

**CONTACT CORPOREL
ET
CONSTRUCTION D'UN LIEN THERAPEUTIQUE
INTERSUBJECTIF**

Maryse Doess



Peaceful embrace – Briony Marshall

Publié dans

Bioenergetic Analysis

« The Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis »

Vol. 14 – Number 1 – Spring 2004

Et dans

« Le corps et l'analyse »

Vol. 5 – numéro 2 – Automne 2004

Il y a quelques années, je m'étais questionnée quant à certaines prises de position relatives au « toucher » en psychothérapie, l'encouragement ou la réprobation, voire l'interdit dont il était frappé, pour des raisons théoriques ou culturelles. J'ai l'occasion, vingt ans plus tard, en me fondant sur mon expérience clinique, d'énoncer mon propre point de vue, et de montrer que le toucher est indispensable pour la construction du lien intersubjectif.

Depuis que je travaille comme analyste bioénergéticienne, j'ai toujours utilisé le toucher comme un outil central, me basant sur ma compréhension du processus thérapeutique et de sa finalité, ou me basant sur mon intuition et ma sensibilité empathique. Mon abord du processus thérapeutique en pratique psychocorporelle inclut naturellement le contact physique. Cette position du soin au travers du toucher n'est pas sans rappeler l'attitude du parent qui fournit cette réassurance à son enfant.

Les recherches de ces vingt dernières années concernant le développement des très jeunes enfants me semblent avoir considérablement influencé les méthodes de travail des thérapeutes, et la mienne en particulier, par l'importance accordée à la construction du lien intersubjectif avec un patient. Cette construction émerge des échanges visuels, des contacts corporels et des interactions physiques, dans un profond respect de l'autre.

Selon les circonstances, je touche mes patients, je les prends dans mes bras, je les regarde de très près, je joue avec eux, et je constate progressivement que ma propre sécurité et confiance intérieures créent des conditions favorables pour que se développent leur sécurité et confiance personnelles.

J'ai eu la chance d'avoir un « Maître » en la matière, Bob Lewis, à qui je témoigne ici mon immense gratitude, pour ce qu'il m'a appris par ses recherches et ses publications, mais aussi au travers des contacts personnels que j'ai eu la chance d'avoir avec lui à plusieurs reprises. Bob Lewis a réussi un jour, parce qu'il arrivait probablement comme « the right thing at the right time » (« la bonne chose au bon moment »), à faire réellement fondre mon « faux-self ». Comment ? Curieusement, en torturant la base de mon occiput, en entrant au fond de mes yeux avec les siens, en forçant le voile de mon regard effrayé d'« être vue », il m'a permis de déposer les armes et d'atteindre un niveau de véracité jamais vécu auparavant. Tout cela grâce à son toucher, si particulier, douloureux, proche, intime, intense, vrai et sécurisant. Je m'identifie, de l'intérieur, à ce qu'il en dit : « (...) mon « toucher » était un pont crucial pour encoder en langage oral ce qui avait été jusqu'alors indicible pour le patient, un pont qui valait mille mots, un pont vers ce à quoi l'accès aurait été impossible au travers du langage parlé seulement » (1)

Ce travail a eu pour effet non seulement d'ouvrir une nouvelle brèche dans l'exploration de mon histoire personnelle, mais également d'influencer considérablement mon approche clinique. Depuis vingt ans, au fil des expériences, j'ai peu à peu affiné mon propre style de travail, mes outils, et c'est un plaisir de vous les présenter ici. Je vais décrire mon travail avec une patiente pour illustrer ce que je comprends des étapes de la construction d'un lien thérapeutique intersubjectif et l'importance que j'accorde au contact corporel.

HISTOIRE DE CRISTINA ET MOTIFS DE LA THERAPIE

Cristina a 53 ans lorsqu'elle vient me voir. Elle se présente au téléphone « Je suis une sœur religieuse ». Je suis surprise. Les questions m'assaillent, tranquillement. Nous prenons rendez-vous.

La femme que je rencontre a des yeux clairs, purs, un regard franc, une grande présence. Elle s'adresse à moi en anglais, et les marques d'une « bonne éducation » m'en donnent une première image de « petite fille, douce, polie et sage », au-delà du contact avec cette femme posée, présente, engageante.

D'emblée elle se lance à l'eau, et je comprends rapidement le courage dont elle a dû faire preuve pour me parler de sa raison d'être ici avec moi :

Elle est née en 1946. A vingt ans, elle prononce ses vœux, puis entre dans une communauté religieuse qui se consacre à l'aide aux pauvres. En 1972, elle enseigne dans une école pour enfants sourds-muets, grande école religieuse classique, un peu à l'écart d'une petite ville. Elle a vingt six ans, elle se sent heureuse de son choix et ses élèves lui témoignent beaucoup d'affection.

En février de cette année-là, son père meurt. Cette perte est très douloureuse, elle avait avec son père une relation de complicité, d'échange et d'amour. C'était un homme généreux, affectueux, et ils correspondaient très régulièrement. Elle partageait avec lui l'amour de la nature, la poésie, et il était un soutien permanent pour elle.

Trois mois plus tard, par un samedi de mai, toute l'école est sortie pour un pique-nique. Quelqu'un doit rester pour accueillir un élève revenant de chez lui. Cristina reste. Elle accueille cet enfant sourd, et va déposer ses vêtements mouillés dans la cuisine. C'est alors qu'entre silencieusement derrière elle un homme grand, fort, qui la plaque contre le mur, met sa main sur sa bouche et la brutalise. Personne dans la maison n'est là pour se soucier de son absence, l'enfant sourd est dans sa chambre, le repas n'aura lieu que dans quelques heures. Le viol est brutal, cruel, horrible.

Lorsqu'elle pourra me raconter, bien plus tard, les détails de cette attaque, je me demanderai comment elle a pu rester en vie, car au-delà de l'horreur du viol, elle a été très brutalement blessée par cet homme, battue, mordue, sa tête frappée fortement à plusieurs reprises contre le mur...

Lorsque la directrice et les autres sœurs reviennent quelques heures plus tard avec toute l'école, elles sont horrifiées de la trouver ainsi. Le médecin (une Sœur) l'examine et, stupéfiée elle-même, rend un rapport de l'état de Cristina. L'examen est bref et non complet, il n'y aura notamment jamais d'examen gynécologique. On ne l'envoie pas à l'hôpital. On l'accompagne dans sa chambre, éloignée du lieu de rassemblement de l'école, et quelques Sœurs viendront timidement lui apporter de quoi boire et manger à une ou deux reprises durant le week-end.

