans le terme pathogénie
- 38 Ensemble des phénomènes physiologiques et psychologiques provoqués par de nombreuses agressions extérieures : vitesse, froid, échec, pollution, etc.
- 39 On parle d'angoisse de séparation lorsqu'une personne anticipe excessivement la séparation avec un autre être qu'il s'agit d'humains ou d'animaux
- 40 L'affirmation de soi consiste en la capacité d'exprimer ses émotions, ses pensées et ses opinions de même que de défendre ses droits tout en respectant ceux des autres, ceci de façon directe, honnête et appropriée
- 41 Le TAG est un état d'anxiété permanente et de soucis excessifs, qui se maintient pendant au moins 6 mois. Cette anxiété n'est pas liée à un objet ou à une situation précise. Il s'agit d'une inquiétude excessive de tous les moments de la vie quotidienne (professionnelle, familiale, affective, sociale) que la personne a du mal à contrôler
- 42 L'obsession est une névrose. Caractérisée par l'irruption dans la pensée d'un sentiment, d'une idée, d'une tendance particulièrement morbide dont le sujet n'arrive pas à se débarrasser
- 43 (Psychologie) Désir ou besoin psychique irrésistible, considéré comme irrationnel, et qui pousse à agir afin de moins se sentir angoissé ou en détresse
- 44 La dépression se définit comme une tristesse pathologique sans motif et non expliquée. Le syndrome dépressif réalise l'association clinique, à des degrés variables, les symptômes émanant des perturbations émotionnelles, comportementales, somatiques et cognitives caractéristiques
- 45 Les attaques de panique arrivent brusquement sans aucun avertissement. Elles peuvent frapper à tout moment et peuvent être occasionnelles ou fréquentes
- 46 Une maladie mentale chronique qui provoque une anxiété irrationnelle due à une interaction sociale
- 47 Les phobies sont une forme de troubles anxieux où l'angoisse se focalise sur un objet, une situation ou une activité précise qu'elle ne justifie pas
- 48 L'état de stress post-traumatique est un trouble anxieux sévère, qui se développe à la suite d'un événement ayant entraîné une détresse intense. Ce trouble s'installe de manière durable, perturbe profondément la vie quotidienne et peut, s'il n'est soigné, se compliquer de dépression
- 49 Il s'agit d'un sentiment de tristesse ou de vide présent presque tous les jours et toute la journée. Cette tristesse peut être accompagnée de pleurs ou de sentiment de désespoir. La particularité est que cette tristesse est quasi permanente et n'a pas de motif précis énoncé par la personne