La directrice dit à toutes les sœurs de l'école : « Nous dirons que Cristina a fait une chute dans l'escalier, il est hors de question que nous mentionnions cet événement, les parents des élèves seraient effrayés et enlèveraient leurs enfants de l'école. » Personne ne bronche, tout le monde garde le silence le plus total, sur le moment, et personne n'en reparlera jamais plus par la suite...Le lundi suivant, Cristina donne ses cours, comme d'habitude! Elle lit mille questions dans les yeux des enfants, beaucoup de peine et de sympathie chez tous ses élèves, mais aucun mot ne sera dit. Cristina reverra sa famille l'été suivant, mais ne parlera de l'événement à personne. Aucune plainte n'est déposée, aucune enquête n'est poursuivie. Le silence se referme.

Elle continue normalement le cours de sa vie, au service des enfants auprès desquels elle enseigne, puis elle quitte l'école et travaille durant plusieurs années dans diverses missions. Aucune trace du choc, aucun souvenir, aucun symptôme. Cristina a « oublié » ?

Est-ce du refoulement d'un choc qu'il s'agit ?

Après trois ans de travail ensemble, elle me dira dans un mail : « *Je ne crois pas que j'aie vraiment jamais totalement oublié le « fait » de l'école. Je me souviens avoir parlé à plusieurs occasions de l'intrusion de cet homme dans l'école. Je n'ai jamais parlé, ni même pensé à l'attaque physique personnelle. J'avais définitivement mis dans un autre compartiment de ma tête l'horreur et la violence de l'attaque et du viol. C'était vraiment un livre fermé* ».

Mais le corps, lui, se souvient. En 1997, vingt-cinq ans après le viol, Cristina participe à un programme d'activités destinées à sa Communauté, parmi lesquelles sont proposées des séances de massage, une fois par semaine.

Lors de la troisième séance, alors qu'on lui masse les jambes, elle ressent subitement un profond dégoût pour le « toucher », une formidable terreur, totalement inattendue, elle demande d'arrêter, et s'en va !

De retour chez elle, des souvenirs commencent à lui revenir à l'esprit alors qu'elle prend sa douche, elle s'évanouit (« trou noir »), tombe et se blesse le visage. Lorsqu'elle reprend connaissance, elle est contusionnée comme si elle avait été battue. Elle se sent malade. Angoissée, elle met toutes ses forces pour tenter de contenir cette vague de réminiscences.

Heureusement, la personne qui l'a massée était également psychologue, et par chance Cristina est retournée la voir régulièrement pendant les quelques semaines restantes du programme, bien que refusant de se faire masser. La thérapeute a utilisé la technique du E.M.D.R. (en anglais « Eye Movement Desensitisation and Reprocessing », dont la traduction en français serait « Mouvements Oculaires de Désensibilisation et de Reprogrammation (de l'Information) »). Ce travail l'a aidée peu à peu à retrouver ses souvenirs et à les accepter partiellement. Un « trou » est fait dans la « membrane » d'un refoulement de vingt-cinq ans.

Lorsque Cristina accepte cette année-là (1997) un poste de responsabilité à Paris, sa thérapeute l'incite à y poursuivre le travail, mais, dira-t-elle, l'idée de revivre tout cela plus profondément lui était insupportable.

A peu près à la même époque une autre grande peine frappe Cristina : sa mère meurt. La douleur qu'elle éprouve l'amènera, quelques mois plus tard, à chercher une liste de praticiens en analyse bioénergétique, et c'est ainsi qu'elle me contacte. Nous avons alors commencé un processus thérapeutique intense de quatre ans, avec des « allers-retours » impressionnants, et qui n'est pas terminé.

LE PROCESSUS, ETAPES ET CONTENUS

Notre processus thérapeutique a impliqué différents niveaux d'analyse, et je vais en décrire les étapes et les divers éléments dans les paragraphes qui suivent :

- le travail du traumatisme
- les mécanismes de défense en jeu
- le symptôme : la parasomnie et ses diverses causes
- mon abord du contact corporel et la construction d'un lien thérapeutique intersubjectif.

Le travail du traumatisme

Nous initions notre relation, Cristina et moi, essentiellement au travers d'échanges verbaux. Elle ne peut supporter l'idée d'un contact physique. Elle me raconte, avec peur. Je suis près d'elle, je la regarde tendrement, je l'encourage et reconnais sa terreur et sa douleur.

Je ressens la nécessité de créer un climat de sécurité, de lui témoigner mon empathie, ma compréhension et mon respect de ses limites et de ses peurs, d'accueillir son récit du traumatisme sans l'exiger, et de « toucher » Cristina sans trop l'approcher.

J'établis lentement un « lien d'accordage » (Stern, 1985), donnant peu à peu un sens à ses tensions corporelles, à ses sensations, à ses sentiments, lorsqu'elle manque de mots pour les dire, ou, parfois, lorsqu'elle n'en a pas la perception, mais qu'ils résonnent suffisamment

en moi pour que des mots me viennent. Lorsqu'elle me regarde au travers de ses yeux figés par la terreur, que ses mains se crispent et qu'elle arrête de respirer, par exemple, je lui dis : « C'est difficile de laisser venir des images aussi horribles, vous souhaiteriez pouvoir les chasser parce que vous avez trop peur, n'est-ce pas ? ». En lui répondant sur un autre mode que le sien, je crois que je fais en sorte qu'elle se sente vue et comprise en tant que personne existante mais différenciée de moi.

Je tente patiemment de mobiliser son tonus musculaire, ses mouvements expressifs et, surtout sa respiration. Je l'aide à prendre conscience de son blocage respiratoire lorsqu'elle entre en contact avec sa peur, à prendre conscience qu'elle paralyse totalement toute sa musculature lorsque des images effrayantes reviennent à son esprit. Je l'encourage doucement à apprendre une nouvelle manière d'être, à partir d'une conscience corporelle.

Le symptôme principal lié au retour du refoulé est la fréquence de cauchemars dans lesquels les scènes du viol lui reviennent en mémoire. Elle m'en parle en séance. Je me laisse affecter par ses récits, je m'appuie sur mes sensations et sur les sentiments que ces récits et elle-même éveillent en moi. Je suis parfois prise de rages intenses. Mon empathie me donne envie de la prendre dans mes bras et de la bercer. Parfois j'éprouve sa terreur à l'intérieur de mon propre corps, j'ai la chair de poule, et je perçois à quel point son système défensif est en alerte permanente malgré son extrême agitation intérieure.

Cristina lutte pour me raconter les souvenirs qui l'assaillent tout en retenant les sensations effrayantes qui l'habitent. Il lui faut contrôler tout ce qu'elle ressent.

Elle fonctionne sur le principe de « moins j'y pense mieux je me porte ». Elle me cache les détails, elle distille les informations, persuadée qu'elle va m'horrorifier et que rien de ce qu'elle a vécu n'est réellement « dicible ». Prise dans ce transfert, dont je fais l'hypothèse qu'il a son origine dans son histoire d'enfant avec sa mère, elle craint mon abandon, anticipe mes réactions en me protégeant et en s'excusant sans cesse. Lorsqu'elle se met à regarder dans le vide et s'immobilise sans respiration, je la vois se dissocier d'avec ses sensations et ses sentiments. Je commence alors à avoir une idée de ce qui se passe dans son sommeil : elle y lutte à mort contre ses sensations, ses émotions, les images de ses rêves, elle se paralyse, entre en apnée, jusqu'au moment où elle se lève d'un bond comme elle l'avait fait sur la table de massage. Peter Levine () constate que « *parce que les événements traumatiques sont souvent des rencontres avec la mort, ils évoquent des réponses extraordinaires* » (2). Cristina vit des nuits difficiles, ses terreurs nocturnes la réveillent de plus en plus, parfois hors de son lit, et elle ne peut plus se rendormir. Elle se sent de plus en plus fatiguée.

Levine parle de la curieuse dissociation entre les aspects conscients et inconscients de la mémoire. « *Il existe une forme de mémoire implicite, profondément inconsciente, qui forme la base de l'empreinte qu'inscrit le traumatisme dans le corps et l'esprit.(...)Alors qu'on accède à la mémoire explicite par la pensée, on atteint la mémoire implicite au travers du corps.(...) Un des aspects paradoxaux et transformateurs de la mémoire traumatique implicite est que, lorsqu'on y accède avec la ressource du « felt-sense » (sens vécu), de par sa nature même, elle change.* »(3)

Le réveil du « psyché-soma » de Cristina, le retour des souvenirs par à-coups inattendus dans la journée l'horrifient. Tout son organisme est pris dans une tourmente : elle lutte pour ne pas ressentir l'état d'hyperexcitation dans lequel elle se trouve. Levine en explique le mécanisme : « *Le traumatisme est fondamentalement une réponse biologique à la menace, réponse incomplète et hautement activée. Par exemple, lorsque notre machinerie neuromusculaire et métabolique nous prépare à nous battre ou à nous enfuir, les muscles de tout notre corps se tendent d'une manière spécifique d'empressement hautement énergisé. Si nous sommes incapables de réaliser les actions appropriées et à décharger l'immense énergie générée par nos préparations de survie, cette énergie se fixe dans un empressement spécifique neuromusculaire.*

La réaction afférente vers le cerveau arrêtée par ces réponses incomplètes neuromusculaires/autonomes maintient un état aigu, puis chronique de surexcitation et de dysfonctionnement dans le système nerveux central. Les personnes traumatisées ne souffrent pas d'une maladie dans le sens normal du terme. Ils sont fixés dans un état d'hyperexcitation. C'est difficile (sinon impossible) de fonctionner dans ces circonstances. » (4)

De fait, Cristina a peur de se sentir vraiment triste ou en colère et elle craint aussi pour son engagement dans la communauté. Elle ne peut pourtant se résoudre, en séance ou dans ses journées, à laisser monter la moindre émotion, ni peine, ni chagrin, ni rage. Elle est hypertendue dans tout le haut de son corps, son visage, sa nuque, ses épaules. Elle se retient, se réprime, contrôle. Cela la rend folle ou effrayée de le devenir.

Je me remets à penser alors à ce qu'elle m'avait décrit de sa relation tendre et complice avec son père, de son amour pour lui, de la tendresse et de la compréhension qu'il lui avait toujours manifestée. Il me semblait en effet que depuis son enfance, son père avait représenté un pôle « doux » face à une attitude plus « dure » de la part de la mère, pour reprendre les mots de Suzanne Robert-Ouvray (1993). Je lui reparle de lui, de sa perte précédant le viol. Cristina explose en sanglots, c'est la première fois qu'elle s'autorise des larmes. Une porte s'ouvre. En re-sentant, en reconnaissant son amour pour son père, et combien il lui manque, une brèche se fait dans son organisme gelé : elle est submergée par la douleur de sa perte et peut enfin pleurer. « *Pourquoi ne suis-je pas morte ?* », dit-elle à travers ses larmes.

C'est un moment déclenchant. Il m'ouvre la possibilité d'engager un travail subtil de proximité, émotionnelle et corporelle pour « faire fondre » ce qui était gelé, dissoudre peu à peu les tensions corporelles défensives, pour recouvrer une sensation de continuité psychocorporelle en se sentant soutenue et contenue.

Je suggère une situation qui inclut le contact, et qui sera maintes et maintes fois reprise : je suis assise sur le matelas, mon dos contre le mur, et Cristina vient s'installer près de moi, son dos appuyé contre ma poitrine. Parfois je travaille à relâcher sa nuque en en massant les muscles en profondeur, parfois je la tiens simplement dans mes bras. C'est un contact tonique et doux à la fois, j'apprivoise sa capacité progressive à percevoir mon soutien et à s'y laisser aller, je la contiens sans la retenir, je la contacte sans la forcer.

F. Veldman (1989, 1998), dans son ouvrage sur l'haptonomie, décrit ce type d'échanges en parlant de « synchronisation subtile du souffle » entre deux personnes, ce que je décris moi-même parfois comme une « transfusion de sécurité » : « *Au cours de ce contact, apparaît chez le patient un sentiment de sécurité et de confiance en son propre pouvoir. Si ce processus peut se poursuivre, toujours avec transparence et compréhension, (...) le patient peut rester là, sans éviter le contact et sans fuir* » (5)

Ce type de contact physique a effectivement été un facteur clé dans le processus avec Cristina. Je souscris à la compréhension de B. Lewis qui commente : « *Comme avec une mère empathique qui formate l'état interne de son enfant, c'est le corps du clinicien qui est l'instrument primaire pour la construction du lien psychobiologique* » (6). Lorsque par exemple un souvenir assaillait Cristina, elle se durcissait d'une manière forte, elle me pinçait les mains, elle tendait ses bras et ses jambes, elle arrêtait de respirer. Elle se déconnectait mentalement de l'ici maintenant, mais pourtant restait reliée à moi par nos corps. Je pense que c'est cet appui qui lui permettait, d'une part de tolérer cet état de peur, d'autre part d'en prendre peu à peu conscience. C'était l'existence même de ce lien-contact qui lui permettait progressivement l'accès à ce qu'elle avait séquestré en elle et qui la terrorisait. Elle en avait d'abord une conscience corporelle, précédant la conscience représentée et parlée.