- 50 La dépression est une maladie psychique et mentale qui se déroule sur une période prolongée et fait partie des troubles de l'humeur
- 51 L'aphasie est un trouble du langage qui touche des personnes ayant acquis le langage. Le type d'aphasie varie en fonction de la zone atteinte au niveau du cerveau en rapport avec les aires du langage. Plusieurs types d'aphasie sont distingués
- 52 Le terme générique « troubles de la fluence verbale » désigne le bredouillement et le bégaiement. Ces deux troubles ont pour conséquence : des pauses qui entraînent une rupture de fluidité et des répétitions de certaines parties du discours
- 53 En sociologie, l'anomie est une notion développée par Emile Durkheim (1858-1917) pour désigner certaines situations de dérèglement social, d'absence, de confusion ou de contradiction des règles sociales
- 54 Trouble de type aphasique par défaut de l'organisation syntaxique du langage et qui s'observe au décours des aphasies motrices. Il se caractérise par un ralentissement du discours, une réduction du vocabulaire, la diminution du nombre et la simplification des structures syntaxiques, la brièveté des phrases avec des juxtapositions fréquentes, des élisions et des substitutions
- 55 Paul Broca fut un pionnier de l'imagerie cérébrale fonctionnelle en inventant une « couronne thermométrique » avec laquelle il pensait pouvoir mesurer les variations de température de la surface du crâne dues à des changements de l'activité du cerveau
- 56 Action de comprendre le sens, le fonctionnement, la nature, etc., de quelque chose : Faciliter la compréhension d'un texte
- 57 Il se fit connaître en particulier par ses travaux sur une zone du cerveau impliquée dans le langage, à laquelle il laissera son nom (l'aire de Wernicke), ainsi qu'au syndrome d'aphasie associé aux lésions de cette zone (aphasie de Wernicke). Son nom est aussi attaché à l'encéphalopathie de Wernicke. Il fut élève de Théodor Meynert, ce qui explique peut-être que les premiers travaux de Sigmund Freud (inspirés de ce dernier) soient proches de ces concepts
- 58 L'aphasie de conduction se caractérise par un langage spontané et fluent c'est-à-dire que le patient émet un nombre de mots proche de 90 en une minute, ce qui est normal néanmoins la fluence, au cours de l'aphasie de conduction, est moindre que celle de l'aphasie de Wernicke et plus que celle de l'aphasie de Broca
- 59 L'aphasie globale est définie comme une altération grave du langage, car la production de la parole, le traitement et la compréhension sont eux-mêmes affectés
- 60 Le système nerveux végétatif ou système nerveux autonome assure le contrôle et la régulation des grandes fonctions automatiques de notre organisme tels que la digestion, la circulation, la respiration, la thermorégulation, l'excrétion
- 61 Les aphasies primaires progressives (APP) sont des maladies dégénératives touchant sélectivement les régions cérébrales de l'hémisphère gauche qui prennent en charge le langage (notamment le cortex frontal et temporal)
- 62 Mieux connu sous le nom commun d'« attaque cérébrale », l'accident vasculaire cérébral (AVC) est une perte brutale de la fonction cérébrale due à un infarctus cérébral ou à une hémorragie. Il entraîne des dommages irréversibles au niveau des tissus cérébraux
- 63 L'encéphalite est une inflammation aiguë du cerveau résultant habituellement d'une infection virale ou d'un dysfonctionnement du système immunitaire qui attaque par erreur le tissu cérébral. Elle commence généralement par de la fièvre et un mal de tête. Elle est rarement mortelle
- 64 Une tumeur est une masse plus ou moins volumineuse due à une multiplication anormale de cellules. Il existe un grand nombre de tumeurs du cerveau différentes. Elles n'ont pas toutes les mêmes symptômes en fonction de leur localisation et de leur taille
- 65 L'acalculie est l'impossibilité : De reconnaître les chiffres et symboles arithmétiques. D'effectuer les opérations arithmétiques de base (addition, soustraction)
- 66 La dyscalculie est un trouble du langage écrit et scolaire qui porte plus spécifiquement sur les chiffres et le calcul. On observe des difficultés à comprendre et à utiliser les nombres
- 67 Les défauts dans le calcul proviennent d'altérations linguistiques. L'incapacité à comprendre et à codifier le langage numérique entraîne une incapacité à pouvoir traiter celui-ci

- 68 Elle est principalement liée à des problèmes de lecture et de reconnaissance des symboliques numériques. Le patient ne peut pas comprendre à travers la lecture
- 69 Consiste en l'incapacité à communiquer et à s'exprimer au travers de l'écriture. Ledit trouble ne provient pas de l'incapacité à exécuter le mouvement mais de l'incompréhension de l'acte d'écrire au niveau symbolique. Par conséquent, le patient est incapable d'écrire des nombres
- 70 Ces patients ont tendance à persévérer et répètent donc les erreurs de manière systématique. Cette condition est due à l'incapacité d'identifier les erreurs et de réfléchir à d'autres stratégies pour parvenir à la solution
- 71 La personne touchée par ce type d'acalculie a du mal à utiliser des concepts de relation. Un exemple clair serait l'incapacité à associer les problèmes mathématiques avec les opérations nécessaires à sa solution
- 72 Dans le domaine du comportement, la latéralité est le fait d'utiliser préférentiellement les organes d'un côté du corps pour effectuer certaines tâches. S'agissant des mains, on parle de préférence manuelle : un droitier utilisera préférentiellement sa main droite et, plus généralement, ses organes du côté droit (pied, etc.), tandis qu'un gaucher utilisera préférentiellement ceux du côté gauche. L'œil directeur n'est pas toujours du côté de la latéralité motrice
- 73 L'apraxie est un trouble qui rend une personne incapable de réaliser un ou plusieurs mouvements, notamment sur commande. Ce déficit neurologique concerne aussi bien la conceptualisation que l'exécution du geste proprement dit
- 74 Apraxie idéatoire L'apraxie idéatoire est une des principales formes d'apraxie. Elle touche la capacité à manipuler des objets. Il s'agit typiquement d'une incapacité à se représenter mentalement la suite de gestes à réaliser pour effectuer une action
- 75 L'apraxie idéomotrice est une difficulté à effectuer des gestes concrets (comme la manipulation d'objets entre autres), due à une lésion du système nerveux consécutive à une atteinte des lobes pariétaux (situés à la partie supérieure du cerveau)
- 76 L'apraxie conceptuelle consiste à ne pas avoir la capacité de réfléchir sur les étapes requises pour effectuer une action. Les gens affectés par ce type de choses se mélangent et font les dernières choses d'abord et les premières choses durent
- 77 Aussi appelée apraxie constructive. Au cours de ce trouble, le patient a des difficultés à dessiner des figures ou à construire des formes
- 78 Une paralysie conjuguée du regard est l'incapacité à bouger les deux yeux ensemble dans une même direction, horizontale (le plus souvent) ou verticale
- 79 La somatognosie réfère à la connaissance qu'un individu a de son corps et des relations entre ses différentes parties. En effet, ce concept est intimement relié au schéma corporel qui permet d'avoir une connaissance de la position, du mouvement et de la localisation de notre corps dans l'espace
- 80 On sait que ces troubles peuvent avoir plusieurs conséquences dommageables pour l'enfant. En effet, on peut observer, lorsqu'une lésion se produit au niveau de la région temporo-pariéto-occipitale, des répercussions au niveau des habiletés scolaires, de la coordination motrice fine, de la perception du rythme, de l'espace et du temps. (Guiose, 2012 ; Vaivre-Douret, 2006)
- 81 Impossibilité de reconnaître les objets d'après leurs qualités (forme, couleur, température, etc.), bien que les fonctions sensorielles (vision, audition, etc.) soient intactes
- 82 Une hémiasomatognosie (en anglais hemiasomatognosia) est un trouble qui se caractérise par le fait que le patient refuse de reconnaître comme sienne la moitié paralysée de son corps (le plus souvent le côté gauche)
- 83 Le syndrome de Gertsmann est un syndrome neurologique, associant une agnosie digitale, une indistinction droite gauche, une acalculie, une dysgraphie et parfois une apraxie constructive
- 84 L'autotopagnosie, est une maladie qui se caractérise par l'incapacité de reconnaître la localisation des différentes parties du corps
- 85 Le patient peut parfois reconnaître des parties de l'objet, mais est incapable de former le percept de l'objet, de synthétiser l'information sensorielle qu'il reçoit. L'agnosie aperceptive est le déficit de la perception des formes. La dénomination d'un objet est impossible
- 86 Agnosie associative (aussi connu sous le nom agnosie visuelle des objets) est caractérisé par l'incapacité d'un individu à reconnaître les objets qu'il voit bien que rien ne cloche avec le système visuel. Le système visuel fonctionne et la perception visuelle normale se déroule
- 87 La prosopagnosie est un trouble de la reconnaissance des visages, distinct de la prosopamnésie. C'est une agnosie visuelle spécifique rendant difficile ou impossible l'identification des visages humains