Après quelques semaines de ce type de travail, je reçois un jour un email de Cristina qui m'écrit : « *C'est la première fois que j'ai été prise dans les bras sans une sorte de disparition intérieure !* » Cela me confirme que le contact corporel étroit, « haptonomique » ou « psychobiologique » constitue le terreau du lien intersubjectif qui en émerge, favorisant l'expérience et la conscience de soi.

Les mécanismes de défense en jeu

Pendant la première année de thérapie, nous n'avons que très peu abordé l'enfance de Cristina. Elle la décrira dans un premier temps comme heureuse, avec une mère stricte mais bonne, et un père très chaleureux.

En soi, ceci exprime déjà une partie de sa structure défensive. En effet, elle montre là une perception simple et « positive » d'une enfance sans conflits, ce qui se nuancera seulement lentement au cours du travail, à cause d'une forte résistance. Le refoulement, comme nous l'avons vu, avait été efficace, repoussant le matériel menaçant hors de la conscience ; la dénégation s'était manifestée par-dessus ; nous découvrirons que Cristina avait également mobilisé des mécanismes de défense primaires, comme la dissociation et le déni.

Bien qu'elle manifeste une grande capacité d'adaptation, Cristina n'a accès à la sensation ou à l'expression d'aucune agressivité ni affirmation de soi. Lorsque je lui propose par exemple de frapper avec ses jambes sur le matelas, cela lui est quasiment impossible. Le pulsionnel semble soigneusement cadenassé, la sexualité en particulier. Bien que je comprenne son choix d'abnégation mettant de côté ses sentiments, et bien que je n'aie aucun doute quant à la profonde authenticité de ses sentiments spirituels et de son engagement dans sa communauté religieuse, il me semble néanmoins que ces pulsions sont bien loin de sa conscience et de ses choix.

Le choc du viol avait été profondément refoulé, et le travail poursuivi a révélé clairement les inscriptions corporelles de ce refoulement.

Reich (1940) a montré que le refoulement est un mécanisme psychotonique qui implique la tension musculaire : « *Il est frappant de noter comment la dissolution d'une rigidité musculaire non seulement libère l'énergie végétative, mais aussi ramène à la mémoire la situation infantile même où le refoulement a eu lieu. Nous pouvons dire : toute rigidité musculaire contient l'histoire et la signification de son origine. (...) La rigidité de la musculature est le côté somatique du processus du refoulement et la base de son maintien.* » (7)

Cristina avait certes développé de fortes tensions musculaires chroniques - la nuque durcie, le torse serré, poitrine et diaphragme, une respiration très ténue -.

Dans un sens, la thérapie bioénergétique a renforcé ces tensions, comme l'avait fait l'expérience du massage, et elle a accentué le conflit avec ces mécanismes défensifs. Comme le commente G. Tonella (2002) : *L'élément refoulé est énoncé et aussitôt nié* » (8). Il s'agit classiquement de dénégation.

Cristina commence à se rendre compte qu'elle ne veut pas voir la réalité en face : elle parle de ce qu'elle vit, mais elle cherche immédiatement à en diminuer la portée, voire à gommer cette réalité. Elle s'autocritique souvent, trouvant ses réactions « stupides », ou estimant qu'il est « complètement fou » de vivre de pareils cauchemars terrorisants. Elle répète inlassablement : « *je ne devrais pas être troublée à ce point, je ne devrais pas être emportée par mes sentiments, tout ceci est ridicule, j'ai envie d'oublier tout cela, je veux juste retrouver mon sommeil et tout sera fini* ». Et, lorsque je lui demande en début de séance comment elle se sent, elle répond systématiquement « *très bien, merci* » avec un air de petite fille friponne. Sa dénégation devient parfois source d'humour.

En prenant peu à peu conscience de sa stratégie défensive, des souvenirs d'enfance émergent. Par exemple, vers l'âge de 6 ans, elle avait vomi un jour dans le couloir de la maison, n'ayant pas eu le temps d'atteindre la salle de bain. Lorsque sa mère lui demande si elle est malade, elle répond « non, ce n'est pas moi, c'est l'un des petits », faisant allusion à ses frères et sœurs. Elle se souvient avoir été très fâchée contre elle-même de n'avoir pas pu contrôler cette vague digestive. C'est ainsi qu'elle a nié la vérité devant sa mère. Elle réalise qu'elle avait agi de la sorte pour protéger sa mère, qu'elle percevait comme fatiguée par ses six enfants. Pour s'adapter aux attentes supposées de la mère, elle avait nié ses propres sensations.

Derrière cela se cachait le fait que sa mère, apprenant avec douleur qu'elle ne pourrait pas avoir d'enfant, avait adopté une petite fille de six semaines. Elle s'était retrouvée enceinte de Cristina trois mois après cette adoption. Cristina me raconte qu'elle a toujours eu le sentiment, très profondément caché, qu'il lui avait fallu s'adapter à sa mère « dont elle avait dérangé les plans », qu'elle avait « fatigué » avec sa naissance. Le Self s'était organisé autour de l'« autre » et de subtils mécanismes de dissociation et de déni. Comme le montre G. Tonella (2002) : « *Si le bébé vient à manquer de cette attention adaptative de son environnement, il doit tenter de faire face pour essayer de réguler seul les perceptions de ses expériences internes discontinues... Il se raidit alors, augmentant la tension au niveau des fascias, des ligaments articulaires et des tendons musculaires, tentant de préserver une certaine continuité d'être superficielle.(...)*Le contrôle céphalique inné adaptatif se transforme en hypertonie céphalique chronique et conduit à la dissociation tête/corps » .

Quant au déni pathogène, il en dit ceci : « *Le déni, ou déni de la perception (Freud) n'est pas un mécanisme conscient et intentionnel. Il s'opère à partir d'un shuntage psychocorporel qui s'origine dans les profondes tensions musculaires sous-occipitales enserrant la base de sa tête dans un étau et réduisant les capacités perceptives sensorielles. Il porte explicitement sur la vision, au sens propre de regarder sans voir, et au sens figuré de ne pouvoir « voir » ce qui se passe en soi* » (9)

Le besoin de nier, dénier ou refouler s'est trouvé renforcé par d'autres souvenirs d'événements de la vie de Cristina. Durant les quinze dernières années, lors de missions dans des pays en guerre, notamment en Afrique, elle a été témoin de meurtres, d'attaques sauvages, ou de bombardements. Elle a vu un homme décapité sur un chemin, image qui reste gravée dans son souvenir.