- 88 L'alexie agnosique désigne l'incapacité à reconnaître des mots écrits. Le langage parlé est normal ainsi que l'écriture mais le sujet ne comprend pas le sens d'un texte et éprouve des difficultés à lire certains mots, voire à les épeler. C'est cette forme d'alexie que l'on nomme encore parfois cécité verbale
- 89 Simultagnosie désigne les troubles de la reconnaissance de plusieurs objets par un patient qui n'identifie bien que les détails
- 90 Une hallucination est définie, en psychiatrie, comme une perception sensorielle sans présence d'un stimulus détectable : par exemple voir des objets physiquement absents, ou bien entendre des voix sans que personne ne parle
- 91 Elles sont élémentaires (sensation de froid ou d'humidité, de chaud ou de brûlures, démangeaisons, piqûres, pincement, fourmillement...) ou plus élaborées, le sujet reconnaît un jet d'eau, un objet ou instrument, un contact avec une main, ou la présence d'animaux ou de parasites (sensation de grouillement ou de reptation)
- 92 Les hallucinations gustatives, ou olfactives (nommées phantosmie) désignent le fait de percevoir des goûts ou de sentir des odeurs continuellement en dehors de toutes alimentations ou objets expliquant leurs présences de façon continue. Il est important de distinguer ces sensations et perceptions anormales de celles qui accompagnent les affections digestives ou respiratoires
- 93 La perception est le plus souvent désagréable : vomi, d'urine, pétrole, ammoniacque, d'excrément, de fumée et autres puanteurs repoussantes. En ce qui concerne le goût, on retrouve généralement des goûts désagréables (amer, acide, salé...) ou suspect (poison)
- 94 L'autoscopie interne se produit d'une façon très caractéristique, c'est le sommeil hypnotique, et particulièrement dans certaines conditions que nous aurons à analyser plus loin.
- 95 La maladie de Parkinson, décrite par James Parkinson en 1817, est une maladie neurologique chronique dégénérative (perte progressive des neurones) qui affecte le système nerveux central et qui provoque des troubles progressifs : mouvements ralentis, tremblements, rigidité puis troubles cognitifs. C'est le second trouble neurodégénératif le plus fréquent
- 96 Le syndrome extrapyramidal est une forme de syndrome parkinsonien qui correspond à un ensemble de symptômes résultant de lésions neurologiques ou d'un dysfonctionnement au niveau du système cérébral dopaminergique (nigro-strié)
- 97 L'akinésie ou acinésie est une lenteur d'initiation des mouvements avec une tendance à l'immobilité (mouvements volontaires, mouvements associés, mouvements d'ajustement postural, mouvements d'expression gestuelle et émotionnelle), et ce, en l'absence de paralysie. Cela est dû à un problème d'activation de zones du cerveau (atteinte de la voie nigro-striée entraînant un déficit en dopamine)
- 98 La rigidité musculaire est une tension extrême des muscles créatrice de nombreux maux gênant le bon fonctionnement du mouvement. Cette raideur peut s'exercer à l'ensemble des muscles du corps ou seulement une partie
- 99 La maladie de Parkinson (MP) est à l'origine de troubles de la posture corporelle se manifestant par une tendance à se pencher vers l'avant en position fléchie et à s'incliner d'un côté. Plus fréquents chez l'homme, ils sont en rapport avec l'âge du malade, la durée d'évolution de la maladie et sont peu sensibles aux traitements dopaminergiques
- 100 La démence (du latin dementia signifiant « folie ») ou trouble neurocognitif majeur^{1,2} est une sérieuse perte ou réduction des capacités cognitives suffisamment importante pour retentir sur la vie d'un individu et entraîner une perte d'autonomie
- 101 L'hypertonie musculaire est une augmentation pathologique du tonus musculaire. Elle est d'origine neurologique et souvent la conséquence d'une pathologie
- 102 La dyskinésie, un effet secondaire au traitement de Parkinson. La dyskinésie est un effet secondaire qui peut se retrouver chez certains patients atteints de la maladie de Parkinson et traités à la L-dopa (ou levodopa). Il ne s'agit donc pas de symptômes de la maladie de Parkinson à proprement parler
- 103 Assurance Invalidité en Suisse
- 104 Ce phénomène appelé « On/Off », plus rare que les fluctuations de fin de dose, correspond à un blocage inattendu survenant en quelques secondes. Ces fluctuations apparaissent très rapidement, parfois en quelques secondes et disparaissent aussi rapidement
- 105 L' α -synucléine est une protéine abondante dans le cerveau jouant un rôle dans la communication neuronale. Plus précisément, elle est impliquée dans les mécanismes de libération des messagers neuronaux qui sont préalablement regroupés dans des vésicules, elles-mêmes localisées dans les terminaisons synaptiques
- 106 Les tâches de fluence dite sémantiques ou catégorielles (ex : animaux, fruits) consistent à demander à un sujet d'évoquer le plus de mots possibles appartenant à une catégorie sémantique en un temps limité, généralement une ou deux minutes
- 107 Ralentissement des fonctions mentales et du cours de la pensée, qui s'accompagne souvent d'une lenteur de l'activité motrice. L'évocation des souvenirs est difficile, les réponses lentes. La bradypsychie se rencontre dans plusieurs affections : maladie de

Parkinson, épilepsies, dépressions, entre autres. Syn. bradypsychie (du grec psukhê [psych-, psych(o)-, -psychie], anc. souffle, auj. esprit, âme)

- 108 L'Association américaine de psychologie (anglais : American Psychological Association ; APA) est une société savante et professionnelle américaine de psychologues
- 109 Le trouble de la personnalité narcissique est un trouble de la personnalité dans lequel un individu se manifeste par le besoin excessif d'être admiré et par un manque d'empathie. Les symptômes apparaissent au début de l'âge adulte
- 110 Un trouble bipolaire (anciennement maladie ou psychose maniaco-dépressive) est en psychiatrie un « trouble de l'humeur » caractérisé par une succession d'épisodes maniaques (ou hypomaniaques) et dépressifs

Addenda

Troubles anxieux

- Présentation d'un cas (j'ai suivi Gabriel pendant trois ans avant son suicide)

Anamnèse

Gabriel, un homme arrivant à un âge (45 ans) où se précisait le besoin de se situer professionnellement, d'entrer dans une filière permettant de voir le développement à terme de sa carrière. Jusqu'alors, il s'efforçait de fortifier son expérience dans les domaines qui l'intéressaient et d'atteindre un grade académique qui aurait pu lui apporter une certaine sécurité. Le poste qui l'envisageait l'intéressait parce qu'il y voyait un moyen de clarifier sa position et une ouverture pour son avenir.

Sa personnalité était assez complexe avec une forte affectivité mêlée d'une grande anxiété qu'il a toujours essayé de maîtriser, d'où une tension interne très forte. Pour y parvenir, il s'appuyait sur son intelligence, tirant parti de ses capacités de réflexion et de logique.

Son orientation s'était tournée vers le social qu'il envisageait sans romantisme mais au contraire avec un souci d'efficacité.

Forme de l'intelligence et style de travail

Gabriel était conscient de ses ressources intellectuelles. Il avait l'esprit logique, rationnel, se montrait homme d'ordre et de méthode mais sans rigidité. Il avait un souci d'efficacité qui le poussait à tirer quelque chose de pratique de sa réflexion malgré son trouble de l'humeur. Maîtrisant bien son intelligence, il s'efforçait de l'utiliser dans la mesure du possible. Cependant, il n'était pas un théoricien, ne cherchait pas à jouer avec les idées pour le seul plaisir de l'esprit. S'il s'appuyait sur des principes (il était très engagé dans sa communauté religieuse), c'était pour disposer d'une ligne de conduite qui lui permettait d'avancer avec plus de sûreté.

Il se refusait toute impulsivité dans l'action et, de même, conscient de sa forte affectivité et de ses angoisses, il ne voulait pas se laisser entraîner par ses sentiments. En conséquence, il visait à s'organiser, écartait l'improvisation. Il savait qu'il pouvait compter sur sa facilité de compréhension et sur sa capacité d'assimilation. Capable d'analyser une situation, un problème, Gabriel restait dominé par son souci d'efficacité et de réalisation.

C'était un homme qui prenait sa tâche au sérieux, tenait à son image de marque et veillait à ne pas donner une impression d'amateurisme. De son expérience, il avait tiré un savoir-faire qui facilitait son adaptation.

Forme de sa personnalité

Elle était marquée par une forte affectivité accompagnée d'une grande anxiété qu'il tenait le mieux possible en laisse mais qui réapparaissait dans son côté sensible, voire susceptible lorsqu'il avait le sentiment que ses efforts, sa volonté d'obtenir un résultat n'étaient pas reconnus à leur juste valeur.

La facilité de contact ne doit pas faire oublier que Gabriel était un homme au tempérament tendu, inquiet. Cette inquiétude ne se manifestait pas dans l'action immédiate. À ce stade, grâce à son sérieux, son esprit d'ordre et de méthode, il avait confiance en lui et, s'il n'obtenait pas, à propos d'une tâche, le résultat escompté, il savait qu'il pouvait expliquer objectivement ce qui s'était passé. L'inquiétude se montrait par contre lorsqu'il s'agissait de jugements d'ensemble à son égard.

Dans ses rapports avec son entourage (chef, collègues), Gabriel avait besoin de sentir un climat de compréhension. Lui-même jouait le jeu, respectait les politiques et procédures, informait bien mais attendait en retour, le même comportement envers lui. Ce qui n'a pas été souvent le cas.