Mais un autre événement traumatique va survenir au cours de la thérapie, et qui m'amènera à identifier le penchant de Cristina pour la dissociation et le déni (au-delà du refoulement). Un soir, sortant de mon cabinet, marchant tranquillement dans une petite rue du quartier, elle se fait accoster par deux jeunes hommes qui cherchent d'abord à lui parler et qui ensuite la plaquent contre une porte cochère. En lui tordant le bras, l'un d'eux lui donne un violent coup dans le ventre et la touche sexuellement, brutalement, pendant que l'autre l'encourage avec des yeux de haine. Puis ils s'en vont.

Cristina est en état de choc, avec la sensation qu'elle va s'évanouir. Elle pense à entrer dans une boutique pour en parler avec quelqu'un, elle en sent le besoin, puis trouve cela stupide et inutile. Elle rentre chez elle comme un automate, et, heureusement, m'envoie un email me parlant d'un « bref incident dans la rue, rien de grave ». Alarmée, je l'appelle et nous restons une heure au téléphone. Elle finit par me raconter ce qui s'est réellement passé, elle pleure énormément, elle a mal, elle a honte, elle se sent coupable et stupide, mais elle prend conscience qu'elle était sur le point de refaire comme à l'habitude : effacer cet événement de sa conscience et continuer à vivre sans en parler.

La déniation actuelle est alors au service du déni des expériences passées, prêt à ressurgir.

Entre décembre 2000 et fin janvier 2001, soit après presque deux ans de travail, Cristina m'envoie des emails dont je présente ici quelques extraits, parce qu'ils expriment ses efforts continus pour nier, mais aussi pour appeler au secours. Je cite : « *S'il vous plaît, aidez-moi, je ne réussis pas à « faire avec » nos séances. Je ne trouve plus mon équilibre, ce soir. Je ressens une grande angoisse et une vraie peur.* »

« *Je suis rentrée chez moi à pied. Pour m'arrêter de pleurer dans les parcs, je me suis retrouvée à mordre ma lèvre, qui saignait. J'en étais inconsciente jusqu'au moment où j'ai vu du sang sur mon manteau !* »

« *Aujourd'hui, je me sentais comme un « poisson gelé. C'est très difficile d'avoir à l'intérieur de soi toutes ces sensations et sentiments qu'on ne peut pas nommer.* »

« *Je me sens désespérée. Il y a quelqu'un d'enfermé à l'intérieur de moi et que je ne connais pas. Je ne veux pas continuer à garder ces souvenirs et images. Je voudrais les jeter au feu et les brûler. Je ne peux même plus dormir en paix à cause d'elles. Je sais que la seule personne qui puisse vraiment m'aider c'est moi, et on dirait que je ne sais même plus faire cela non plus. Vous avez travaillé si fort aujourd'hui. Ce soir, je pense que je me déteste d'être si faible et inutile* ».

Il m'a fallu du temps pour comprendre vraiment qu'elle s'était mise à travailler avec moi « de bon cœur », et qu'après avoir finalement pu accepter l'horreur des traumatismes, elle avait un objectif bien précis : se débarrasser au plus vite de toutes ces sensations gênantes, de ses terreurs nocturnes, retrouver sa paix des années passées et pouvoir se consacrer de nouveau et entièrement à son travail « comme si de rien n'était ». Mais cela ne se passait pas ainsi. Ce qui la fait « bondir hors de son lit » pendant son sommeil, c'est cette lutte intérieure. Elle lutte désespérément pour maintenir dissociée sa vie dans la journée de son enfer privé, la nuit, celui que personne ne connaît, à part moi.

Elle répète des schémas. Par exemple, dans le travail, la Responsable de la Communauté est une femme au caractère redoutable, avec bien peu de capacités d'expression affective, et encore moins d'empathie. Il me semble que Cristina répète avec elle sa relation originaire avec sa mère, ainsi que sa relation avec la responsable de l'école où elle avait été violée. Une fois de plus, elle nie tous ses besoins pour s'adapter. Elle travaille sans relâche, sans jamais se plaindre, alors qu'elle s'épuise dangereusement pour sa santé.

Les cauchemars persistent et l'épuisent, mais je constate que dissociation et déni restent lui indispensables pour fonctionner : leur levée mettrait son équilibre psychique en péril. Il faudra plusieurs alertes comme une pneumonie grave, des alertes cardiaques graves, de fortes poussées d'hypertension pour qu'elle perçoive enfin qu'elle se met en danger de mort. Cependant, dès qu'elle retrouve des forces après avoir vu le médecin elle les contre-investit au service de son système défensif.

Chaque fois que je tente de modifier cette attitude, je ressens combien nous sommes à la fois en alliance et « en lutte ». Elle continue à penser que ce qu'elle vit la nuit est complètement fou et non partageable, et elle n'envisage jamais la possibilité de demander un peu de repos. Le résultat en est la parasomnie

Symptôme : la parasomnie et ses diverses causes

Selon la définition du DSM IV, « *les parasomnies sont des désordres caractérisés par des événements anormaux physiologique ou de comportement qui se produisent en association avec le sommeil, lors de différents stades du sommeil ou lors de transitions sommeil-éveil.(...) Le trouble du comportement du sommeil dans la phase REM* »(mouvement oculaire rapide, appelé également sommeil paradoxal), *est un comportement qui inclut l'expression orale, les cris, des mouvements tels que s'asseoir, sauter hors du lit, etc.*

Des épisodes de réveils abruptes ont lieu, généralement pendant le premier tiers du sommeil et commencent souvent par un cri de panique. Des peurs intenses et des signes de réveil autonomiques, comme la tachycardie, la respiration rapide, la transpiration, sont généralement présents » (10)

En effet, les cauchemars de Cristina se sont intensifiés et ont fait place à ce phénomène étonnant de parasomnie, dans lequel le mécanisme régulateur d'atonie musculaire accompagnant normalement les productions de rêves a cessé de fonctionner. Cristina se réveille alors chaque nuit, debout dans sa chambre, ou, pire, accroupie et terrifiée dans un coin de sa pièce, ne respirant plus.

Comme le montre M.Thorpy dans sa classification des troubles du sommeil (1990), les parasomnies sont très similaires à ce qu'on appelle les terreurs nocturnes : « *Les terreurs nocturnes sont caractérisées par une brusque sortie d'un état de sommeil lent avec cris ou pleurs intenses* ». Dans sa description de la parasomnie, il constate que « *dans certains cas ces troubles ou réveils sont déclenchés par des phénomènes tels que l'apnée, les douleurs cardiaques ou les mouvements des membres durant le sommeil* » (11)

Cristina lutte inconsciemment contre ses sentiments déniés, et je fais l'hypothèse qu'elle souffre d'apnée du sommeil, de la même manière qu'elle stoppe sa respiration dans mon cabinet lors de moments de panique. Les terreurs intenses qu'elle vit dans ses rêves la font arrêter de respirer jusqu'au moment où elle fuit, d'une manière réelle et physique, la situation conflictuelle, en sautant hors de son lit.

Une image des images de ses rêves revient d'une manière récurrente : elle tente désespérément et sans succès de « remettre ensemble la tête et le corps » de cet homme qu'elle avait vu un jour, décapité sur la route. L'image de la dissociation tête-corps lui est insupportable. Sans doute a-t-elle une très forte résonance chez elle, lui évoquant sa propre lutte « à la vie, à la mort ». Pendant quelques temps, nous intensifions le rythme des séances. Cristina est dans une grande détresse, sans cesser de lutter pour autant. Reconnaître reste insupportable, lâcher dissociation et déni est impossible.

Un jour d'été 2001, lors d'une des trois longues séances que nous faisons dans la semaine, je réalise que je suis partie prenante de sa lutte. Je commence à comprendre et à percevoir que je cherche à faire craquer son système défensif. Je prends conscience d'un contre-transfert dans lequel je suis prise, et je décide de lui en parler. Je comprends et j'accepte sa lutte et je formule alors que finalement elle est libre, totalement libre, de partager ou non, de dire ou non ce qu'elle vit, qu'elle a le droit de choisir de s'épuiser si elle le veut, de ne jamais protester si elle ne le veut pas. Je prends là, en regard de mes tentatives précédentes pour relâcher son système défensif, une position paradoxale signifiant que personne – ni moi, ni d'autres - ne peut exiger d'elle quelque expression. Je sens alors une sorte de déclic se produire en elle. Elle se détend lentement, puis pleure dans mes bras. Apparemment, mes paroles l'ont atteinte : la nuit suivante ... elle dort comme un bébé jusqu'au matin, sans se réveiller.

Durant les quatre ans du processus thérapeutique, elle aura passé par des phases de sommeil normal et réparateur, et traversé trois grandes crises au cours desquelles le symptôme parasomniaque s'est manifesté ou a empiré.

A chaque fois je constate que c'est un nouveau palier dans sa lutte intérieure pour maintenir le déni de ses sentiments qui provoque la « crise ». L'excès de tension non déchargée au cours des séances continue à envahir davantage le rêve et crée le symptôme parasomniaque.

Je suis restée, tout au long de notre travail, fascinée par l'intensité de ses peurs et par la puissance et la ténacité de ses mécanismes défensifs. Je ne peux m'empêcher d'imaginer l'origine très primitive de cet « état sous terreur », auquel j'associe cette réflexion de Stern : *« le nourrisson fait l'expérience d'agonies primitives (Winnicott) chaque fois que des dissolutions partielles et temporaires du Soi Noyau interviennent... avant six mois, avant l'évaluation cognitive, avant l'angoisse possible née de l'anticipation »* (12)

Comprendre cela fut une leçon pour moi. Nous avons compris ensemble qu'au-delà du souvenir traumatique du viol « oublié », Cristina vivait une lutte archaïque inconsciente profonde. Mais je comprenais aussi qu'elle n'était pas prête à aborder les fortes défenses en jeu et qu'elle avait besoin que je l'accepte.

En avril 2003, Cristina s'est trouvée devant un dilemme important : des élections allaient avoir lieu en juin dans sa Communauté, et elle allait de toute évidence être élue comme future Responsable. Elle ne voulait pas être élue. La philosophie de la Communauté implique de ne jamais refuser une nomination, mais Cristina était trop épuisée et devait trouver une manière de gérer la situation. Pour la première fois, elle a commencé à s'écouter elle-même, elle a mobilisé toute l'énergie qui lui restait pour convaincre les Sœurs de ses décisions personnelles. Elle décida finalement de parler individuellement à chacune des électrices, pendant plusieurs semaines terribles au cours desquelles, naturellement, le symptôme était revenu très intensément. J'étais encore plus inquiète pour sa santé que d'ordinaire, mais je lui ai manifesté un soutien indéfectible.

Elle a gagné. On élut une autre Responsable. Cristina fut nommée à un poste qu'elle accepta avec joie. Son sentiment de victoire était magnifique.

Elle dormit profondément la nuit suivant les élections, en paix avec elle-même.

Elle alla prendre quelques jours de vacances dans sa famille. Elle éprouvait le besoin de se ressourcer, l'acceptait et en était heureuse. Une étape importante du processus thérapeutique venait d'être franchie.

Mon abord du contact corporel et la construction d'un lien thérapeutique intersubjectif

Construire ce lien intersubjectif avec Cristina avait pour fonction :

- a) de pouvoir accueillir consciemment un drame vécu vingt-six ans plus tôt dans la totale solitude et qui ne la laissait pas en paix une fois le souvenir retrouvé, malgré l'arsenal défensif déployé,
- b) de l'aider à prendre conscience de cette organisation défensive,
- c) de relâcher ses mécanismes défensifs pour restaurer ainsi un espace intérieur plus vivant et plus souple,
- d) de construire son identité aux niveaux psychique, relationnel et corporel.

En regardant Cristina, en la tenant contre moi, en lui apprenant à « m'utiliser », en la laissant presque me « tordre » les bras, s'agripper à moi dans des moments de panique, puis en nommant l'expérience, je lui permettais peu à peu d'intégrer la certitude qu'elle n'était ni ne serait condamnée dans ses sentiments et ses sensations, et qu'elle pouvait s'exprimer ouvertement. Elle expérimentait dans son corps physiologique et dans ses affects l'impact d'un contact jusqu'alors inconnu. Ses tensions venaient questionner et appeler mon appui. Mais surtout, je lui transmettais progressivement la possibilité de renouer un lien avec la réalité dont je n'étais moi-même pas dissociée.