Ses contacts étaient aisés, marqués par la simplicité. Il était ouvert, compréhensif. Cependant, on pouvait distinguer deux attitudes différentes. Vis-à-vis des personnes prises individuellement, il se montrait attentif, sensible aux cas, aux problèmes particuliers ; vis-à-vis des groupes, des ensembles, il apparaissait plus distant, soucieux de les traiter de façon rationnelle.

Son besoin d'action le portait tout naturellement à s'imposer et à imposer sa manière de faire mais, conscient de cette tendance, il la freinait. Par principe, il s'efforçait, dans la mesure du possible, de respecter la liberté, l'autonomie des autres et, notamment, celle de ses subordonnés. Lui-même avait d'ailleurs besoin d'une telle autonomie dans l'action.

S'il était discipliné, il ne pouvait se satisfaire d'un simple rôle d'exécutant et aimait apporter quelque chose de personnel dans son travail.

Gabriel avait une vision assez réaliste du travail social, vision guidée par son souci d'efficacité. Il témoignait de la méfiance à l'égard des théories et réprouvait les activités mal organisées. Il tenait à ce que ses efforts donnent des résultats.

Discussion :

Gabriel fumait du cannabis régulièrement, il présentait une forme de dépression et d'humeur changeantes. Cela tranchait avec son fonctionnement habituel. Le DSM de l'époque (la CIM 10) ne présentait pas cette forme de trouble mentionnant le trouble comme *non spécifié*.

Il y avait cependant chez Gabriel un trouble de l'adaptation. Suivi par un psychiatre j'avais observé qu'il pouvait répondre au critère de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou anxieuse.

Le fait de consommer une substance, ici, du cannabis, j'avais observé des modifications persistantes de son humeur qui me semblait être une conséquence physiologique directe de ces changements d'humeur. Son psychiatre avait ordonné un protocole thérapeutique médicamenteux qui m'a semblé inadapté.

La question qui se pose est la suivante : qu'est-ce qui a poussé Gabriel au suicide ?

Dans sa définition de son trouble de l'humeur et sans percevoir de dépression majeure, Gabriel pouvait-il être atteint de maladie affective bipolaire ? Faisait-il l'objet de plusieurs types d'émotions ? On pouvait observer chez Gabriel l'intensité de ses émotions mais qui parfois débordaient. Est-ce que ce débordement pouvait entraîner des difficultés significatives dans son fonctionnement quotidien ?

Jusqu'à ce qu'on découvre que Gabriel était sous l'emprise du cannabis et ses effets probables, chaque thérapeute a pensé qu'il était dans une phase dépressive plus ou moins non spécifiée. Ce que l'on appellera plus tard un épisode mixte. Nous avons observé également une certaine fluctuation de son humeur surtout en présence de ses collègues qui ne jouaient pas le jeu. On se souvient que Gabriel avait besoin en retour d'une compréhension de la part des autres.

On observe aussi une irritabilité assez forte quand il n'obtenait pas quelque chose avec une augmentation de la vitesse de sa pensée et de sa parole. Ce qui me laisse croire qu'il y avait une suspicion d'une maladie affective de type bipolaire. Il y avait eu dans certaines séquences plusieurs épisodes thymiques. Les aspects psychosociaux et son mode de vie ont probablement influencé sa maladie. Etant célibataire, Gabriel avait une

relation avec le sexe opposé assez particulière. Cette solitude a pu jouer un rôle dans l'évolution de son trouble.

Il semble que l'organisation d'une stratégie de maintien pour sa santé et d'intervention sur les risques n'ont pas été assez performantes. Quant à la médication prescrite par son psychiatre, il n'y avait aucun doute sur l'inefficacité escomptée et l'attitude des aidants naturels quasi inexistante.

Nous étions loin de l'approche intégrative avec Gabriel. Avait-il intégré la démarche thérapeutique ? Tout semble indiqué que quelque a échappé à tous les spécialistes. Les thérapies cognitivo-comportementales n'étaient pas encore à la mode.

Conclusion :

On ne peut pas tout expliquer avec ce trouble de l'humeur. Je n'ai pas eu le temps d'investiguer plus en profondeur les troubles sous-jacents. Gabriel était célibataire. On aurait dit, lorsqu'il venait en consultation, qu'il voulait crier sa souffrance. Gabriel a mis fin à ses jours à l'âge de 48 ans.