Dans les situations de « contact-lien » que j'ai mentionnées plus haut, j'activais des traces archaïques inscrites dans son corps et qu'elle conserve dans son inconscient corporel.

D.Anzieu (1988) lorsqu'il aborde ce qu'il appelle les fonctions du Moi-peau, décrit : « *L'appui externe sur le corps maternel conduit le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale, comme arrête solide permettant de se redresser... L'identification primaire à l'objet support suppose un dispositif tel que le dos de l'enfant contre le ventre de la personne objet-support (back-ground object). (...) L'enfant est adossé à l'objet support qui se moule en creux sur lui. Il se sent protégé sur ses arrières, le dos étant la seule partie de son propre corps qu'on ne peut ni toucher ni voir.(...) Le cauchemar, fréquent chez les enfants enfiévrés(...) traduit sous forme figurative l'atteinte de la représentation sécurisante d'une peau commune avec l'objet support soutenant.* » (13)

Cristina est une femme adulte et non un enfant, mais dans ces situations de contact thérapeutique, les organisations psychomotrices déficitaires de la toute petite enfance sont reprises, retravaillées par les expériences thérapeutiques vécues ici et maintenant. Ces expériences maintes fois répétées tissent les noyaux fondamentaux du self conduisant à l'existence personnelle : auto-sécurité, auto-confiance et auto-estime (Stern). Ces patterns remplissent plusieurs fonctions :

- fonction d'autoprotection du Self, ou encore, dans la terminologie d'Anzieu, de pare-excitation : « *la mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé jusqu'à ce que le Moi en croissance de celui-ci trouve sur sa propre peau un étayage suffisant pour assumer cette fonction* » (...) *Le pare-excitation peut être cherché en appui sur le derme à défaut de l'épiderme : c'est la seconde peau musculaire (E.Bick), la cuirasse caractérielle (W.Reich).* » (14)

- fonction d'organisateur de la continuité psychocorporelle. S. Robert-Ouvray (1993) parle d' « enveloppe tonique » définie comme « *la première enveloppe psychocorporelle du bébé issue de l'activité motrice, tonique et émotionnelle du bébé, sur laquelle vont s'étayer les enveloppes psychiques* ». En parlant du travail psychothérapeutique, elle nous dit : « *la compréhension de la douleur (...) peut s'aborder à partir du niveau représentatif, qui est le niveau le plus élaboré psychiquement, ou de la sensation tonique, qui est le niveau le plus primaire.* » (15)

- fonction de contenant : c'est au travers de ce contact de corps à corps que la frayeur de sentiments émergents devenait lentement tolérable pour Cristina. L'expérience était forte, et s'accompagnait peu à peu de mouvements spontanés. Cristina venait se nicher contre moi pour pleurer, parfois pour dormir, pour « être », comme un enfant qui vient puiser de la sécurité.
- instauration d'un lien intersubjectif de co-création. *« Il se construit dans ces instants, dit G. Tonella, un territoire médian commun, une nouvelle aire de co-création possible. Cette connaissance implicite entre patient et thérapeute est intensément vécue et ne pourra jamais être totalement traduite par des mots. Il s'agit d'une connaissance sensori-émotionnelle, non verbale, émergeant des lieux du corps, là où se construisent interstitiellement le noyau de sécurité puis de confiance en l'autre, donc en soi-même. »* (16)

Je souhaiterais dès lors préciser ce que sont ma position thérapeutique et la méthodologie que j'utilise. Je suis analyste bioénergéticienne et je dois beaucoup à A. Lowen pour ce qu'il m'a enseigné et ce qu'il m'a fait vivre lors des quelques séances que j'ai faites avec lui. Les bases de son enseignement, notamment le concept d'unité psychosomatique étayent ma pratique. Dans ses écrits comme dans sa clinique, Lowen établit avec ses patients une relation thérapeutique indéniable. Je comprends cette relation comme constituée de sentiments tels que l'empathie, le respect, la compréhension, le soutien, l'amour.

Toutefois, avec certaines problématiques déficitaires et/ou traumatiques, je me suis rendue compte qu'un travail bioénergétique « intra-individuel » ne donnait pas les résultats escomptés : le « mieux être » ne se substituait pas au « mal être ». J'ai senti et pensé qu'« un défaut fondamental » subsistait : la relation établie n'impliquait pas ou peu le lien intersubjectif, tant au niveau de la relation thérapeutique qu'au niveau des relations du patient avec ses proches, parce que ce lien était déficitaire, voir absent en tant que compétence du self.

J'ai compris qu'il m'était nécessaire de construire ce lien, et l'expérience m'a appris que cela se ferait au travers du regard, de l'échange visuel, de la proximité et du contact corporel, au travers d'échanges sensoriels et émotionnels, de dialogues toniques, de mots simples mutuellement échangés.

C'est cette orientation thérapeutique qui guide mon travail avec Cristina. Je la considère comme la partenaire d'un lien interactif dans lequel je suis personnellement impliquée, tout en réglant en permanence ma juste distance.

Je mobilise ce qui vit en moi, mes propres sensations et sentiments actuels en sa présence. Je suis convaincue, par ce que m'enseigne la dynamique du processus, que ma tendresse et mon affection réelles lui ont permis peu à peu d'entrer avec moi dans cet espace médian. C'est en se sentant réellement aimée et reconnue par qui je suis qu'elle s'est abandonnée, après maintes résistances, à découvrir qui elle était, une personne réelle avec ses propres besoins, sentiments et projets personnels. Son système défensif s'est relâché en « elle » lorsqu'elle s'est abandonnée dans le « nous » de cet espace intersubjectif.

David Finlay commente cette création à deux en disant : *« L'intersubjectivité stipule simplement qu'en psychothérapie deux univers personnels se rencontrent. Ils ont une influence mutuelle réciproque l'un sur l'autre. L'observateur est également l'observé. (...) Leur complémentarité ne signifie pas qu'il n'existe pas de différences entre eux, mais ces différences font elles-mêmes partie du terrain mutuel qu'ils découvrent et créent. Dans le processus de thérapie, l'accent n'est plus mis sur la seule « pathologie » du patient. (...) Le transfert et le contre-transfert ne sont jamais totalement objectifs, ils se contaminent souvent. »*(17)

Le lien qui se construit dans la réalité de l'intersubjectivité est plus que la relation de transfert / contre-transfert mais ne l'exclut pas. D'ailleurs certaines attitudes et certains sentiments de Cristina à mon égard sont manifestement transférentiels. Lorsqu'elle lutte contre moi pour maintenir le déni à tout prix, elle mobilise ses défenses dans leur fonction transférentielle : je suis l'ennemi transférentiel cherchant à la déstabiliser, ce qui permettrait à des sensations/sentiments douloureux d'émerger et serait dangereux. J'y ai d'abord répondu par l'analyse des défenses, ce

qui me semblait correct dans le cadre de la procédure analytique classique. Pourtant, dans le cadre d'un travail sur le traumatisme, ce choix pourrait être perçu comme contre-transférentiel. C'est la réaction thérapeutique négative de Cristina qui m'a appris que mon choix était effectivement incorrect, et que le bon choix était celui de l'engagement dans une relation d'intersubjectivation, dans laquelle je sois personnellement, subjectivement, présente : que je cesse de travailler *sur* les défenses de Cristina pour être pleinement *avec* Cristina. Cela devient opérant. La restauration d'un lien thérapeutique intersubjectif fut le véritable levier de la dynamique thérapeutique.

Cristina souffrait non seulement d'avoir actualisé la douleur épouvantable d'un traumatisme vécu à l'âge adulte, mais elle souffrait également de ce que G. Tonella appelle « la maladie du lien », elle ne possédait pas cette terre ferme, primaire, qui permet d'affronter des conflits ultérieurs, des expériences traumatiques, qui plus est.

Il semblait nécessaire que j'établisse avec elle cet accordage (Stern, 1985), pour construire l'espace de sécurité nécessaire au relâchement de ses défenses primaires (dissociation et déni) et pour construire cette relation intime, faite de contact émotionnel et corporel. Cristina avait besoin d'apprendre le droit de « m'utiliser » pour satisfaire ses propres besoins au lieu de se dissocier pour ne pas les ressentir.

Je n'ai jamais perdu de vue ses tensions musculaires chroniques (notamment diaphragmatiques et thoraciques), mais j'ai centré mon travail sur la construction de ce lien.

Dans ce type de travail, mon cadre de référence se différencie des normes d'un cadre thérapeutique classique. Cristina voyageait souvent, et parfois pour de longues périodes, et je lui ai rapidement proposé un échange libre et régulier au travers de courriers électroniques. Elle se sentait ainsi inscrite, à distance, dans notre relation, et pouvait régulièrement chercher et trouver ma présence et mon appui. De la même manière, il nous est arrivé à bien des reprises de nous parler par téléphone, même lorsqu'elle était à Paris.

J'ai estimé que la sécurité et la confiance qu'elle avait besoin de construire exigeait de ma part un lien réel permanent. La permanence du lien, pour des structures névrotiques, peut exister du seul fait de la régularité des séances hebdomadaires. En ce qui concerne les problématiques de déficit du lien d'attachement et d'interaction, la relation limitée aux séances formelles n'est à mon avis pas suffisante.

L'échange téléphonique que j'ai initié avec Cristina deux heures après l'agression dont elle a été victime à Paris, par exemple, a confirmé ma position. J'avais senti à la lecture de son courrier qu'elle tentait à la fois de m'appeler au secours et en même temps de nier l'importance de l'événement. C'est parce que je l'ai immédiatement appelée qu'elle a pu prendre conscience de ses défenses à nouveau mobilisées et les relâcher. Mais mon intervention a eu un autre effet : il a confirmé Cristina dans l'existence de la permanence de notre lien. A la lumière de mon expérience clinique, je garde aujourd'hui la conviction de l'effet constructif de ma disponibilité, signifiant l'extension d'un cadre classique à l'écoute de besoins et d'expressions parfois urgents.

Aujourd'hui, après plus de quatre ans de travail, Cristina commence à reconnaître ses besoins, bien qu'elle n'ait pas encore renoncé totalement à lutter. Bien qu'encore fragilement, cette femme magnifique trouve un espace de sérénité grandissant. Tout n'est pas « résolu », mais notre intersubjectivité l'a fait grandir et s'enraciner consciemment et clairement dans ses nouveaux choix.

Je terminerai en disant que si le « Grounding », en tant que principe individuel, est un des aspects fondamentaux de l'Analyse Bioénergétique, j'ai découvert et développé avec beaucoup de satisfaction un « Grounding intersubjectif » qui donne des résultats encourageants. Je suis reconnaissante à Cristina pour ce qu'elle m'a appris, non seulement au niveau thérapeutique, mais aussi sur moi-même.

Bibliographie

1. Robert Lewis, *Conference à Psychotherapy Conference, Mount Sinai N.Y. Medical Center, 2002 ; Projective Identification revisited – Listening with the Lymbic System*, p.2
2. Peter Levine, *Memory, Trauma and Healing*, www.traumahealing.com/Memory.htm, p.2
3. Peter Levine, *Waking the Tiger, Healing Trauma*, www.theinstitute.org/trauma/levin, p.2
4. Peter Levine, *Memory, Trauma and Healing*, www.traumahealing.com/Memory.htm, p 3/4
5. Frans Veldman, *Haptonomie, Science de l’Affectivité*, Paris, PUF, 1989, 1998, p.467
6. Robert Lewis, , *Conference à Psychotherapy Conference, Mount Sinai N.Y. Medical Center, 2002 ; Projective Identification revisited – Listening with the Lymbic System*, p.4
7. Wilhelm Reich, *L’Analyse Caractérielle*, 1971, 73, 92, Paris, Science de l’Homme, Payot, p.236
8. Guy Tonella, *Les mécanismes d’Adaptation et de Défense Secondaires*, 2002, p.11
9. Guy Tonella, *Les Mécanismes d’Adaptation et de Défense Primaires*, 2002, p.7, 10
10. DSM IV, *American Psychiatric Association*, 1994, p.579
11. M. Thorpy, *Parasomnias, Arousal Disorders Information*, www.stanford.edu/~dement/para/html, p.1
12. Daniel Stern, *The Interpersonal World of the Infant*, 1985, Basic Books Inc. Publishers, New York, PUF, Paris, 1989, p. 257
13. Didier Anzieu, *Le Moi-peau*, Bordas, Paris, 1985, p.98/99
14. Didier Anzieu, *Id*, p.101
15. Suzanne Robert-Ouvray, *Intégration motrice et Développement psychique, une Théorie de la Psychomotricité*, Ed. Desclée de Brouwer, Paris, 1993, p.255/69
16. Guy Tonella, *Les Mécanismes d’Adaptation et de Défense du Soi*, p.10
17. David Finlay, *A Relational Approach to Bioenergetics*, in *Clinical Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, Vol. 10 N°2 Winter 1999, p. 35