Les psychologies de toutes sortes et les neurosciences évoluent et c'est tant mieux. Les découvertes modernes actuelles ouvrent la porte à une plus grande rigueur dans les diagnostics posés.

Rien ne laissait entrevoir une crise suicidaire, cet état fluctue dans le temps et est réversible. Mais cet état peut faire surgir du plus profond de Gabriel des idées suicidaires. Elles auraient pu émerger face à l'insupportable de son état réel de santé psychique. Ces idées ont pu être subies notamment au début du phénomène.

Y-a-t-il eu une forme de rupture avec son état intérieur ? En d'autres termes il a changé de comportement, de contact qui aurait pu ne plus être comme d'habitude. Ici la vigilance semble avoir eu une absence. Ses parents étaient assez loin de Gabriel et dans l'incapacité de s'en occuper.

Une chose est certaine, l'effet du cannabis sur sa santé mentale à jouer un rôle. Des symptômes de psychoses pouvaient-ils exister ?

Comme expliqué à la conclusion de la page 19, la neuropsychologie qui est définie comme une discipline qui étudie les liens entre le fonctionnement du cerveau et le comportement a fait un grand progrès dans l'histoire des neurosciences cognitives. Elle permet vraiment de comprendre les perturbations présentées par les patients et de les prendre en charge, tout en apportant des données essentielles qui ont manqué si longtemps, pour modéliser le fonctionnement cognitif chez le sujet sain.

En fait, la neuropsychologie clinique est bien un témoin de notre temps. Il y aura d'autres Gabriel's à l'avenir mais ils auront au moins la chance de pouvoir bénéficier de tout ce qui a manqué dans le passé.

Épilogue du traité étudié

Incroyablement complexe cette neuropsychologie cognitive non seulement dans ses objectifs mais également dans ses principes. Si l'objectif est la compréhension de la cognition humaine dans ce qu'elle a comme dysfonctionnements suite à des lésions cérébrales pour la bonne compréhension de son fonctionnement cognitif normal, ce traité aura réussi son objectif.

Il apporte un surplus d'informations rien que dans l'étude du système cognitif. Pour bien comprendre j'ai dû assimiler le fonctionnement normal en premier des fonctions cognitives et ensuite les conditions pathologiques.

Alors il y a plusieurs postulats dans cette approche cognitive qui ont été émis : 1) la modularité qui pose que la cognition humaine est composée de différents systèmes de traitement de l'information, 2) la transparence, qui

suggère que le comportement émis par un patient atteint de lésions cérébrales peut être interprétée comme le résultat du fonctionnement normal d'un système qui a été endommagé.

Ensuite j'ai observé toutes les dissociations, associations et erreurs qui s'appuient sur au moins trois indices : 1) la dissociation de troubles, 2) l'association de troubles, 3) l'organisation et la structure des erreurs.

Il apparaît ici que la neuropsychologie reste bien du domaine de la psychologie clinique puisqu'elle se spécialise dans les troubles neurologiques. La prise en charge des personnes cérébro-lésées et à les évaluer. Ce serait son champ d'intervention.

Une dernière remarque concernant l'approche organique de la psychologie ; prétendre que l'esprit ne fonctionne pas sans le cerveau, je dirais le contraire. Malgré les études actuelles et anciennes qui mettent en évidence des anomalies anatomiques, morphologiques et fonctionnelles du SN dans ces pathologies et en ne parlant même pas des dysfonctionnements endocriniens, immunitaires et même des mutations génétiques qui présentent des facteurs de risques, je ne suis pas certain que cette approche soit vraiment vérifiable. J'avais postulé que le cerveau pouvait être un *gant* et que l'esprit pouvait être la *main* qui pourrait faire fonctionner le cerveau. Je reconnais qu'il puisse avoir une faille dans mon postulat car la cellule est bien vivante bien avant que la main entre dans le gant. Les activités mentales et cérébrales (le « Problème corps-esprit ») reste l'objet de nombreux débats dans les sciences contemporaines (psychologie, intelligence artificielle, philosophie, etc.)

La cognition quantique qui arrive à de beaux jours devant elle.

